

PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CACOAL/RO NO PERÍODO ENTRE 2007 A 2016

AMOROSO, Sara de Lima Oliveira¹
CONTO, Mônica Alexandra de²
LIMA, Ângela Antunes de Morais³

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa com consequências dermatoneurológicas, sendo persistente como problema de saúde pública. O Brasil ocupa o segundo lugar na incidência mundial, com 13% dos casos novos globais e Rondônia possui 11,22 % dos casos da região Norte. O objetivo desse estudo foi descrever a incidência e as características dos casos notificados de hanseníase em Cacoal, localizada no estado de Rondônia. Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, com abordagem quantitativa de dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2007 a 2016. Foi calculado o coeficiente de incidência e a distribuição percentual dos casos segundo variáveis de interesse. No município de Cacoal no período de 2007 a 2016 foram notificados 589 casos de hanseníase. Houve um discreto predomínio do sexo masculino (51,1%); a forma clínica predominante foi a dimorfa (42,9%); na classificação operacional 54,8% dos casos eram multibacilares e 4,4% dos indivíduos notificados apresentavam grau II de incapacidade física ao diagnóstico. No que se refere a dados demográficos prevaleceu à faixa etária de 35 aos 49 anos, totalizando 31,2% casos; a raça parda foi evidenciada em 50,2% dos casos e a zona de residência urbana em 84,7% dos casos. Em suma, o município de Cacoal, com uma taxa de detecção atual de 37,6 casos/100 mil habitantes ainda possui um coeficiente de incidência considerado muito alto segundo parâmetros de detecção na população geral, demandando intensificação das ações para a eliminação da doença.

Palavras-Chave: Hanseníase. Epidemiologia. Incidência.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico, causada pelo *Mycobacterium leprae*. O *M. leprae* é um parasita intracelular, álcool-ácido resistente sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. A transmissão se dá através da inalação de bacilos, após contato íntimo e prolongado, o que torna o domicílio importante espaço para a propagação desta enfermidade

¹ Acadêmica Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED, 2017. E-mail: saradeloa@gmail.com

² Acadêmica Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED, 2017. E-mail: mony.alexandra@hotmail.com

³ Orientadora. Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Regional de Cacoal, 2017. Contato por e-mail: angel.antunesml@gmail.com

(LASTÓRIA; ABREU, 2012). O homem doente, portador da forma multibacilar (MB), sem tratamento é considerado a única fonte de infecção, eliminando o bacilo para o meio exterior o qual atingirá as vias aéreas de pessoas susceptíveis (BRASIL, 2008). O período de incubação entre o contato com a pessoa doente e o surgimento dos primeiros sinais e sintomas é, em média de 2 a 5 anos, tendo uma progressão lenta, devido ao padrão de multiplicação do bacilo (BRASIL, 2008; OMS, 2010).

Acomete principalmente pele e nervos periféricos, mas pode manifestar-se como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. Considerada de grande importância para saúde pública do Brasil, uma vez que pode levar a incapacidades nas mãos e nos pés e à cegueira. Esses problemas físicos, muitas vezes, são acompanhados de rejeição social e sofrimento mental, causados pelo estigma que persiste em torno dessa doença desde a antiguidade (BRASIL, 2008; OMS, 2010).

Acredita-se que a melhor forma de cessar a transmissão e diminuir a prevalência dessa doença é o diagnóstico e tratamento precoce. O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando pelo menos um desses critérios está presente: perda de sensibilidade em lesão cutânea, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva de raspado intradérmico. O tratamento é iniciado imediatamente após o diagnóstico, a partir da diferenciação em MB ou PB e baseia-se em poliquimioterapia específica, prevenção e tratamento de incapacidades e supressão de reações hansênicas (BRASIL, 2008; OMS, 2010).

O número de novos casos relatados globalmente em 2015 foi de 210.758. Neste mesmo ano o Brasil teve 26.395 casos registrados, ocupando o segundo lugar na distribuição geográfica mundial da incidência, atrás apenas da Índia que possui 60% dos novos casos. No país, o coeficiente de prevalência foi de 1,02/10 mil habitantes, superior à meta de 1/10 mil habitantes, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública (WHO, 2016; BRASIL, 2012).

Embora o Brasil registre decréscimos contínuos nos coeficientes de prevalência e incidência, a região Norte, Nordeste e Centro-oeste ainda são regiões com alta endemicidade. Em 2015, a região Norte, com 5.147 casos, representou, aproximadamente, 18 % dos casos novos da doença no Brasil (BRASIL, 2013). No estado de Rondônia foram notificados 578 novos casos nesse mesmo período, representando 11,22% dos casos da região. Cabe ressaltar que em 2015, pela primeira vez desde 2006, o Estado alcançou um grau menor na classificação quanto à endemicidade, sendo classificado como muito alto (20,0 a 39,9/100mil) ao invés de hiperendêmico, apresentando coeficiente de detecção para população geral de

32,69/100milhabitantes(BRASIL, 2012; BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil epidemiológico de pessoas acometidas pela hanseníase atendidas no município de Cacoal/RO durante o período de 2007 a 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, retrospectivo com abordagem quantitativa analítica, realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para identificar o perfil epidemiológico de pessoas acometidas pela hanseníase em Cacoal no período de 2007 a 2016.

Para este estudo utilizou-se como critério de inclusão pacientes diagnosticados com hanseníase, notificados e residentes no município de Cacoal.

As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, forma clínica, raça, zona de residência, número de lesões cutâneas, baciloscopia, classificação operacional, modo de detecção de casos novos, avaliação do grau de incapacidade física ao diagnóstico e escolaridade.

Os dados referentes ao município de Cacoal foram disponibilizados pela secretaria municipal de saúde de Cacoal, departamento de vigilância epidemiológica, por meio de tabelas do Microsoft Excel e compreendiam informações alusivas ao período de 2007 a 2016 e os dados concernentes ao Estado de Rondônia foram extraídos do portal DATASUS que contempla os dados do SINAN. Foi calculado o número de casos novos das variáveis escolhidas no período de 2007 a 2016 e a porcentagem representativa de cada uma; o coeficiente de incidência, dividindo-se o número de casos novos diagnosticados de hanseníase pela população do município e multiplicando-se por 10.000 para cada ano de estudo. Os dados populacionais para cálculo da taxa anual de detecção foram obtidos do Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). As tabelas e gráficos foram construídos utilizando o software Excel Microsoft Office 2010.

Os parâmetros de endemicidade recomendados pelo Ministério da Saúde para o coeficiente de detecção da hanseníase utilizados neste estudo foram os graus: < 2,0 (Baixo), 2,0 a 9,99 (Médio), 10 a 19,99 (Alto), 20 a 39,99 (Muito Alto) e de ≥ 40 (Hiperendêmico) considerando taxas por 100.000 habitantes. Para avaliação de porcentagem de cura na coorte, consideraram-se valores $\geq 90\%$ (Bom), 75 a 89,9% (Regular) e < 75 % (Precário). Para

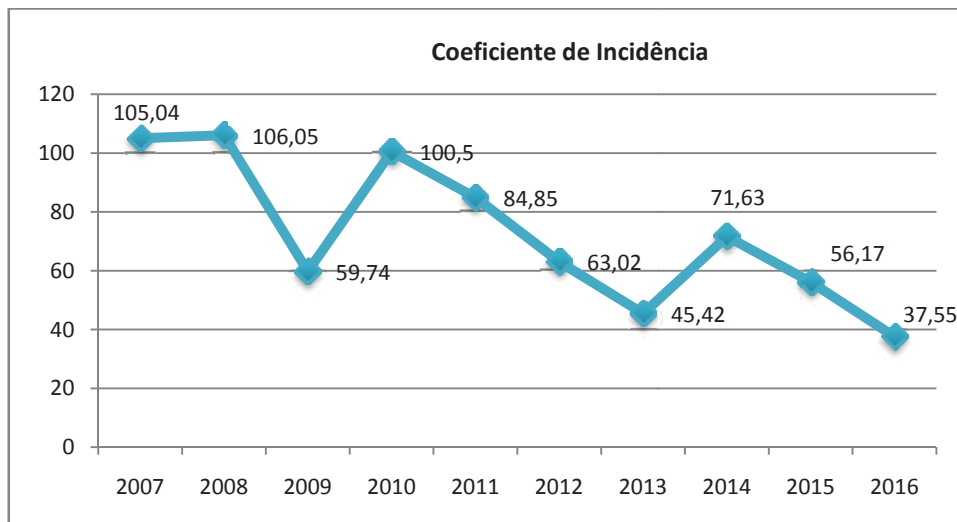
avaliação de porcentagem de contatos examinados, consideraram-se valores $\geq 75\%$ (Bom), 50 a 74,9% (Regular) e $< 50\%$ (Precário) (BRASIL, 2009).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal sob o Parecer nº 2.053.741 por se tratar de pesquisa documental foi deferido o Termo de Dispensa do TCLE (BRASIL, 2016) e obtido o consentimento da Coordenadora de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do de Cacoal para acesso aos dados no sistema municipal.

RESULTADOS

De acordo com os dados fornecidos pelo departamento de vigilância epidemiológica de Cacoal, entre 2007 a 2016 foram registrados 589 casos novos de hanseníase, sendo a maior e a menor frequência absoluta de notificação registrada no ano de 2008, com 83 casos, e 2016, 33 casos, respectivamente. Em média foram detectados anualmente, 59 casos novos, o que resulta em um coeficiente de detecção médio de 73 casos/100.000 habitantes para o período (Gráfico1).

Gráfico 1 Coeficiente de incidência no município de Cacoal/RO por ano 2007-2016



O sexo feminino foi identificado em 288 (48,9%) casos e o masculino em 301 (51,1%) casos, sendo que a forma clínica de maior prevalência tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino foi a dimorfa com 129 (42,9%) e 104 (36,1%) casos, respectivamente. A raça parda, com 296 (50,2%) casos, foi a mais prevalente, enquanto as raças: branca e preta

obtiveram 221 (37,5%) e 70 (11,9%) casos respectivamente, os dois casos restantes (0,4%) ocorreram na raça amarela e na indígena. Quanto à zona de residência, 499 (84,7%) pacientes pertencem à zona urbana e 15,1% à zona rural, foi ignorada esta informação em um caso (0,2%). A faixa etária variou de 05 a 90 anos, com média de 41,25 anos ($\pm 17,1$), sendo mais frequente na faixa etária de 35 aos 49 anos (31,2%), acrescentando importante porcentagem de adolescentes (10,5%). Em relação à escolaridade 309 (52,5%) apresentaram ensino fundamental incompleto. (Tabela 1).

Tabela1 Distribuição dos percentuais quanto à faixa etária e escolaridade em portadores de hanseníase. Cacoal/RO, 2007 a 2016.

Variáveis	Cacoal	
	N	%
Idade		
5-9	7	1,2
10-14	25	4,2
15-19	37	6,3
20-34	150	25,5
35-49	184	31,2
50-64	130	22,1
65-79	47	8,0
≥ 80	9	1,5
<15	32	5,4
	Escolaridade	
Analfabeto	45	7,6
Ens. Fund. Incompleto	309	52,5
Ens. Fund. Completo	43	7,3
Ens. Médio Incompleto	52	8,8
Ens. Médio Completo	68	11,5
Ens. Sup. Incompleto	19	3,2
Ens. Sup. Completo	28	4,8
Ignorado	22	3,7
Não se aplica	02	0,3
Não Informado	01	0,2

Quanto às características clínico-epidemiológicas, observaram-se maiores percentuais das formas clínicas dimorfa (39,6%) e indeterminada (29,5%). Na classificação operacional, 54,8% foram classificados como multibacilares. Em relação ao número de lesões cutâneas, 39% apresentaram lesão única. Quanto ao grau de incapacidade no diagnóstico, 75,4%

apresentaram grau zero. Na variável baciloscopia, em 23,4% não havia informação quanto ao resultado e em 52,8% obtiveram resultado negativo. No que se refere ao modo de detecção dos casos novos, 64,3% foram por demanda espontânea (Tabela2).

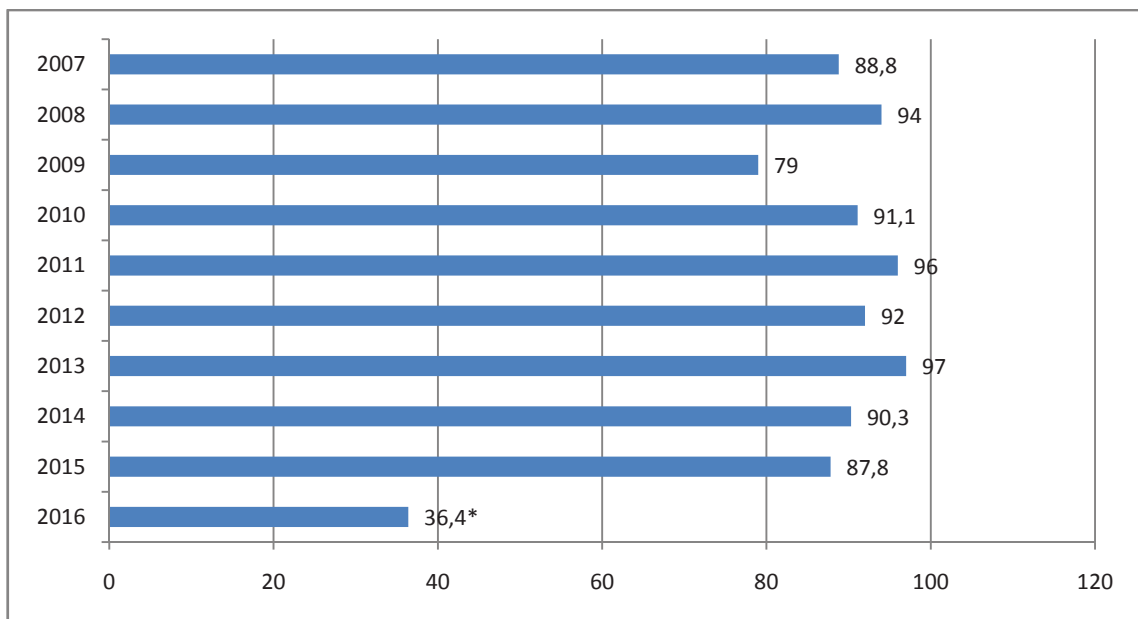
Tabela 2 Distribuição dos registros segundo forma clínica, classificação operacional, número de lesões, baciloscopia, modo de detecção e grau de incapacidade entre os casos de hanseníase. Cacoal/RO, 2007 a 2016.

Variáveis	Cacoal	
	N	%
Forma clínica		
Indeterminada	174	29,6
Tuberculóide	92	15,6
Dimorfa	233	39,6
Virchowiana	90	15,3
Classificação operacional		
Paucibacilar	266	45,2
Multibacilar	323	54,8
Número de Lesões cutâneas		
Nenhuma	30	5,1
Lesão única	230	39,0
2 a 5 lesões	175	29,7
>5 lesões	154	26,1
Baciloscopia		
Positiva	129	21,9
Negativa	311	52,8
Não realizada	10	1,7
Ignorado*	1	0,2
Não Informado	138	23,4
Modo de Detecção de casos novos		
Encaminhamento	158	26,8
Demanda espontânea	379	64,3
Exame de coletividade	7	1,2
Exame de contatos	37	6,3
Outros	8	1,4
Grau de incapacidade		
Grau Zero	444	75,4
Grau I	118	20,0
Grau II	26	4,4
Não Avaliado	01	0,2

Quando se compara a forma clínica entre os paucibacilares, 65,4% correspondem à forma indeterminada e 34,6% à forma tuberculóide; entre os multibacilares, 27,9% representam à variante virchowiana e 72,1% a variante dimorfa. Quanto ao número de lesões,

entre os paucibacilares, 188 (70,7%) casos apresentaram lesão única, 3% não havia lesão, 26% de duas a cinco lesões, sendo que entre os paucibacilares 95,5% era grau zero de incapacidade. Nos multibacilares, 106 (32,8%) apresentaram de duas a cinco lesões e em 153 (47,4%) casos obtiveram mais de cinco lesões. Destes, 60,7% apresentam grau zero, 29,1% grau I e 23% grau II ao diagnóstico.

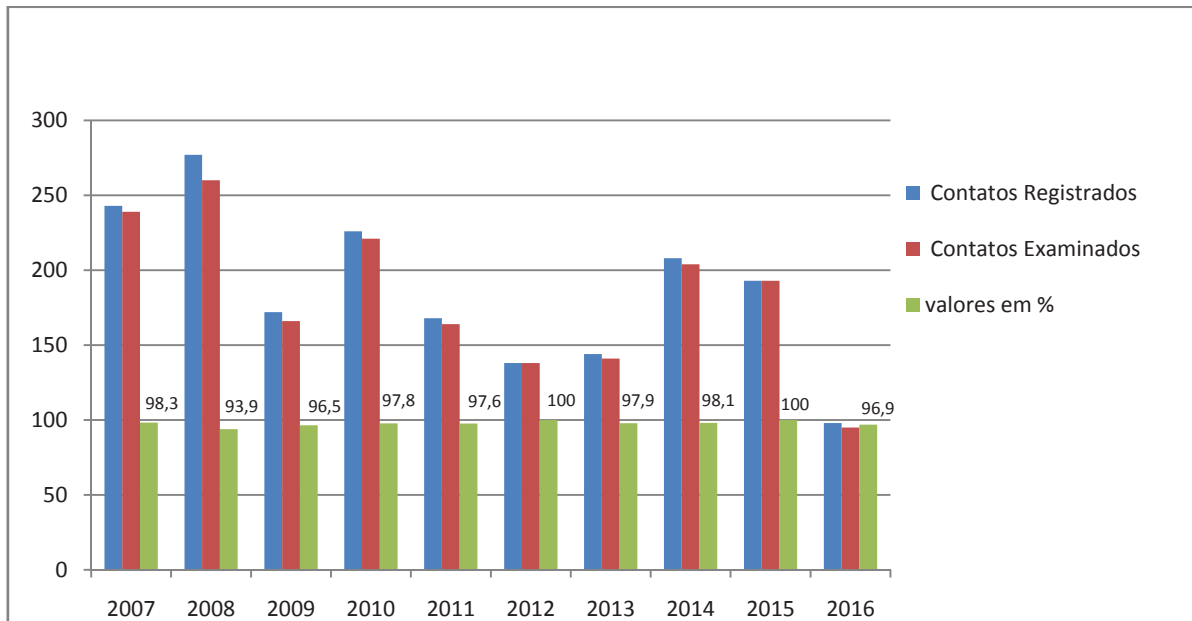
Gráfico 2 Percentual de cura na coorte de hanseníase em Cacoal/RO, 2007 a 2016.



* Dados incompletos devido a pacientes que iniciaram o tratamento em 2016, porém não concluíram neste ano.

Em relação ao percentual de cura, no maior parte período foi observado valores acima de 90%, apenas os anos de 2007, 2009, e 2015 apresentaram resultado regular (entre 75% a 89,9%) quanto ao percentual de cura, cabe ressaltar que no ano 2016 faltaram dados devido a não conclusão do tratamento de alguns pacientes (Gráfico 2). A proporção de contatos examinados entre os contatos registrados apresentou flutuações, o mínimo alcançado no período foi no ano de 2008 com 93,9% e em 2012 e 2015 atingiu a meta de 100%, dessa forma, o município, classificou-se como bom ($\geq 75\%$) segundo parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde (Gráfico 3).

Gráfico 3 Proporção de contatos examinados dentre os registrados, Cacoal/RO, 2007 a 2016



DISCUSSÃO

No portal DATASUS do SINAN só estão disponíveis dados até o ano de 2015 e as informações divergem das fornecidas pela secretaria municipal de saúde, por exemplo, no portal do DATASUS, entre os anos de 2007 e 2015 é informado um total de 554 casos novos registrados enquanto pelos dados da secretaria municipal de saúde é fornecido um total de 556 casos novos, tal discrepância sugere erro ao lançarem as informações no portal do DATASUS, visto que as secretarias municipais de saúde são as fontes dos dados do SINAN.

A análise do coeficiente de incidência ao longo do período demonstra flutuações e uma tendência decrescente, persistindo até o ano de 2015 com valores considerados hiperendêmico ($\geq 40,0$), ao final do período houve pequena redução da taxa, 37,6/100 mil habitantes, que caracterizou o município no parâmetro muito alto segundo Ministério da Saúde (Gráfico 1). As reduções na prevalência e incidência da hanseníase ao longo dos anos, evidenciadas nesse estudo, é devido à disponibilidade ampla e gratuita de sólida quimioterapia na forma de poliquimioterapia (PQT), boas estratégias, forte colaboração com importantes parceiros e compromisso político de países onde a hanseníase é endêmica (WHO, 2016).

O coeficiente de detecção médio, de 3,96 casos/100.000 habitantes encontrados em pacientes com idade inferior a 15 anos, reflete em um alto grau de detecção da doença para

essa faixa etária, tendo como análise os parâmetros fixados pelo Ministério da Saúde. O problema da hanseníase em menores de 15 anos e suas consequências tem sido objeto de estudo de diversos autores e organizações internacionais. Diversos autores têm demonstrado um acentuado número de casos nessa faixa etária (BARBOSA et al., 2014; MORAIS et al., 2012; PEREIRA et al., 2011). Por ser considerada uma doença do jovem e do adulto, devido ao longo período de incubação pelo *M. leprae*, a detecção dos pacientes pediátricos indica a continuação da presença de pacientes não detectados e da transmissão na comunidade (WHO, 2016). Os achados anteriormente citados ainda preocupam e sugerem uma cadeia vigente de transmissão do bacilo.

A frequência encontrada com relação ao sexo, raça/cor, local de residência está de acordo com a literatura (SARMENTO et al. 2015; RIBEIRO JR et al., 2012). Globalmente, 61,2% dos novos casos em 2015 eram do sexo feminino (WHO, 2016), esse dado contradiz com o presente estudo, durante o período analisado, o sexo masculino prevaleceu sobre o feminino, fato que vai ao encontro de outros estudos (RIBEIRO et al., 2013; BARBOSA et al., 2014; PORTO et al., 2016; SARMENTO et al. 2015; ROMÃO; MAZZONI, 2013) e se contrapõe a valores encontrados em estudo realizado em cidade de Minas Gerais e Santa Catarina, em que houve predominância entre o sexo feminino (MORAIS et al., 2012; MELÃO et al., 2011).

A literatura apresenta resultados conflitantes em relação à prevalência da hanseníase segundo o sexo (MORAIS et al., 2012; RIBEIRO et al., 2013; BARBOSA et al., 2014; ROMÃO; MAZZONI, 2013). Alguns autores afirmam que o maior contato social entre homens e sua frequente exposição a ambientes de risco contribui para elevar o número de casos (DESSUNTI et al., 2008), enquanto que a menor preocupação com a estética corporal e falta de políticas específicas para esse público pode contribuir na deficiência do diagnóstico. Enquanto que a maior preocupação com a saúde e aparência física justificaria o predomínio do sexo feminino em alguns estudos (LOPES; PEREIRA, 2016).

Quanto à faixa etária, houve maior acometimento de pacientes na fase produtiva da vida, fato encontrado também em outros estudos (MORAIS et al., 2012; RIBEIRO et al., 2013; BARBOSA et al., 2014; MELÃO et al., 2011; ROMÃO; MAZZONI, 2013), porém foram apresentados valores comparativos diferentes entre diversos estudos, sendo que as idades identificadas como de maior ocorrência oscilaram entre 20 a 60 anos. Vale ressaltar que uma porcentagem importante de casos foi detectada entre adolescentes, consequente a uma exposição precoce ao bacilo e alta endemicidade da região (EBENEZER;

ARUNTHATHI; KURIAN, 1997). Salienta-se que para a faixa etária economicamente ativa, a presença de dano neural pode originar limitações físicas, diminuição da capacidade produtiva e conseqüentemente subemprego ou desemprego, além de comprometimento psicológico relacionado à baixa autoestima e isolamento do convívio social (TALHARI, 1997).

O nível baixo de escolaridade é compatível com estudos feito em Minas Gerais(RIBEIRO JR et al., 2012) e no Maranhão(RIBEIRO et al., 2013), onde a maior parte dos pacientes também não havia completado o ensino médio. O conhecimento dessa variável orienta os profissionais quanto à educação em saúde, uma vez que o nível escolar pode influenciar na compreensão das orientações sobre a prevenção e tratamento, sendo assim um indicador indireto para o controle da doença (SARMENTO et al. 2015; RIBEIRO JR et al., 2012).

Verificou-se nesse estudo que no diagnóstico a maioria dos casos foi classificada como multibacilares (54,8%), forma clínica dimorfa (39,6%) e apresentavam mais de 5 lesões (26,1%), dados compatíveis com a literatura (ROMÃO; MAZZONI, 2013; SILVA; TOLEDO; GELATTI, 2015), indicando diagnóstico tardio uma vez que há uma evolução a partir da forma indeterminada da hanseníase (ARAÚJO, 2003).

Com relação ao grau de incapacidade física ao diagnóstico, dos 97,8% avaliados, 76,4% apresentam grau zero. Alguns estudos cursaram com predomínio do grau zero (VIEIRA et al., 2014; ROMÃO; MAZZONI, 2013). O município encontra-se dentro dos parâmetros esperados do ministério da Saúde, uma vez que menos de 5% dos pacientes diagnosticados apresentaram grau II de incapacidade quando no diagnóstico da doença, Estes dados demonstram a efetividade nas atividades de detecção oportuna e precoce de casos. A baciloscopia é um dos sinais cardinais para o diagnóstico e em alguns casos pode ser o único sinal conclusivo da doença (WHO, 2010). Em um quarto dos casos a baciloscopia não foi realizada ou não foi informado na ficha de notificação impossibilitando inferir o real valor dessa variável no município, esse fato vem de encontro a outros estudos (RIBEIRO et al., 2013; MELÃO et al., 2011).A falta de informações e negligência de dados no preenchimento das fichas de notificação pelos profissionais ou a não utilização de tal recurso pode ter ocorrido, uma vez que nas formas indeterminadas e tuberculóide o diagnóstico é predominantemente clínico, sendo a baciloscopia não utilizada como critério na maioria dos casos.

Os altos índices da forma de demanda espontânea também foram observados em

outros estudos (RIBEIRO et al., 2013; MELLO et al., 2006; LANA et al., 2011), infere-se que o público em geral tem aumentado a conscientização a respeito dos sinais e sintomas da hanseníase, apresentando-se voluntariamente nas unidades de saúde. Esta pesquisa demonstrou que apenas 1,3% ao exame de coletividade, o que indica uma falha dos métodos de busca ativa realizadas pela equipe de saúde nas áreas de atuação.

Verificou-se maior frequência de percentuais considerados bom para cura ($\geq 90\%$), em média 90,7% dos casos obteve cura, esse resultado foi superior ao encontrado em alguns estudos (BARBOSA et al., 2014; MELLO et al., 2006; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; LOPES; PEREIRA, 2016). É fundamental que se mantenha a taxa de cura para mais de 90%, uma vez que pacientes com hanseníase tratados inadequadamente ou não curados apresentam aumento de risco para recidivas, de resistência ao tratamento e do desenvolvimento de incapacidades físicas (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

A proporção de contatos examinados entre os contatos registrados apresenta média de 97,7%. Essa variável é um indicador de desempenho do programa de controle da hanseníase, uma vez que a investigação adequada dos contatos contribui para a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata precocemente os casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo (DESSUNTI et al., 2008).

CONCLUSÃO

Conclui-se nesta pesquisa que com relação ao perfil epidemiológico dos casos notificados em Cacoal, o gênero masculino teve o maior número de casos, a idade média encontrada foi de 41,25 anos, ressaltando também que houve importante incidência em menores de 15 anos. A raça parda, seguida da branca apresentou maior incidência na população do estudo. Observou-se também que a maior parte dos casos tinha ensino fundamental incompleto e residiam na zona urbana.

Em relação ao perfil clínico, a classificação multibacilar teve números mais significantes de casos, identificando a forma clínica dimorfa com maior predominância, e dentre esses a maioria apresentou mais de cinco lesões. Cabe ressaltar que entre os paucibacilares a maioria apresentou forma indeterminada e lesão única. A maioria dos exames baciloscópicos foram negativos, porém em um número expressivo de casos o campo baciloscopia não foi preenchido na ficha de notificação. No grau de incapacidade física no

diagnóstico identificou-se maiores casos com grau 0 e em relação ao número de lesões cutâneas a maioria apresentou lesão única. Observou-se também maior detecção de casos novos na forma de demanda espontânea e por encaminhamento.

O município apresentou resultados satisfatórios no que diz respeito ao percentual de cura da doença e em relação à proporção de contatos examinados entre os contatos registrados. No período estudado, o município apresentou coeficiente de incidência decrescente, porém ainda apresenta coeficiente de detecção considerado muito alto segundo parâmetros de detecção na população geral, demandando intensificação das ações para a eliminação da doença, visando diagnóstico precoce, exame dos contatos registrados, controle da incidência em menores de 15 anos e disponibilização do tratamento e acompanhamento para evitar o abandono.

CLINICAL AND DEMOGRAPHIC PROFILE OF LEPROSY IN THE CACOAL / RO MUNICIPAL DISTRICT IN THE PERIOD FROM 2007 TO 2016

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease with dermatoneurological consequences, being persistent as a public health problem. Brazil occupies the second place in the world incidence with 13% of the new global cases and Rondônia has 11.22% of the cases of the North region. The objective of this study was to describe the incidence and characteristics of the reported cases of leprosy in Cacoal located in the state of Rondônia. It is a descriptive, epidemiological study, with a quantitative approach of data extracted from the SINAN (Information System for Notifiable Diseases) from 2007 to 2016. The incidence coefficient and the percentage distribution of the cases according to variables of interest were calculated. At the municipal district of Cacoal in the period from 2007 to 2016 589 cases of leprosy were reported. There was a discrete male predominance (51.1%); the predominant clinical form was dimorphic (42.9%); in the operational classification 54.8% of cases were multibacillary and 4.4% of the individuals reported had degree II of physical disability at diagnosis. As far as demographic data prevailed, the age range was 35 to 49 years with a total of 31.2%; the brown breed was evidenced in 50.2% of the cases and the urban area of residence in 84.7% of the cases. In summary, the municipal district of Cacoal with a current detection rate of 37.6 cases / 100 thousand inhabitants is still has incidence coefficient considered very high according to detection parameters in the general population, demanding intensification of actions to eliminate the disease.

Keywords: Leprosy. Epidemiology. Incidence.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 3, p. 373–382, 2003.

AVELINO E SARMENTO, A. P. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n. 3, p. 180–184, 2015.

BARBOSA, D. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 1, 19 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose: Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília-DF: [s.n.]. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. v. 44, n. 11, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--11---Hanseníase.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde; secretaria de vigilância em saúde; departamento de vigilância epidemiológica. Hanseníase no Brasil. **Dados e indicadores selecionados**. Brasília-DF: [s.n.]. 2009. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atu_al.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas: Série C. **Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília-DF: [s.n.]. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 28 maio. 2017.

BRASIL, C. N. DE S. Resolução N° 510, de 07 de Abril de 2016. **Normas para pesquisas científicas humanas e sociais.**, v. 58, n. 12, p. 44–46, 2016.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. spe, p. 689–693, nov. 2008.

EBENEZER, L.; ARUNTHATHI, S.; KURIAN, N. Profile of leprosy in children: Past and present. **Indian Journal of Leprosy**, v. 69, n. 3, p. 255–259, 1997.

LANA, F. C. F. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 62–67, 2011.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. DE. Hanseníase: diagnóstico e tratamento.

Diagnóstico e tratamento, v. 17, n. 4, p. 173–179, 2012.

LOPES, D. A. DA C.; PEREIRA, L. G. Análise da incidência de hanseníase no município de Juína no período de 2004 a 2013. **Revista da Saúde da Ajes**, v. 1, n. 1, 14 dez. 2016.

MELÃO, S. et al. 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**, v. 44, n. 1, p. 79–84, 2011.

MELLO, R. S. DE et al. 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**, v. 35, n. 1, p. 29–36, 2006.

MIRANZI, S. DE S. C.; PEREIRA, L. H. DE M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62–67, 2010.

MORAIS, P. B. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase num município superendêmico do interior do sudeste brasileiro. **Hansenologia Internationalis**, v. 37, n. 2, p. 61–68, 2012.

OMS, O. M. DA S. O. P.-A. DA S. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase. **Diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília-DF: [s.n.]. 2010.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hansenias_e.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017.

PEREIRA, E. V. E. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de teresina, no período de 2001-2008. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 2, p. 235–240, 2011.

PORTO, M. J. et al. Análise dos números de casos notificados de hanseníase pelo SINAN na Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2016.

RIBEIRO, V. da S. et al. Características clínicas e epidemiológicas da hanseníase no estado do Maranhão, 2001-2009. **Revista Pesquisa e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 81–86, 2013.

RIBEIRO JR, A. F. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 4, p. 272–277, 2012.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, n. 1, p. 22–27, 4 jan. 2013.

SILVA, M. N.; TOLEDO, B. J.; GELATTI, L. C. Perfil Epidemiológico de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-GO. **FaSeM Ciências**, v. 7, n. 1, p. 18–28, 2015.

VIEIRA, G. DE D. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 269–275, 2014.

WHO. Global leprosy situation, 2010. **Weekly epidemiological report**, n. 35, p. 185–202,

2010.

WHO. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. **Weekly epidemiological record**, v. 35, n. 91, p. 405–420, 2016.

WHO, W. H. O. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. **Estratégia Global para Hanseníase**. 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.