

Perfil da hanseníase no Município de Campo Grande –MS de 2010 a 2017.

Profile of leprosy in the Municipality of Campo Grande -MS from 2010 to 2017.

Erisson Will¹.

¹Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

*Autor correspondente:
Erisson Will, Hospital
Universitário Maria
Aparecida Pedrossian -
HUMAP.
E-mail do autor:
somwill@gmail.com

Palavras-chave: Perfil.
Hanseníase. Campo Grande.

Key-words: Profile. Leprosy.
Campo Grande.

Resumo

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica de evolução lenta, causada pelo bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*). Segundo a OMS, três países, entre eles o Brasil, respondem por 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo, com mais de 10.000 novos casos anualmente. A distribuição espacial da hanseníase no Brasil e no mundo é heterogênea, pois ainda permanecem bolsões de alta carga da doença. No Brasil destacam-se as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, consideradas as áreas de maior transmissão da doença. O estudo do perfil epidemiológico da hanseníase no Município de Campo Grande entre 2010 e 2017 baseou-se nos dados obtidos da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF e do SINAM. O coeficiente de detecção se manteve acima do coeficiente de detecção nacional, embora abaixo do coeficiente de detecção do Estado de Mato Grosso do Sul. O perfil da hanseníase encontra-se semelhante ao perfil nacional: prevalência na população economicamente ativa, em especial no sexo masculino, na população com nível de escolaridade mais baixo e em indivíduos da cor preta ou parda. A forma predominante foi a multibacilar e dimorfa. O modo de detecção predominante foi o encaminhamento, seguido de demanda espontânea e exame de coletividade, mostrando ser essa última uma ferramenta importante no controle da doença. Houve muitos casos de incapacidade notificados e em alguns anos houve subnotificação, fato preocupante pois apesar de um aparente declínio no coeficiente de detecção da hanseníase, o encontro de incapacidades dela decorrentes aponta para um diagnóstico tardio.

Abstract

Leprosy is a chronic, slowly evolving infectious disease caused by the Hansen bacillus (*Mycobacterium leprae*). According to WHO, three countries, including Brazil, account for 81% of patients newly diagnosed and reported worldwide, with more than 10,000 new cases annually. The spatial distribution of leprosy in Brazil and in the world is heterogeneous, because there are still areas of high disease level. In Brazil, the North, Midwest and Northeast regions are considered the areas of greatest transmission of the disease. The study of the epidemiological profile of leprosy in the municipality of Campo Grande between 2010 and 2017 was based on data obtained from the General Coordination of Leprosy and Diseases in Elimination - CGHDE-SVS / DF and SINAM. The coefficient of detection remained above the national detection coefficient, although below the detection coefficient of the State of Mato Grosso do Sul. The profile of leprosy is similar to the national profile: prevalence in the economically active population, especially in the male sex, in the population with lower educational level and in individuals of black or brown color. The predominant form was multibacillary and dimorphic. The predominant mode of detection was referencing, followed by spontaneous demand and collective examination, showing that the latter is an important tool in disease control. There were many reported cases of disability and in some years there was underreporting, a worrying fact that despite an apparent decline in the leprosy detection coefficient, the finding of incapacities resulting therefrom points to a late diagnosis.

1. Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica de evolução lenta, causada pelo bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*). Manifesta-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos como lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente olhos, mãos e pés causando lesões muitas vezes permanentes (Brasil, 2002).

As sequelas são várias, desde alterações de sensibilidade e motoras, a alterações visuais ou até mesmo deformidades. Não menos importantes são as sequelas de cunho emocional pela estigmatização que a doença traz, podendo haver limitação importante da vida social (Budell, et al., 2011).

A hanseníase já não é mais considerada problema de saúde pública a nível mundial desde o ano de 2000 em decorrência das estratégias globais de combate à hanseníase implementadas pela Organização Mundial de Saúde. Apesar disso, áreas como a Região da Ásia Sul-Oriental são consideradas estratégicas para se priorizar o controle da hanseníase, por ser considerada local de maior impacto global (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Ainda segundo a OMS, o Brasil, juntamente com a Índia e Indonésia respondem por 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo, com mais de 10.000 novos pacientes anualmente (Organização Mundial de Saúde, 2016).

A distribuição espacial da hanseníase nos Estados brasileiros é heterogênea: enquanto Estados mais desenvolvidos socioeconomicamente já atingiram a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública – prevalência de menos de 1 caso para 10.000 habitantes – ainda permanecem bolsões de alta carga nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, consideradas as áreas de maior transmissão da doença no país (Freitas, et al., 2017).

O conhecimento do perfil epidemiológico e da distribuição espacial dos casos de hanseníase no Brasil permite intensificar estratégias de intervenção e controle localizadas, além de ajudar no entendimento da dinâmica de transmissão da doença (Freitas, et al., 2017).

2. Material e Métodos

Trata-se de estudo transversal e descritivo do perfil epidemiológico da hanseníase no Município de Campo Grande-MS, Mato Grosso do Sul, no período de 2010 a 2017. Foram considerados apenas os casos autóctones do Município de Campo Grande, notificados em todo o Estado de Mato Grosso do Sul.

2.1. Fontes da pesquisa

As fontes utilizadas para a obtenção dos dados foram: (I) o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM); (II) Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação CGHDE-SVS/DF através do Serviço de Informação ao Cidadão – SIC/DF; (III) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2.2. Processamento de dados

O coeficiente de detecção anual foi calculado dividindo-se o número total de casos notificados em determinado ano por sua população estimada, multiplicando-se o resultado por 100.000.

Além do coeficiente de detecção, calculou-se também a proporção de casos notificados: por sexo, classificação operacional (paucibacilar e multibacilar), modo de entrada (transferência de outra unidade, transferência de outro município da mesma unidade federada, transferência de outro estado, transferência de outro país, recidiva, outros ingressos, ignorado), raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado e não informado), esquema de tratamento inicial (PQT/PB/6 doses, PQT/MB/12 doses, esquemas substitutos, não informado), modo de detecção (encaminhamento, demanda espontânea, exame coletividade, exame contatos e outros modos, ignorado), baciloscopia (positiva, negativa), forma clínica (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana e não classificada), grau de incapacidade (grau 0, grau I, grau II, não avaliado), idade (0 a 14 anos, 15 anos ou mais), número de lesões (0, 1 a 4, 5 ou mais lesões, não informado), tipo de saída (cura, transferência para mesmo município, transferência para outro município, transferência para outro estado, transferência para outro país, óbito, abandono, erro diagnóstico, transferência não especificada, não informado), escolaridade (analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, educação superior incompleta, educação superior completa, ignorado/em branco, não se aplica).

Para o gerenciamento e o processamento dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2016.

3. Resultados

Durante o período de 2010 a 2017 um total de 1.062 casos novos de hanseníase autóctones do Município de Campo Grande foram notificados em todo o Estado de Mato Grosso do Sul. O coeficiente de detecção anual variou de 9,83 a 22,60 por 100.000 habitantes (Tabela 1).

O percentual de homens acometidos correspondeu a 56,80% (Tabela 2).

A maior parcela da população atingida está acima dos 15 anos, representando 97,83% dos casos (Tabela 3), e quase metade dos casos (47,8%) eram em indivíduos analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (Tabela 4).

Verificou-se que 42,84% dos casos notificados correspondem à raça parda, 39,17% à raça branca, 8,09% à preta, 1,12% à indígena e 0,84% à amarela. Ignorados ou não informados correspondem a 7,9% (Tabela 5).

O principal modo de detecção dos casos foi o encaminhamento (37,5%) seguido de demanda espontânea (30,8%) e apenas 7,0% dos casos novos foram detectados pelo exame de contatos (Tabela 6). Do total de casos notificados, 791 (74,48%) foram de casos novos (Tabela 7).

A maioria dos casos notificados no período analisado foi de casos multibacilares (76,2%) (Tabela 8).

De todos os casos notificados, 34,65% foram da forma dimorfa, 20,24% virchowiana, 12,14% tuberculóide, 10,45% indeterminada e 22,50% não foram classificadas (Tabela 9).

Durante o período analisado, 37,2% dos casos notificados apresentavam mais de 5 lesões no momento do diagnóstico (Tabela 10), e a baciloscopia foi positiva em 32,01 das notificações (Tabela 11).

O esquema de poliquimioterapia multibacilar (PQT/MB) foi iniciado em 75,51% dos casos, enquanto que o esquema de poliquimioterapia paucibacilar (PQT/PB) em 23,35% dos casos (Tabela 12).

No período analisado a proporção de casos com algum grau de incapacidade foi em média 31,6%, sendo 87 casos de incapacidade grau 2 (Tabela 13).

Tabela 1: Casos notificados e coeficientes de detecção anual por 100.000 habitantes na população geral estimada segundo ano de notificação.

Ano notificação	Campo Grande		Mato Grosso do Sul		Brasil	
	Nº casos	Coef. detecção	Nº casos	Coef. detecção	Nº casos	Coef. detecção
2010	116	14,74	817	32,74	34894	18,22
2011	180	22,60	960	38,00	33955	17,65
2012	147	18,25	1076	42,07	33303	17,17
2013	156	18,74	988	38,16	31044	15,44
2014	160	18,97	1282	48,90	31064	15,32
2015	121	14,17	941	35,45	32381	14,07
2016	96	11,11	559	20,81	29597	12,23
2017	86	9,83	587	21,60	32250	15,59
Média	132,75	16,05	901,25	34,71	32311	15,71

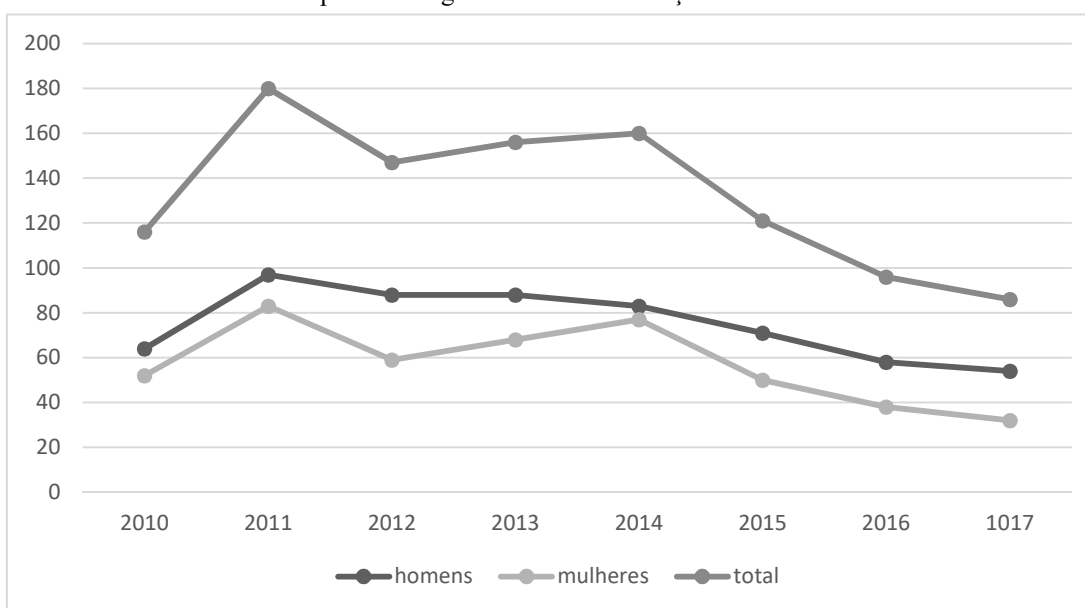
Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018); SinamNet (2018); IBGE.

Tabela 2: Casos notificados por sexo segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Masculino	64	97	88	88	83	71	58	54	603 (56,8%)
Feminino	52	83	59	68	77	50	38	32	459 (43,2%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Gráfico 1: Casos notificados por sexo segundo ano de notificação.



Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 3: Casos notificados por idade segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
0 a 14 anos	1	6	2	5	7	2	0	0	23 (2,16%)
15 anos ou mais	115	174	145	151	153	119	96	86	1039 (97,83%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 4: Casos notificados por escolaridade segundo ano de notificação (Campo Grande-MS).

Grau escolaridade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Analfabeto	6	16	9	15	10	9	6	7	78 (7,3%)
1ª a 4ª série incomp.	27	49	37	33	24	21	27	13	231 (21,8%)
4ª série comp.	21	14	11	6	12	3	3	5	75 (7,1%)
5ª a 8ª série incomp.	12	19	16	18	20	15	10	14	124 (11,7%)
Ensino fund. comp.	6	14	11	7	6	11	9	4	68 (6,4%)
Ensino médio incomp.	7	10	9	5	12	8	6	6	63 (5,9%)
Ensino médio comp.	14	10	15	9	11	10	11	8	88 (8,3%)
Educação sup. incomp.	2	5	0	1	3	5	0	0	16 (1,5%)
Educação sup. comp.	2	4	5	5	3	0	0	4	23 (2,2%)
Ignorado/branco	19	38	34	56	59	39	24	25	294 (27,7%)
Não se aplica	0	1	0	1	0	0	0	0	2 (0,2%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 5: Casos notificados por cor/raça declarada segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Branco	49	81	69	56	61	39	32	29	416 (39,17%)
Preto	12	11	11	13	14	10	11	4	86 (8,09%)
Amarelo	1	1	2	0	2	3	0	0	9 (0,84%)
Pardo	52	79	55	68	66	50	41	44	455 (42,84%)
Indígena	0	0	3	3	2	2	2	0	12 (1,12%)
Ignorado/não inform.	2	8	7	16	15	17	10	9	84 (7,90 %)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 6: Casos notificados por modo de detecção segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Encaminhamento	58	75	65	55	44	41	36	24	398 (37,5%)
Dem. espontânea	33	61	47	47	56	30	28	25	327 (30,8%)
Ex. de coletividade	1	5	0	1	1	1	2	2	13 (1,2%)
Ex. de contatos	8	10	12	8	15	10	5	6	74 (7,0%)
Outros modos	1	4	6	6	1	1	3	3	25 (2,4%)
Ignorado	15	25	17	39	43	38	22	26	225 (21,2%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 7: Casos notificados por modo de entrada segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Caso novo	101	146	123	118	121	85	36	61	791 (74,48%)
Transf. Outra Unidade	0	7	8	5	5	2	28	5	60 (5,64%)
Transf. Munic.	2	2	1	3	0	2	2	0	12 (1,12%)
Transf. Outro Estado	1	1	2	4	4	3	5	3	23 (2,16%)
Transf. Outro país	0	0	0	0	0	1	3	0	4 (0,37%)
Recidiva	2	10	8	5	5	6	0	7	43 (4,04%)
Outros reingressos	10	13	4	21	25	22	0	10	105 (9,88%)
Ignorado	0	1	1	0	0	0	22	0	24 (2,25%)

Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	-------------

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 8: Casos notificados por classificação operacional segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Paucibacilar	35	47	46	43	35	22	17	8	253 (23,8%)
Multibacilar	81	133	101	113	125	99	79	78	809 (76,2%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 9: Casos notificados por forma clínica segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Indeterminada	14	18	17	22	24	10	5	1	111 (10,45%)
Tuberculóide	22	24	25	14	13	13	9	9	129 (12,14%)
Dimorfa	29	26	26	49	78	68	43	49	368 (34,65%)
Virchowiana	44	29	31	31	29	14	17	20	215 (20,24%)
Não classificada	7	83	48	40	16	16	22	7	239 (22,50%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 10: Casos notificados por número de lesões segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Zero	34	51	29	21	21	18	17	9	200 (18,8%)
1 a 4 lesões	43	59	60	60	60	46	34	28	390 (36,7%)
5 ou mais lesões	36	46	46	64	68	48	40	47	395 (37,2%)
Não informado	3	24	12	11	11	9	5	2	77 (7,2%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 11: Casos notificados por baciloscopia segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Positiva	41	60	48	52	54	33	27	25	340 (32,01%)
Negativa	41	57	52	43	55	47	22	31	348 (32,76%)
Não realizada	33	25	27	47	46	30	29	21	258 (24,29%)
Ignorada	1	38	20	14	5	11	18	9	116 (10,92%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 12: Casos notificados por esquema inicial de tratamento segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
PQT/PB/6 doses	35	46	44	42	35	21	17	8	248 (23,35%)
PQT/MB/12 doses	79	128	102	113	124	99	79	78	802 (75,51%)
Esquemas substitutos	1	6	1	1	1	1	0	0	11 (1,03%)
Não informado	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0,09%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 13: Casos notificados por avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Grau 0	59	81	81	85	80	63	44	48	541 (50,9%)
Grau I	27	46	37	29	46	25	17	25	252 (23,7%)
Grau II	4	12	7	16	18	16	11	3	87 (8,2%)
Não avaliado	26	41	22	26	16	17	24	10	182 (17,1%)

% Incap.	26,7	32,2	29,9	28,8	40	33,9	29,2	32,5	-
----------	------	------	------	------	----	------	------	------	---

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

Tabela 14: Casos notificados por tipo de saída segundo ano de notificação.

Ano notificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cura	89	140	96	110	121	80	45	6	687 (64,7%)
Tranf. mesmo Mun.	0	2	10	4	11	7	2	8	44 (4,1%)
Trans. de Mun.	1	1	2	3	1	1	0	2	11 (1,0%)
Transf. de Est.	2	3	1	1	2	5	2	2	18 (1,7%)
Transf. de País	0	0	0	0	1	0	0	0	1 (0,09%)
Óbito	5	3	4	4	5	5	1	0	27 (2,5%)
Abandono	8	8	10	20	14	12	9	0	81 (7,6%)
Erro diagnóstico	1	3	4	5	2	2	3	1	21 (1,9%)
Transf. não esp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0 (0%)
Não informado	10	20	20	9	3	9	34	67	172 (16,2%)
Total	116	180	147	156	160	121	96	86	1062 (100%)

Fonte: Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF (2018).

4. Discussão

Tomando por base o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do ano de 2018 (BE/2018), que mostra a situação epidemiológica dos casos novos de hanseníase no Brasil entre os anos de 2012 a 2016, podemos comparar com os dados encontrados nesta pesquisa, que considerou todos os casos autóctones do Município de Campo Grande notificados em todo o território de Mato Grosso do Sul.

Segundo o BE/2018, foram diagnosticados 151.764 casos novos de hanseníase (taxa média de detecção de 14,97 casos novos por 100 mil habitantes). No Município de Campo Grande o coeficiente de detecção médio se manteve abaixo do coeficiente de detecção médio do Estado de Mato Grosso do Sul, porém se manteve acima do coeficiente nacional (Tabela 1).

Especificamente nos anos de 2016 e 2017 nota-se diminuição do número de casos no Município de Campo Grande. Provavelmente isso se deve à não consolidação da base de dados consultada para aquele período, causando falsa impressão de que o coeficiente de detecção naquele Município está em declínio (Gráfico 1).

Ressalte-se que os dados apresentados para o Município de Campo Grande são de casos notificados, o que inclui os casos novos, mas também os transferidos de outra região e/ou recidivados (Tabela 7).

O BE/2018 mostrou prevalência na população masculina (55,6%) em praticamente todos os Estados brasileiros (exceto o Rio Grande do Norte). Percentual semelhante foi encontrado no Município de Campo Grande (56,8%), mantendo-se a prevalência masculina em todos os anos analisados (Tabela 2; Gráfico 1).

O BE/2018 mostrou que a prevalência da hanseníase aumenta proporcionalmente de acordo com a faixa etária, notadamente após os 15 anos, o que inclui a parcela da população economicamente ativa. Tal fato agrava ainda mais a problema em torno da hanseníase visto que, por se uma doença potencialmente incapacitante, o paciente se vê afastado das suas atividades laborais, passando a ser

mantido pelo Estado, gerando custos à previdência social, e ainda demanda maior atenção à saúde, aumentando os custos com cuidados médicos (Brasil, 2008).

Ressalte-se que a incidência entre menores de 15 anos tem relação direta com o grau de endemicidade da doença, portanto espera-se que a diminuição do número de crianças afetadas leve, conseqüentemente, à diminuição da transmissão da hanseníase (Brasil, 2002). No Município de Campo Grande apenas 2,16% dos casos foram em menores de 15 anos, sendo que em 2016 e 2017 não houve registro de nenhum caso nessa faixa etária (Tabela 3).

Segundo BE/2018, 55% das notificações correspondiam à população analfabeta ou com ensino fundamental incompleto. No Município de Campo Grande a população com o mesmo grau de escolaridade corresponde a 47,8% (Tabela 4), mantendo o mesmo padrão de acometimento da população com nível de escolaridade mais baixo.

De acordo com o BE/2018, 58,9% corresponderam à raça/ cor parda, 26,8% à branca, 12,8% à preta, 0,9% à amarela e 0,4% à indígena. Assim, considerando-se a definição de população negra como o conjunto de pretos e pardos, observa-se uma detecção mais elevada (71,7%) da doença neste grupo populacional em comparação aos outros. No Município de Campo Grande a prevalência entre população de pretos e pardos correspondeu a 50,93% (Tabela 5).

A descoberta dos casos de hanseníase ocorre por meio da detecção ativa, por investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas, ou de maneira passiva, por demanda espontânea e encaminhamento (Saúde, 2018).

A busca pelos contatos da hanseníase é um método eficaz para o diagnóstico precoce. Permite diminuir as fontes de infecção e interromper a cadeia de transmissão, principalmente nos casos de menor faixa etária onde há maior probabilidade de se encontrar a fonte de contágio, que presumivelmente estará física e temporalmente próxima

(Pires, et al., 2012).

Pelo BE/2018 o principal modo de detecção de casos novos de foi o encaminhamento (45,7%) seguido de demanda espontânea (41,0%) e 7,0% dos casos novos detectados pelo exame de contatos (Saúde, 2018). No Município de Campo Grande o encaminhamento respondeu por 37,5% dos casos notificados e o exame de contato, 7% (Tabela 6).

A proporção dos casos novos com classificação operacional multibacilar e paucibacilar, segundo o BE/2018, foi de 66,8% e de 33,2%, respectivamente. No Município de Campo Grande a proporção foi de 76,2 % de multibacilares e 23,8% de paucibacilares (Tabela 8). Esses dados refletem a alta proporção das formas clínicas virchowiana e dimorfa na população.

A hanseníase virchowiana ocorre nos indivíduos que apresentam imunidade celular menos eficaz contra o *Mycobacterium leprae* e representa importante foco infeccioso nos casos não tratados. A forma dimorfa acomete pessoas com instabilidade imunológica contra o bacilo, constituindo tais indivíduos um grupo mais sujeito às reações hansênicas, que são uma das principais causas de surgimento de incapacidades físicas em hanseníase (Saúde, 2018).

A forma predominante no País, segundo o BE/2018, é a forma dimorfa (42%), a qual também foi a forma predominante no Município de Campo Grande, com 34,65% dos casos notificados (Tabela 9).

O número de lesões é usado para se definir a classe operacional e por meio desta o esquema terapêutico a ser instituído. No Município de Campo Grande 37,2% apresentavam mais de 5 lesões no momento do diagnóstico (Tabela 10).

O diagnóstico é eminentemente clínico e epidemiológico, por meio da análise da história e condições de vida do paciente, e do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. Atenção especial deve ser dada a faixas etárias menores, quando o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (Pires, et al., 2012).

Muito embora o diagnóstico da hanseníase seja essencialmente clínico, a baciloscopia o reforça e serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando se compara o resultado no momento do diagnóstico e da cura. A baciloscopia foi positiva em 32,01% dos casos notificados no Município de Campo Grande (Tabela 11).

Desde a introdução da poliquimioterapia (PQT) há cerca de três décadas, a carga de hanseníase no mundo diminuiu consideravelmente. A hanseníase já não é mais considerada problema de saúde pública a nível mundial desde o ano de 2000 em decorrência das estratégias globais de combate à hanseníase implementadas pela Organização mundial de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2016).

A maioria dos casos tratados no Município de Campo Grande foi com esquema de poliquimioterapia multibacilar, correspondendo a 75,51% (Tabela 12).

As incapacidades físicas advindas da hanseníase ocorrem nas mãos e/ou nos pés e/ou nos olhos, e se manifestam por perda da sensibilidade protetora, diminuição da força muscular e/ou surgimento de deformidades visíveis (Brasil, 2008).

As incapacidades são classificadas como grau 0, quando a força muscular e a sensibilidade estão preservadas; grau 1, quando há diminuição da força muscular e/ou diminuição de sensibilidade; e grau 2, quando há deformidade visível nas mãos e/ou pés e/ou olhos.

As incapacidades físicas advindas da hanseníase são importantes sinalizadores do diagnóstico tardio, sendo importantes epidemiologicamente para avaliar a qualidade do diagnóstico (Saúde, 2018).

No Brasil, a média anual de pessoas diagnosticadas com incapacidades visíveis em decorrência da hanseníase é de 2.042, segundo BE/2018. No Município de Campo Grande, especificamente em relação aos casos com grau 2 de incapacidade física, foram notificados 87 casos (Tabela 13).

No Município de Campo Grande, nota-se que os anos de 2014, 2015 e 2017 foram os que tiveram menor proporção de casos não avaliados quanto à incapacidade. Nesses anos, observou-se que a porcentagem de casos com algum grau de incapacidade foi maior que os demais. Tal fato levanta a hipótese de subnotificação do grau de incapacidade, pois se este fosse avaliado amplamente nos demais anos certamente haveria maior número de casos com algum grau de incapacidade (Tabela 13).

O aparecimento de casos graves de incapacidades é, pois, evitável caso haja um diagnóstico logo aos primeiros sinais da doença. Também é implicada no diagnóstico tardio a capacidade dos profissionais que realizam a triagem dos casos suspeitos, entre eles técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Souza, et al., 2017).

Como visto, apesar do aparente declínio de casos notificados de hanseníase, ainda há muito a se fazer visando sua erradicação. Dentre as medidas a serem adotadas nesse sentido podemos citar a detecção sistemática dos contatos domésticos, a adoção de medidas socio-educativas com ênfase nas populações vulneráveis e a capacitação de profissionais para orientar o reconhecimento de sinais e sintomas precocemente.

Declaração

O autor declara estar ciente e ter atendido integralmente às normas preconizadas para as pesquisas em seres humanos, conforme resolução 466/2012. O autor declara ainda ausência de conflito de interesse.

5. Referências

- Brasil. Banco de dados das notificações de hanseníase no Estado de Mato Grosso do Sul 2010 a 2017. *Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE-SVS/DF*.
- Brasil. Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e

- Notificação – SINANET. Brasília: Ministério, 2018.
- Brasil. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. *Boletim Epidemiológico*, 49 (4), Brasília: Ministério, 2018.
- Brasil. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério, 2002.
- Brasil. Manual de prevenção de incapacidades. *Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase n 1*. Brasília: Ministério, 2008.
- Budel AR, Costa Fd, Pedri LE, Raymundo AR, Gerhardt C. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86 (5): 942-946, 2011.
- Freitas LRS, Duarte EC, Garcia LP. Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001 - 2003 e 2010 - 2012. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, outubro: 702-713, 2017.
- IBGE. Estimativa populacional. População recenseada e estimada, segundo os Municípios - 2010 a 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=16985&t=resultados>. Acessado em: 18 de janeiro de 2019.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase, 2016.
- Pires CAA, Malcher MSR, Junior JMCA, Albuquerque TGd, Correa IRS, Daxbacher ELR. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. *Revista Paulista de Pediatria*, 30 (2), 292-295, 2012.
- Souza GS, Silva RLF, Xavier MB. Hanseníase e atenção primária à saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde debate*, jan-mar, 230-242, 2017.