

HANSENÍASE EM MENORES DE QUINZE ANOS EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO HANSENIASIS UNDER FIFTEEN YEARS IN A HYPERENDEMIC MUNICIPALITY

Camila Beatriz Alves da Rocha
Universidade Federal de Rondonópolis
camilabeatriz07@hotmail.com

Débora Aparecida da Silva Santos
Universidade Federal de Rondonópolis
deboraassantos@hotmail.com

Ricardo Alves de Olinda
Universidade Estadual da Paraíba
ricardo.estat@yahoo.com.br

Andréia Maciel Rodrigues Campelo
Universidade Federal de Rondonópolis
andreiamrc@yahoo.com.br

Leonardo José Araujo de Campos
Universidade Federal de Rondonópolis
leo.campoosss@gmail.com

Elaine Menezes Rossi
Universidade Federal de Rondonópolis
elaine_mr6@hotmail.com

Letícia Silveira Goulart
Universidade Federal de Rondonópolis
lgoulart77@yahoo.com.br

Magda de Mattos
Universidade Federal de Rondonópolis
magda_roo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os casos de hanseníase em menores de quinze anos. Métodos: Estudo de campo, quantitativo, transversal, série histórica e descritivo, com 48 casos de hanseníase entre 2009 a 2018 de Rondonópolis (MT). A coleta de dados utilizou prontuários do Serviço de Assistência Especializada e visitas domiciliares. Foi utilizada estatística descritiva e testes Qui-quadrado e Exato de Fisher; nível de significância de 5%; foi calculada razão de chances e intervalos de confiança. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE:97441618.2.0000.8088). Resultados: Os casos predominaram em 2013 (18,8%), sexo masculino (52%), faixa etária 10 a 14 anos (54,2%), multibacilar (64,6%) e tuberculóide (64,6%). Foi possível verificar associação estatística significativa entre classe operacional e renda familiar ($p < 0,0434$) e ano de diagnóstico e classificação multibacilar ($p < 0,0189$). Conclusões: O perfil dos casos e os fatores associados indicam alta transmissibilidade da doença e a dificuldade em realização do diagnóstico precoce no município em estudo.

Palavras-chave: Hanseníase. Doenças Negligenciadas. Epidemiologia. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To analyze leprosy cases in children under fifteen years old. Methods: Field study, quantitative, cross-sectional, historical and descriptive series, with 48 leprosy cases from 2009 to 2018 from Rondonópolis (MT). Data collection used medical records of the

Recebido em: 18/08/2021
Aceito para publicação em: 22/02/2022.

Specialized Assistance Service and home visits. Descriptive statistics and chi-square and Fisher's exact tests were used; significance level of 5%; odds ratio and confidence intervals were calculated. Research approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 97441618.2.0000.8088). Results: The cases predominated in 2013 (18.8%), male (52%), age group 10 to 14 years (54.2%), multibacillary (64.6%) and tuberculoid (64.6%). It was possible to verify a significant statistical association between operating class and family income ($p < 0.0434$) and year of diagnosis and multibacillary classification ($p < 0.0189$). Conclusions: The case profile and associated factors indicate high transmissibility of the disease and the difficulty in early diagnosis in the city under study.

Keywords: Leprosy. Neglected Diseases. Epidemiology. Child. Adolescent.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada uma doença crônica, negligenciada, de notificação compulsória, infectocontagiosa, de evolução lenta, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. Considerada como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Controle da Hanseníase em 2010. Este programa preconiza ações que visam nortear a prática em serviço em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, com meta para diagnóstico precoce, prevenção e tratamento oportuno das incapacidades, favorecendo a diminuição dos casos endêmicos (BRASIL, 2017; 2010).

Nas últimas décadas, várias estratégias têm sido implantadas para o controle da hanseníase. Neste contexto, o Brasil encontra-se entre os cinco países que não atingiram a meta de controle estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), perseverando elevado índice de endemicidade. De 2001 a 2016, a média da taxa de detecção foi elevada para os casos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil (5,77 por 100 mil habitantes). Entre os mesmos anos de estudo, as regiões Centro-Oeste e Nordeste permaneceram com a média alta (9,55 e 8,64 casos por 100 mil habitantes), respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; SCHNEIDER & FREITAS, 2018).

Há alguns anos, Mato Grosso ocupa o primeiro lugar em coeficiente de detecção da doença. O estado é classificado como hiperendêmico e tradicionalmente apresenta detecção geral em menores de 15 anos com tendência crescente, acima da média encontrada no Brasil em 2012. No período de 2001 a 2013, o total de casos novos notificados em menores de 15 anos foi de 2.567; a tendência da incidência foi decrescente, mas o coeficiente médio de incidência de casos permaneceu hiperendêmico (MATO GROSSO, 2015; FREITAS et al., 2017).

Em áreas de maior prevalência e em casos de detecção da doença em focos domiciliares, a incidência no intervalo de idade é esperada. No período de 2009 a 2016, Mato Grosso registrou 1.334 casos em menores de 15 anos, equivalendo a 6% do total de casos registrados (MATO GOSSO, 2018). Em Rondonópolis, de 2007 a 2016 foram registrados 139 casos nesta faixa etária, no entanto, a maioria das tendências apresentaram estáveis e decrescentes (SANTOS et al., 2018).

Os fatores que contribuem para a redução da carga da doença são as melhorias socioeconômicas e ecológicas, visto que as baixas classes socioeconômicas influenciam nos níveis de higiene, no aglomeramento de indivíduos nas famílias, menos anos de estudo, nas condições gerais de saúde e desnutrição e movimentos migratórios, que são condições associadas à hanseníase. Um dos fatores indicados para a queda da taxa de detecção em menores de 15 anos é a mudança na distribuição etária dos casos detectados, com o deslocamento para os grupos etários mais avançados (LEE et al., 2015).

Neste sentido, esta pesquisa optou por restringir a população com indivíduos menores de 15 anos de idade por indicar uma transmissão ativa e recente da infecção na comunidade. Fato que reforça o compromisso político de enfrentamento dessa doença negligenciada em prol da sua eliminação como problema de saúde pública, por meio do diagnóstico precoce e tratamento oportuno (BRASIL, 2016a).

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e os dados epidemiológicos, o município em estudo apresenta-se como região hiperendêmica para hanseníase. Diante disso, torna-se necessária a seguinte questão norteadora: Qual a situação epidemiológica dos casos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Rondonópolis? Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar os casos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Rondonópolis – MT, no período de 2009 a 2018.

MÉTODOS

Estudo de campo, transversal, de série histórica, descritivo e com abordagem quantitativa, realizado no município de Rondonópolis, localizado na região sul do estado de Mato Grosso (MT). Este município possui população estimada em 228.857 habitantes. A área da unidade territorial é equivalente a 4.159,118 km² (sendo 129,2 km² de zona urbana e 4.029,922 km² de zona rural) e densidade demográfica 47,00 hab./ km² (IBGE, 2018).

Rondonópolis (MT) possui cinquenta e cinco Estratégias de Saúde da Família com Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) que dispõem da ficha para notificação compulsória de hanseníase do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacionais (SINAN). Após o preenchimento, é enviada ao órgão de vigilância epidemiológica, permanecendo uma cópia no prontuário do usuário com suspeita ou diagnóstico de hanseníase. Além desta notificação, nas unidades de saúde, também, é utilizado o Boletim de Acompanhamento Mensal do SINAN.

A população do estudo foi constituída por todos os dados dos prontuários disponíveis no Serviço de Assistência Especializada (SAE) dos casos de hanseníase em menores de quinze anos, diagnosticados no período de 2009 a 2018. Os critérios de inclusão foram usuários de qualquer gênero, residentes na área urbana e rural e com permissão de abordagem mediante assinatura dos termos de assentimento e consentimento do responsável. Foram excluídos usuários identificados com erro de diagnóstico para hanseníase, não encontrados no domicílio após três tentativas e aqueles que não aceitaram participar do estudo. Totalizando 87 usuários, destes 48 aptos e 39 excluídos.

Foram utilizadas duas fontes de dados. Os dados clínicos foram coletados de forma secundária, a partir da ficha de notificação compulsória e dos dados disponíveis nos prontuários do SAE. As demais informações foram coletadas primariamente por meio de visitas domiciliares, através da aplicação de um questionário estruturado, após validação do teste piloto. A coleta de dados foi realizada entre janeiro a abril de 2019, por pesquisadoras devidamente capacitadas e treinadas quanto à abordagem e identificação do grau de incapacidade física nos usuários. Cabe ressaltar que todos os dados são relativos ao período de diagnóstico e tratamento dos casos de hanseníase.

O questionário foi constituído por variáveis referentes às condições sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas: sexo, idade, raça autodeclarada, escolaridade, renda familiar, abastecimento de água, coleta de esgoto, coleta de lixo, residente em Rondonópolis, surgimento da lesão até o diagnóstico, modo de detecção, exame dermatológico, número de lesões, local da lesão, características das lesões, baciloscopia da biópsia, ano diagnóstico, grau de incapacidade física no diagnóstico, classificação operacional, forma clínica, esquema terapêutico, situação do tratamento, grau de incapacidade após cura, sequelas após cura e número de contatos intradomiciliares.

O banco de dados foi organizado no Microsoft Office Excel 2016. Em seguida, os dados foram exportados e codificados no Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Os dados foram digitados e checados de forma dupla por pesquisadores diferentes.

Após o tratamento dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, utilizando frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e organização dos resultados em tabelas com as respectivas distribuições de frequências.

Na sequência, foi aplicado o teste de aderência de qui-quadrado para verificar a adequabilidade do modelo probabilístico aos dados da pesquisa. Ademais, para verificar possíveis associações entre variável dependente (condições clínicas e epidemiológicas) e as variáveis independentes (condições sociodemográficas), foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste Exato de Fisher nos casos onde as frequências esperadas foram menores que 5, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Por fim, para as variáveis com associação significativa, foi calculado a razão de chances (OR) com respectivos intervalos de confiança (IC95%). As análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2019).

Os participantes que aceitaram participar livremente da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa atendeu às determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis sob o parecer nº 3.036.673 e CAAE: 97441618.2.0000.8088.

RESULTADOS

No presente estudo, os casos de hanseníase em menores de quinze anos no período de 2009 a 2018, prevaleceu no ano de 2013 (18,8%) (Tabela 1). A distribuição dos casos foi considerada estável ao longo dos anos de estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de hanseníase em usuários menores de 15 anos (n=48), entre 2009 a 2018. Rondonópolis/MT, 2019.

Casos de hanseníase			
Ano	n	%	valor-p*
2009	4	8,3	0,2794
2010	7	14,6	
2011	6	12,5	
2012	6	12,5	
2013	9	18,8	
2014	3	6,2	
2015	6	12,5	
2016	1	2,1	
2017	2	4,2	
2018	4	8,3	
Total	48	100	-

*Teste qui-quadrado de aderência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O perfil sociodemográfico foi: sexo masculino (52%), faixa etária entre 10 a 14 anos (54,2%), raça autodeclarada parda (54,2%), escolaridade 5 a 8 anos (54,2%), renda familiar dois salários mínimos (47,9%), abastecimento de água potável (91,7%), coleta de esgoto em fossa rudimentar (72,9%), coleta de lixo existente (89,6%) e residentes em Rondonópolis acima de 10 anos (95,8%) (Tabela 2). Cabe ressaltar que na faixa etária, não houve notificações em menores de 1 ano, de 1 a 4 anos (6,2%), de 5 a 9 anos (39,6%) e 10 a 14 anos (54,2%).

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase em menores de 15anos (n=48), no período 2009 a 2018. Rondonópolis/MT, 2019.

Variável		Casos de hanseníase		
		n	%	Valor-p*
Sexo	Feminino	23	48	0,8853
	Masculino	25	52	
Idade	1 a 4 anos	3	6,2	<0,001
	5 a 9 anos	19	39,6	
	10 a 14 anos	26	54,2	
Raça autodeclarada	Branca	05	10,4	<0,001
	Parda	26	54,2	
	Preta	17	35,4	
Escolaridade	0 a 4	22	45,8	0,6689
	5 a 8	26	54,2	
Renda familiar	Até 1 salário	14	29,2	0,0965
	2 salários	23	47,9	
	≥ 3 salários	11	22,9	
Abastecimento de água	Água potável	44	91,7	<0,001
	Poço artesiano /mina	04	8,3	
Coleta de esgoto	Rede de esgoto	13	27,1	0,0024
	Fossa rudimentar	35	72,9	
Coleta de lixo	Sim	43	89,6	<0,001
	Não	04	8,3	
	Seletiva	01	2,1	
Residente em Rondonópolis	Até 5 anos	1	2,1	<0,001
	6 a 10 anos	1	2,1	
	Acima de 10 anos	46	95,8	

*Teste qui-quadrado de aderência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto às características clínicas e epidemiológicas: surgimento da mancha ao diagnóstico até 3 meses (81,3%), modo de detecção forma ativa (72,9%), exame dermatológico completo (75%), lesão única (75%), local da lesão braço (47,9%), mancha homocrômica (89,6%), baciloscopia da biopsia (52,1%), grau de incapacidade física zero no diagnóstico (97,9%), classificação operacional multibacilar (64,6%), forma clínica tuberculóide (64,6%), esquema terapêutico PQT/MB/12 doses (60,4%), situação do tratamento por cura (87,5%), grau zero para incapacidades após a alta (79,2%), sem sequelas (75%) e até 4 contatos intradomiciliares (54,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase em menores de 15 anos (n=48) diagnosticados no período 2009 a 2018. Rondonópolis/MT, 2019.

(continua)

Variável	Casos hanseníase			
	n	%	Valor-p*	
Surgimento da lesão até o diagnóstico	Até 3 meses	39	81,3	<0,001
	Até 6 meses	5	10,4	
	Acima de 6 meses	4	8,3	
Modo de detecção	Forma ativa	35	72,9	0,002
	Forma passiva	13	27,1	
Exame dermatológico	Sim, completo	36	75	<0,001
	Sim, incompleto	8	16,7	
	Sim, não sabe se completo ou incompleto	4	8,3	
Número de lesões	Única	36	75	<0,001
	Até 5	4	8,3	
	Mais de 5	6	12,5	
	Nenhuma	2	4,2	
Local da lesão	Face	6	12,5	<0,001
	Braço	23	47,9	
	Abdome	1	2,1	
	Perna	7	14,6	
	Disseminado	9	18,8	
	Nenhum local	2	4,1	
Características das lesões	Mancha hipocrômica	43	89,6	<0,001
	Placa eritematosa	3	6,3	
	Nenhuma característica	2	4,1	
Baciloscopia da biópsia	Positiva	25	52,1	0,8880
	Negativa	23	47,9	
Grau de incapacidade física no diagnóstico	Grau zero	47	97,9	<0,001
	Grau 1	1	2,1	
Classificação operacional	Paucibacilar	17	35,4	0,0621
	Multibacilar	31	64,6	
Forma clínica	Indeterminada	9	18,8	<0,001
	Tuberculóide	31	64,6	
	Dimorfa	5	10,4	
	Vichorwiana	3	6,2	

Tabela 3 – Características clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase em menores de 15 anos (n=48) diagnosticados no período 2009 a 2018. Rondonópolis/MT, 2019.

(conclusão)

Variável		Casos hanseníase		
		n	%	Valor-p*
Esquema terapêutico	PQT/PB/6 doses	14	29,2	0,0304
	PQT/MB/12 doses	29	60,4	
	Outros esquemas	5	10,4	
Situação do tratamento	Cura	42	87,5	<0,001
	Abandono	1	2,1	
	Em tratamento	5	10,4	
Grau de incapacidade após cura	Grau 0	38	79,2	<0,001
	Grau 1	3	6,2	
	Grau 2	2	4,2	
	Não avaliado em tratamento	5	10,4	
Sequelas após cura	Sim	7	14,6	<0,001
	Não	36	75	
	Em tratamento	5	10,4	
Número de contatos intradomiciliar	Até 4	26	54,2	0,5557
	Até 10	21	43,8	
	Acima de 10	1	2	

*Teste qui-quadrado de aderência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Legenda: PQT – Poliquimioterapia / PB – Paucibacilar / MB – Multibacilar.

Foi possível verificar a associação estatisticamente significativa entre a classificação operacional e renda familiar ($p < 0,0434$). A incidência do tipo paucibacilar diminuiu com o aumento da renda familiar, a taxa de detecção do tipo paucibacilar foi 3,56 vezes maior em usuários com até um salário do que naqueles com ≥ 2 salários (Tabela 4).

Tabela 4 – Casos de hanseníase em menores de 15 anos por renda familiar e classificação operacional, Rondonópolis, Mato Grosso, 2009-2018.

Renda familiar (salários mínimos)	Classificação operacional				Total	Valor p*	Taxa de detecção	IC _{95%}	
	PB		MB						OR**
	n	%	N	%					
Até 1	8	16,6	6	12,5	14	0,0434	REF	1,00	
≥ 2	9	18,8	25	52,1	34		3,56	[1,09; 14,15]	

* Teste de associação de qui-quadrado.

** Razão de Chances

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

IC: intervalo de confiança; MB: multibacilar; PB: paucibacilar.

Quanto ao ano de diagnóstico 2009 a 2013 e a classificação multibacilar exibiram uma associação ainda mais forte ($p < 0,0189$; Tabela 5). A probabilidade do tipo multibacilar foi maior no período de 2009 a 2013 do que nos anos de 2014 a 2018, aumentando em, aproximadamente, 5,7 vezes mais a chance de diagnóstico no período (Tabela 5).

Tabela 5 – Casos de hanseníase em menores de 15 anos por ano de diagnóstico e classificação operacional, Rondonópolis, Mato Grosso, 2009-2018.

Ano diagnóstico	Classificação operacional				Total	Valor p*	Taxa de detecção	IC 95%	
	PB		MB						OR**
	n	%	N	%					
2009 a 2013	15	31,3	17	35,4	32	0,0189	5,67	[1,27; 44,29]	
2014 a 2018	2	4,2	14	29,1	16		REF	1,00	

* Teste de associação de qui-quadrado.

** Razão de Chances

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

IC: intervalo de confiança; MB: multibacilar; PB: paucibacilar.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados evidenciaram que o número de casos de hanseníase em menores de 15 anos, apresentou estável no período estudado. Ainda que, em Mato Grosso no intervalo de 2001 a 2013, houve decréscimo da tendência do coeficiente de incidência, mantendo o estado hiperendêmico, com variáveis que indicaram transmissão da doença e déficit na prevenção e acompanhamento dos casos novos até o término do tratamento (FREITAS et al., 2017).

Neste estudo, predominou o maior número de casos de indivíduos do sexo masculino (52%) e raça autodeclarada parda (54,2%), em consonância com casos novos no estado de Tocantins, entre 2001 a 2012, em que verificaram a mesma porcentagem de participantes do sexo masculino e prevalência de 64,8% da raça parda (MONTEIRO et al., 2019). Quanto a faixa etária prevalente entre 10 a 14 anos, outro estudo realizado no município de Rondonópolis, no período de 2007 a 2016, em que analisaram as tendências temporais dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, constataram resultado análogo (SANTOS et al., 2018).

Em relação às condições de saneamento básico, foi possível verificar que a maioria não possui coleta de esgoto (72,9%). Fato que retrata a fragilidade socioeconômica associada à endemia, visto que a estratégia integrada para a campanha nacional de hanseníase, a seleção dos municípios prioritários se deu através da implantação de um índice integrado, fundamentado em dados de saneamento e condições de vida (BRASIL, 2016a).

No que se refere ao tempo de moradia no município, foi considerada a quantidade de anos de residência da família do menor, verificado acima de 10 anos em 95,8% dos casos. Sabe-se que a investigação epidemiológica tem por objetivo a detecção de casos, entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e possíveis fontes de infecção, considerando contato intradomiciliar todo e

qualquer indivíduo que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2010). Nesse sentido, fica evidente que grande parte dos casos índices trata-se de contatos intradomiciliares.

Dentre as características clínicas e epidemiológicas, deve-se enfatizar a preponderância da classificação operacional multibacilar, o que configura provável fonte de infecção de um indivíduo com hanseníase multibacilar não diagnosticado, convivência com o doente, pertinente ao pouco tempo de doença (BRASIL, 2017). Esse achado difere do que foi constatado nos estudos realizados entre 2012 e 2014, no município de Juazeiro (BA) (SOUZA & MATOS, 2017) e no estado de Tocantins, entre 2001 a 2012, onde sobressaiu a classificação operacional paucibacilar, o que reflete aspectos sobre a imunidade e a lenta evolução da doença e o diagnóstico precoce (MONTEIRO et al., 2019).

Cabe ressaltar que para fins operacionais de tratamento, a OMS classifica os doentes em paucibacilares (presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativa, quando disponível) ou multibacilares (presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva). Contudo, é possível que alguns pacientes não apresentem lesões de fácil visualização na pele no momento do diagnóstico, porém podem ter lesões nos nervos (hanseníase primariamente neural), ou as lesões podem se tornar visíveis somente após início do tratamento (BRASIL, 2017).

Quanto ao surgimento da lesão até o diagnóstico, foi possível verificar o período de até três meses (81,3%), o que evidencia diagnóstico precoce, apesar da predominância de casos multibacilares. Outro estudo realizado em um município prioritário do nordeste brasileiro, obteve-se preminência de menos de seis meses (42,8%), entretanto com 90,5% de casos paucibacilares (SOUZA & MATOS, 2017). O modo de detecção predominou a forma ativa (72,9%), a qual é alcançada através de busca sistemática dos contatos intradomiciliares e de coletividade, oportunizando o diagnóstico precoce e reduzindo a transmissibilidade. Visto que ao invés disso, cabe o indivíduo acessar o serviço de saúde no surgimento de sinais e sintomas da doença, o que predispõe uma detecção tardia. Antagônico a esse dado, estudo realizado no Ceará, no período de 2009 a 2015 detectou (3,2%) justificando a prevalência da forma passiva mediante a importância de profissionais atentos ao diagnóstico, através de encaminhamentos (88,0%) (BRASIL, 2016b; CORPES et al., 2018).

Além disso, todos foram submetidos ao exame dermatoneurológico durante o diagnóstico, no entanto 75% afirmaram o exame dermatológico completo. Exames que devem ser executados em indivíduos suspeitos de hanseníase, em investigação epidemiológica de contatos, trata-se de um dos critérios clínicos para classificação operacional e recomendado para seguimento de casos e alta (BRASIL, 2016b). A variável lesão única foi mais evidenciada no presente estudo, bem como nos estudos desenvolvidos nos municípios prioritários de Mato Grosso e em um município hiperendêmico da região norte do Brasil (FREITAS et al., 2018; FRANCO et al., 2014). O último estudo citado também apresentou resultado congênere a variável característica da lesão, preponderando o aspecto hipocrômico e divergência quanto a predominância do local da lesão (FRANCO et al., 2014).

Ao analisar o grau de incapacidade no diagnóstico foi possível verificar 97,9% com grau zero, enquanto que na alta houve a redução para 79,2%, explicada pelo comprometimento da capacidade física durante o tratamento ou possível avaliação inadequada. Este achado encontra-se em paridade com a investigação realizada no município de Juazeiro/BA (SOUZA & MATOS, 2017). A forma clínica tuberculóide e o esquema terapêutico PQT/MB 12 doses foi predominante, corroborando assim, resultados de Rondonópolis entre 2007 a 2016 (SANTOS et al., 2018). Fortalecendo a necessidade de maior reflexão sobre as ações de controle para hanseníase em os indivíduos menores de 15 anos.

Na forma clínica tuberculóide, o sistema imune do paciente consegue eliminar os bacilos espontaneamente. O tempo de incubação é cerca de cinco anos, porém pode acometer até crianças de colo, onde a lesão de pele é um nódulo totalmente anestésico na face ou tronco (hanseníase nodular da infância). No entanto, o MS enfatiza a necessidade de atentar-se para as características das lesões clínicas, pois a doença pode se manifestar com menos de cinco lesões, porém com aspectos da forma dimorfa, ou manchas extensas hipocrômicas em hemicorpo ou em diferentes membros, necessitando ser classificado como multibacilar, evitando prováveis recidivas (BRASIL, 2017). Situação encontrada no presente estudo, onde predominou a forma clínica tuberculóide,

porém prevaleceu o esquema terapêutico PQT/MB 12 doses, mesmo com alta proporção de lesão única e grau zero de incapacidade.

Conforme Crespo et. al (2014), nenhuma metodologia isolada é específica para realizar uma classificação operacional precisa. Existem dessemelhanças identitárias entre as classificações PB e MB, o que não recomenda a padronização do tratamento. Diante de resultados contrários às recomendações da OMS, preconiza-se a necessidade de vigilância epidemiológica contínua, objetivando a comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde e o centro de referência de controle da doença, com intuito de adequação da gestão dos respectivos serviços de saúde, para implementação de novas estratégias para obter uma classificação mais assertiva, sobretudo que compete a redução de taxas de recidivas.

Em relação a variável situação de tratamento, o estudo apontou que 87,5% dos participantes encontram-se curados, evidenciando boa evolução clínica. Além disso, 75% não apresentaram sequelas, demonstrando concordância com dados constatados no estudo realizado em um município hiperendêmico da região norte do Brasil que apontou 93,1% e 86,2%, respectivamente (FRANCO et al., 2014).

O achado das associações significativas das variáveis classificação operacional e renda familiar, assim como ano de diagnóstico e classificação multibacilar, coincidiram com os resultados de um estudo com uma coorte de 100 milhões de brasileiros entre 2007 a 2014, destacando que menores de 15 anos residentes em áreas de maior pobreza (regiões centro-oeste, norte e nordeste) apresentaram risco de incidência cinco a oito vezes maior que os demais. Retratando condições desfavoráveis de vida, sendo associada a um aumento de até duas vezes na incidência de hanseníase (NERY et al., 2019).

A limitação deste estudo está relacionada a série histórica, que resultou em um número menor de participantes, devido a quantidade significativa de usuários que não residiam no município no período da pesquisa.

CONCLUSÕES

A partir desse estudo constatou-se que o ano com maior prevalência dos casos de hanseníase foi 2013, contudo apresentou-se estável em relação a distribuição de casos no período estudado. Tal fato, suscita a permanência do caso índice junto aos indivíduos, necessitando de maior vigilância por parte dos serviços de saúde.

Com relação ao perfil sociodemográfico foi predominante o sexo masculino, faixa etária entre 10 a 14 anos, raça autodeclarada parda, condição de saneamento básico insatisfatória e residentes em Rondonópolis acima de 10 anos. Quanto as características clínicas e epidemiológicas destacaram-se a prevalência da classificação multibacilar, enfatizando a alta transmissibilidade da doença e a dificuldade em realização do diagnóstico precoce. As associações estatisticamente significantes permitiram entender que a prevalência da hanseníase na área pesquisada é marcada pelos problemas econômicos e sociais.

Conclui-se que, além de contribuir para o campo da saúde coletiva, o presente estudo tem como intuito proporcionar benefícios e aplicação dos dados obtidos na população estudada, através de órgãos responsáveis, bem como promover discussões para prevenção, controle e erradicação da hanseníase.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, seção 1, p. 55, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia Prático sobre a Hanseníase**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 21, p. 1-10, 2016a.

CORPES, E. F.; JUCÁ, N. B. H.; VASCONCELOS, A. C. L.; PONTES, M. A. A.; SILVA, A. C.; ALMEIDA, P. C. Análise epidemiológica de hanseníase em menores de 15 anos em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Adolesc Saude**, v. 15, n. 4, p. 65-72, 2018.

CRESPO, M. J. I; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes? **Rev Medicina (Ribeirão Preto)**, v.47, n. 1, p. 43-50, 2014.

<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i1p43-50>

FRANCO, M. C. A.; MACEDO, G. M. M.; MENEZES, B. Q.; JUCÁ NETO, F. O. M.; FRANCO, A. C. A.; XAVIER, M. B. Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 4, p. 29-40, 2014.

FREITAS, B. H. B. M.; CORTELA, D. C. B.; FERREIRA, S. M. B. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10, 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006884>

FREITAS, B. H. B. M.; XAVIER, D. R.; CORTELA, D. C. B.; FERREIRA, S. M.B. Leprosy in individuals under the age of fifteen in priority cities, Mato Grosso, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, p. 1-12, 2018.

<https://doi.org/10.1590/1980-549720180016>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília, 2018. Acesso em: 26 de maio de 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/rondonopolis/panorama>.

LEE, J.; KIM, J. P.; NISHIKIORI, N.; FINE, P. E. The decline of leprosy in the Republic of Korea: patterns and trends 1977-2013. **Lepr Rev**, v. 86, p. 316-327, 2015.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estratégico para enfrentamento da hanseníase**. Cuiabá, 2015.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estratégico para enfrentamento da hanseníase em Mato Grosso**. Cuiabá, 2018.

MONTEIRO, L. D.; MELLO, F. R. M.; MIRANDA, T. P.; HEUKELBACH, J. Hanseníase em menores de 15 anos no estado do Tocantins, Brasil, 2001–2012: padrão epidemiológico e tendência temporal. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, p. 1-13, 2019.

<https://doi.org/10.1590/1980-549720190047>.

NERY, J. S.; RAMOND, A.; PESCARINI, J. M.; ALVES, A.; STRINA, A.; ICHIHARA, M. Y.; et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. **Lancet Glob Health**, v. 7, n. 9, p. e1226-e123, 2019.

[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30260-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30260-8)

R, CORE TEAM 2019. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Acesso em: 20 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.

SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, e00101817, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101817>

SANTOS, D. A. S.; SANTOS, S. B.; RIBEIRO, N. R. S.; GOULART, L. S.; OLINDA, R. A. Trends of leprosy in children under fifteen years in Rondonópolis-MT (2007 to 2016). **Rev O Mundo da Saúde**, v. 42, n. 4, p. 1032-1049, 2018. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2018420410321049>

SOUZA, C. D. F.; MATOS, T. S. Characterization of leprosy in children under 15 years in an important municipality of north-eastern Brazil. **Rev O Mundo da Saúde**, v. 41, n.2, p. 130-137, 2017.

<https://doi.org/10.15343/0104-7809.20174102130137>.

Hanseníase em menores de quinze anos em um município hiperendêmico

Camila Beatriz Alves da Rocha
Débora Aparecida da Silva Santos
Ricardo Alves de Olinda
Andréia Maciel Rodrigues Campelo
Leonardo José Araujo de Campos
Elaine Menezes Rossi
Letícia Silveira Goulart
Magda de Mattos

WHO. World Health Organization. Global leprosy strategy 2016-2020: accelerating towards a leprosy-free world. 2016. Acesso em: 29 de maio de 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254907>.