



Levantamento epidemiológico da hanseníase no Estado de Pernambuco, Brasil, de 2001 a 2010

Vagne de Melo Oliveira¹

¹Médico Veterinário – UFRPE. E-mail: vagne_melo@hotmail.com

Resumo: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável, causada por um bacilo. Esse bacilo é capaz de infectar grande número de pessoas (alta infectividade), mas poucos adoecem (baixa patogenicidade). Sua capacidade de invasão neural é responsável pelo alto potencial incapacitante da hanseníase. Seu agente etiológico é um bacilo álcool-ácido intracelular obrigatório, denominado bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*. O homem é reconhecido como única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados. Epidemiologicamente, esta doença tem baixa letalidade e baixa mortalidade, podendo ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero. O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico da hanseníase, no Estado de Pernambuco, durante a série histórica de 2001 a 2010 através das informações contidas nos relatórios de situação epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil – Secretaria de Vigilância em Saúde, publicados no ano 2011 e de domínio público. Para tal, realizou-se a busca de artigos nas bases eletrônicas de dados: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e o Google Acadêmico, utilizando os seguintes termos: “hanseníase”. Os resultados ilustraram queda significativa no coeficiente geral de detecção de 1,1 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos. O Coeficiente Geral de Detecção em 2010 foi de 31,8 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 12,1 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi regular, com 61,9%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção e o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também regular de 81,9% em 2010. Segundo dados observados nos relatórios do ministério da saúde, as medidas de vigilância em saúde devem ser voltadas para que haja aumento do percentual de exames para diagnóstico prévio e posterior tratamento da doença, evitando maiores complicações.

Palavras-chave: doença tropical, hanseníase, Pernambuco

1. INTRODUÇÃO

É uma doença infectocontagiosa (HINRICHSEN et al, 2004), crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa (TALHARI et al., 1997) e seu poder imunogênico. É um bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo, em forma de bastonete. É um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. Este bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, não é cultivável *in vitro* (BRASIL, 2008).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente (forma infectante da doença - MB), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) (TALHARI et al., 1997), através de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença. A hanseníase não é de transmissão hereditária e também não há evidências de transmissão nas relações sexuais. Devido ao padrão de multiplicação do bacilo, a doença progride lentamente. Entre o



contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais pode levar em média 2 a 5 anos. Os principais sinais e sintomas da doença são: Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (a pessoa sente formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência – se queima ou machuca sem perceber); Pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; Diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas; Falta ou ausência de sudorese no local - pele seca. As lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia - sensação de queimação, formigamento e/ou coceira - no local, que evoluem para ausência de sensibilidade e, a partir daí, não coçam e o paciente refere dormência - diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou ao tato - em qualquer parte do corpo (BRASIL, 2008).

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. Deve-se abordar, na anamnese, a presença dos sinais e sintomas citados anteriormente e precisá-los; bem como acolher as dúvidas, impressões e opiniões do paciente (BRASIL, 2008). O objetivo da vigilância epidemiológica é reduzir os coeficientes de detecção da doença, pelo diagnóstico e tratamento precoce dos casos, buscando interromper a cadeia de transmissão. É uma doença de notificação compulsória. Não se recomenda o tratamento monoterápico. A associação de drogas é altamente eficaz contra o *Mycobacterium leprae*. Os pacientes devem ser tratados em regime ambulatorial, sendo previsto internação nos episódios reacionais graves. A vigilância epidemiológica visa reduzir os coeficientes de detecção da doença, pelo diagnóstico e tratamento precoce dos casos, buscando interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2008). O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico da hanseníase, no Estado de Pernambuco, durante a série histórica de 2001 a 2010, através de dados disponíveis pelo Ministério da Saúde/MS, Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS, de domínio público.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa baseou-se na análise de publicações encontradas na literatura científica sobre epidemiologia da hanseníase no Estado de Pernambuco. Para tal, realizou-se a busca de artigos nas bases eletrônicas de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico, utilizando os seguintes termos: “hanseníase”. Não havendo restrição a data de publicação. Todos os dados sobre os casos de hanseníase foram coletados dos Inquéritos Epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS, constante na página *online* do Ministério da Saúde/MS, publicadas em 2011 e que são de domínio público, em sua página *online* (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38467&janela=1).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo Território Nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação/SINAN. O Sinan tem como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (LAGUARDIA et al., 2008). Esta é enviada em papel ou meio magnético ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário. As fichas de notificação dos casos devem ser preenchidas por profissionais das unidades de saúde onde o paciente tenha sido diagnosticado. A notificação de casos de recidiva deverá ser realizada pelo serviço de referência que procedeu à confirmação diagnóstica (BRASIL, 2008).

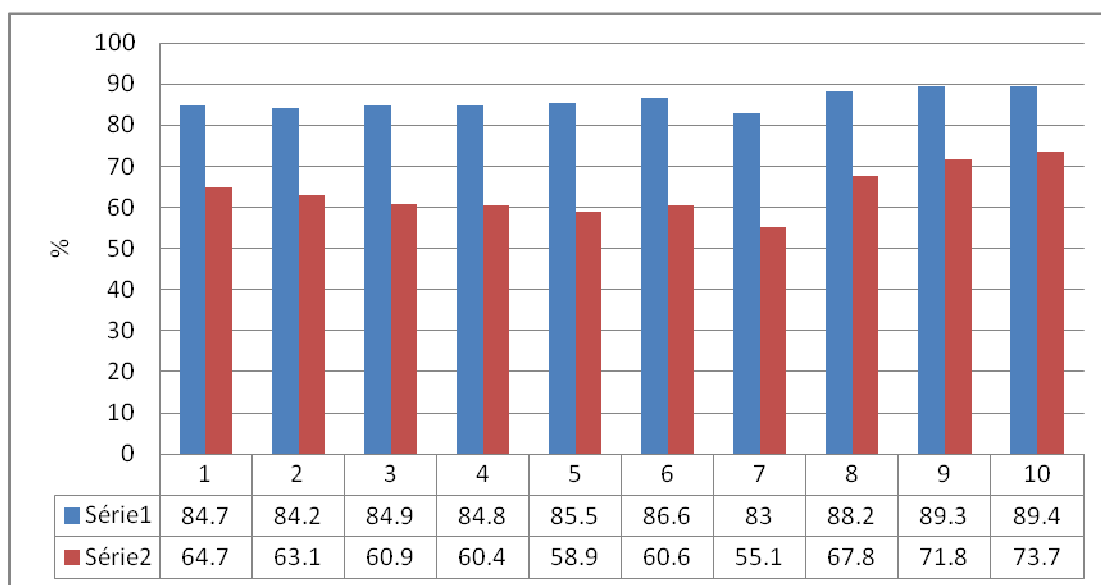


Segundo dados divulgados nos relatórios do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, atualmente, 93,51% dos municípios fazem diagnósticos e realizam tratamento poli-quimioterápico. Em Pernambuco, 14 municípios são considerados prioritários: Abreu de Lima, Araripina, Belo Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa Grande, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão. Não existe centro de referência nacional em Pernambuco, mas a população recebe assistência especializada no centro de referência estadual, o Sanatório Padre Antonio Manoel, popularmente conhecido como Hospital da Mirueira, situado no município de Paulista. Em 2004, foram treinados 132 profissionais. Das 3.185 unidades básicas de saúde, 829 realizam diagnósticos e tratamento, o que corresponde a uma cobertura de serviços de 26%.

Ainda segundo os dados obtidos dos relatórios do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase em Pernambuco, que atualmente é de 2,7 casos/10 mil habitantes, o Estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de média endemicidade segundo os parâmetros de prevalência. Por meio da distribuição espacial verificam-se áreas mais endêmicas concentradas a leste e oeste de Pernambuco, próximo à área metropolitana e do semiárido. Entre os 187 municípios do Estado, 32 (17%) não notificaram casos novos em 2010 e 25 são considerados hiperendêmicos (Figura 2). A capital Recife apresentou 55,6 casos novos/100 mil habitantes em 2010, padrão muito alto de endemicidade. No entanto, observa-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de 1,1 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos (figura 4). O coeficiente geral de detecção em 2010 foi de 31,8 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 12,1 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi regular, com 61,9%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção e o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também regular de 81,9% em 2010.

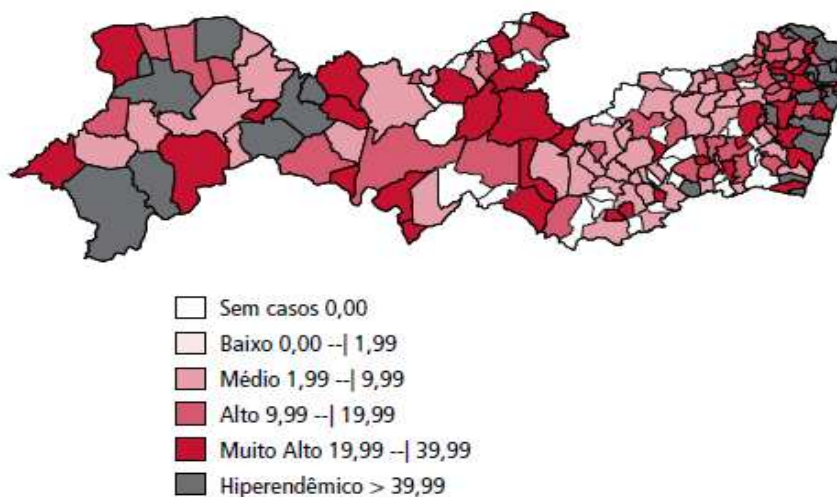
No Brasil, durante o período de 2001 a 2010 foram registrados dados quanto ao grau de incapacidade no diagnóstico, relatando e ao grau de incapacidade na cura, descritos na figura 1.

Figura 1: Grau de incapacidade no diagnóstico (série 1, azul) x grau de incapacidade na cura (série 2, vermelho)



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - SVS/MS (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200).

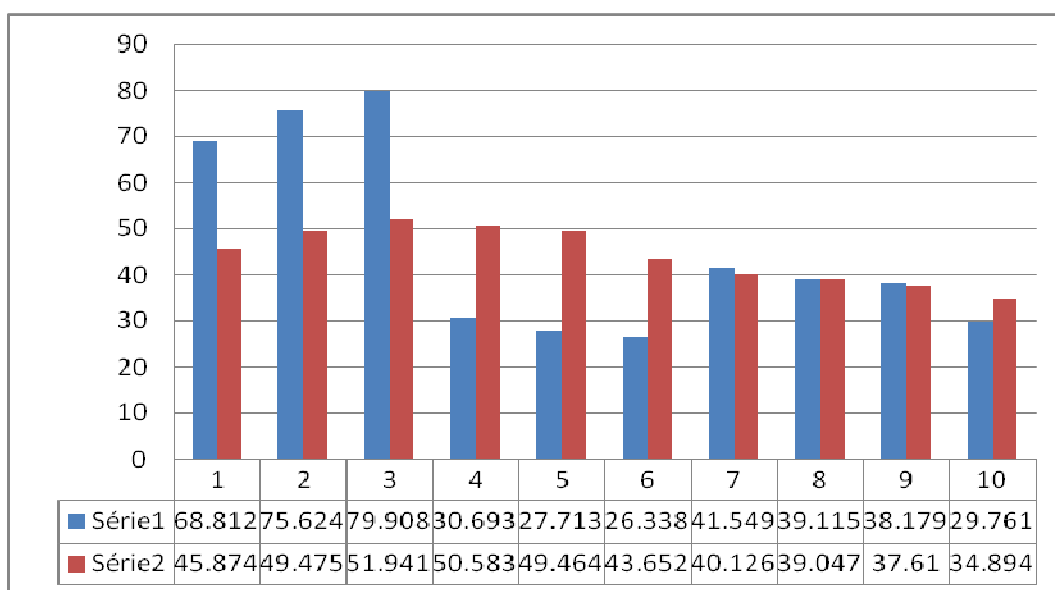
Figura 2: Coeficiente geral de detecção de hanseníase por municípios de Pernambuco – 2010



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - SVS/MS.
(http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_pernambuco_final.pdf)

Para a Região Nordeste, o percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade avaliado no diagnóstico em 2010 foi de 89,6% para o Estado de Pernambuco, enquanto que o percentual de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase foi de 61,9%. De 2001 a 2010 também foram observados o número de pacientes em tratamento e o número de casos novos, em todo o Brasil, são descritos na figura 3.

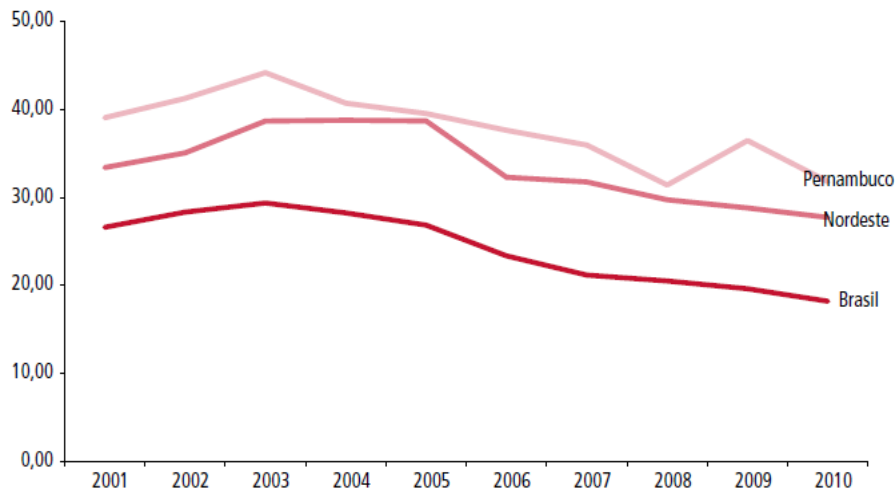
Figura 3: Número de pacientes em tratamento (série 1, azul) x Número de casos novos (série 2, vermelho)



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - SVS/MS
(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200).



Figura 4 - Série histórica do coeficiente geral de detecção de hanseníase do estado de Pernambuco, região Nordeste e Brasil, 2001 a 2010. Por 100.000 habitantes.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde - SVS/MS
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_pernambuco_final.pdf

A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda em patamares muito altos na Região Nordeste. Essa informação fortalece o esforço pelo alcance da meta do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC (Mais Saúde/Ministério da Saúde), que propõe reduzir a doença em menores de 15 anos, mas se contrapõe à existência de regiões com aglomeração de casos e indícios de transmissão ativa. Essas concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira, residentes em extensas áreas geográficas, sede de muitas tensões, o que adiciona maior complexidade a intervenções efetivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

4. CONCLUSÕES

Segundo dados observados nos relatórios de Situação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, ao longo da série histórica analisada (2000-2010), a hanseníase ainda carece de maior atenção da vigilância em saúde, tendo em vista os altos índices registrados, embora tenha ocorrido uma redução ao longo do tempo (sobretudo entre o período de 2009 para 2010), assim sendo, medidas preventivas ainda devem ser tomadas para que haja aumento do percentual de exames para diagnóstico prévio e posterior tratamento da doença, evitando maiores complicações.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Pernambuco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 7. ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 372p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Pernambuco**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 36p.



LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C.; LAUERMAN, C. R.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.3, p.135-147, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. Disponível em: http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atual.pdf. Acesso 29/07/2012.

HINRICHSEN, S.L.; PINHEIRO, M.R.S.; JUCA, M.B.; ROLIM, H.; DANDA, G.J.N.; DANDA, D.M.R. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **An bras Dermatol**, v.79, n.4, p.413-421, 2004.

TALHARI, S.; CRUZ, C.A.V.; CARNEIRO, I.C.R.S. Hanseníase. In: Leão RNQ. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico**. Belém: Editora CEJUP; 1997.