



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
CURSO DE MEDICINA**

LARISSA MESCOUTO NUNES
RAILA LINHARES TEIXEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DE 0 A 15 ANOS DE IDADE COM
HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS TROPICAIS
(CRDT) DE UM ESTADO DA REGIÃO AMAZÔNICA**

Macapá-AP

2017

LARISSA MESCOUTO NUNES

RAILA LINHARES TEIXEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DE 0 A 15 ANOS DE IDADE COM
HANSENÍASE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS TROPICAIS (CRDT)
DE UM ESTADO DA REGIÃO AMAZÔNICA**

Monografia apresentada ao curso de Medicina da
Universidade Federal do Amapá, como requisito
para a obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Professor Bráulio Érison França do
Santos; Coorientadora: Professora Maria Helena
Mendonça de Araújo

Macapá-AP

2017

LARISSA MESCOUTO NUNES
RAILA LINHARES TEIXEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DE 0 A 15 ANOS DE IDADE COM
HANSENÍASE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS TROPICAIS (CRDT)
DE UM ESTADO DA REGIÃO AMAZÔNICA**

Monografia apresentada ao curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc Bráulio Érison França Dos Santos- Orientador
Universidade Federal do Amapá

Prof. Dra. Amanda Alves Fecury
Universidade Federal do Amapá

Prof. Esp. Leila do Socorro da Silva Morais
Universidade Federal do Amapá

A Deus, Autor e consumidor da nossa fé, que manteve nossos pés e firmes e que não largou nossas mãos ainda que não merecêssemos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter sido o amigo mais certo nas horas incertas.

Às nossas famílias pelo incentivo e compreensão durante todos esses anos.

Ao nosso grande amigo e orientador, Prof. Msc. Bráulio Érison França dos Santos, que desde do início dessa jornada esteve conosco, nos ensinando e incentivando-nos a buscar o melhor para a nossa formação.

À nossa professora e co-orientadora, Prof.Msc. Maria Helena Mendonça de Araújo apoiou nossa iniciativa e esteve conosco sempre paciente e disposta a nos ajudar.

À Coordenadora do Curso de Medicina, Prof. Dra Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima, que com muito esforço e com ajuda de toda equipe técnica da COMED dedicou-se ao nosso Curso, projetando-o dentre os melhores do país, e o segundo melhor da região Norte, enchendo nossos corações de orgulho e valorizando nossa formação.

Aos amigos, pelos momentos alegres, que trouxeram leveza a esta árdua, porém, gratificante caminhada.

Aos docentes do Colegiado da Universidade Federal do Amapá que dedicaram tanto do seu tempo nos ensinando com amor e respeito o exercício da Medicina.

Aos funcionários do Centro de Referências de Doenças Tropicais pelo apoio e proatividade ofertados a esta pesquisa.

RESUMO

O trabalho teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos diagnosticados com hanseníase no Centro de Referência de Doenças Tropicais do Estado do Amapá (CRDT-AP) no período de 2008 a 2016 e analisar as variáveis que corroboram para a persistência da endemicidade desta patologia nessa faixa etária. Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, transversal, quantitativo e descritivo. A coleta de dados se deu através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), n:117 pacientes com idades entre 0 e 15 anos. Observou-se predomínio do sexo masculino (61,5%), faixa etária entre 11 e 15 anos (63%), maioria parda (87%), moradores de zona urbana (69%), predomínio da forma Multibacilar (58,1%), com apresentação clínica Dimorfa (52,1%), 53,9% tiveram mais de 5 lesões hansênicas, variando entre 1 a 6 nervos afetados (52,1%), evoluindo com grau de incapacidade zero no momento a alta (86,3%). As precárias condições socioeconômicas e ambientais associadas à característica das ações de vigilância epidemiológica podem estar contribuindo para a persistência do caráter endêmico da doença no Estado do Amapá, caracterizada pelo grande acometimento de pacientes pediátricos com forma multibacilar, o que reforça a necessidade de melhores estratégias para prevenção e tratamento da doença nesta região da Amazônia brasileira.

Palavras-chave: Hanseníase. Epidemiologia. Criança. Região Amazônica.

Abstract

This study aims to identify the occurrence patterns of pediatric patients diagnosed with leprosy in the Tropical Diseases Reference Center of the State of Amapá (CRDT-AP) from 2008 to 2016 and to analyze the variables that support the persistence of the endemicity of this pathology in this age group. This is an observational, retrospective, transversal, quantitative, descriptive, epidemiological survey performed at the CRDT-AP. The data collection was made through the Information System of Notifiable Diseases (SINAN), n:117 patients with ages between 0 and 15 years. It was observed the predominance of males (61,5%), age group between 11 and 15 years (63%), mixed-race majority (87%), urban area residents (69%), Multibacillary form (58,1%), with Dimorphic clinical form (52,1%), 53,9% had more than 5 leprosy lesions, varying from 1 to 6 affected nerves (52,1%), evolving to a degree of no incapacity at the moment of discharge (86,3%). Precarious environmental and socioeconomic conditions associated to the quality of epidemiological vigilance actions may be contributing to the persistence of the endemic situation of the disease in the State of Amapá. Characterized by the significant impairment of pediatric patients with multibacillary form, what strengthens the need for better prevention and treatment strategies for the disease in this region of the Amazon.

Keywords: Leprosy. Epidemiology. Child. Amazon Region

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme o sexo, no período de 2008 a 2016..... | 28 |
| GRÁFICO 2- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme o número de Lesões, no período de 2008 a 2016..... | 30 |
| GRÁFICO 3- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme a forma clínica no período de 2008 a 2016..... | 31 |
| GRÁFICO 4- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme o grau de incapacidade, no período de 2008 a 2016..... | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1: Graus de incapacidade em pacientes com hanseníase..... | 22 |
| TABELA 2- Características gerais da amostra das crianças com hanseníase, diagnosticadas no CRDT-AP, no período de 2008 a 2016..... | 26 |
| TABELA 3- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme a UF de origem, no período de 2008 a 2016..... | 26 |
| TABELA 4- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme a cor da pele, no período de 2008 a 2016..... | 27 |
| TABELA 5- Padrões de ocorrência da doença na amostra das crianças com hanseníase, diagnosticadas no CRDT-AP, no período de 2008 a 2016..... | 29 |

LISTA DE SIGLAS

CRDT-AP: Centro de referência de Doenças Tropicais do Amapá

SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação

MH: Moléstia de Hansen

PQT: Poliquimioterapia

MB: Multibacilar

PB: Paucibacilar

G0: Grau de incapacidade zero

G1: Grau de incapacidade um

G2: Grau de incapacidade dois

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1-Introdução | 12 |
| 2- Justificativa | 14 |
| 3- Objetivos | 15 |
| 3.1 Geral | 15 |
| 3.2 Específicos | 15 |
| 4-Metodologia | 16 |
| 4.1- Tipo de estudo | 16 |
| 4.2-Sujeitos da pesquisa | 16 |
| 4.3-Critérios de inclusão | 16 |
| 4.4-Critérios de exclusão | 16 |
| 4.5-Local | 16 |
| 4.6-Instrumentos e coleta de dados | 16 |
| 4.7-Análise dos dados..... | 17 |
| 4.8-Considerações éticas..... | 18 |
| 5-Revisão de Literatura..... | 19 |
| 5.1- Conceito e etiologia..... | 19 |
| 5.2- Aspectos Epidemiológicos | 19 |
| 5.3- Patogenicidade..... | 19 |
| 5.4- Diagnóstico..... | 22 |
| 5.5-Tratamento..... | 24 |
| 6 –Resultados..... | 25 |
| 6.1- Variáveis Sociodemográficas..... | 25 |
| 6.2- Variáveis Biológicas..... | 28 |
| 7- Discussão..... | 33 |
| 8- Conclusão..... | 36 |
| 9-Referências..... | 37 |
| Apêndice A..... | 40 |
| Apêndice B..... | 41 |
| Anexo A..... | 42 |

1 INTRODUÇÃO

Existem relatos da Moléstia de Hansen (MH) desde 4300 anos antes de Cristo (a.C) no Egito e de 4000 anos a.C na Índia, China e Japão. A doença tem registro no Brasil com os primeiros colonos portugueses e seu principal fator de expansão no país provavelmente foi o tráfico negreiro (NORIEGA et al., 2016).

A MH é uma infecção de alta infectividade e baixa patogenicidade causada pelo *Mycobacterium leprae*. Sua transmissão ocorre pelo contato íntimo e prolongado do bacilífero com o indivíduo saudável através da inalação de bacilos (LASTORIA, 2012).

A histopatologia das lesões cutâneas varia de granulomas compactos até infiltrados difusos da derme, dependendo do estado imunológico do doente. Em alguns pacientes, os achados do exame histopatológico podem não estar correlacionados com o diagnóstico clínico (CUNHA et al., 2015).

A Hanseníase é caracterizada por um ou mais dos seguintes sinais cardinais: lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016). É classificada em paucibacilar, quando apresenta 5 lesões ou menos e multibacilar, nos casos de mais de 5 (CHAPTINI et al., 2015).

O valor mais alto atribuído também será considerado o grau de incapacidade do paciente. Grau 0 significa nenhuma deficiência, grau 1 corresponde à perda de sensação em mãos e/ou pés, e o grau 2, presença de dano visível ou incapacidade. Entre as doenças transmissíveis, o Mal de Hansen é uma das principais causas de incapacidade física permanente (CHAPTINI et al., 2015). O grau de incapacidade nesta doença varia de 0 a 2, sendo importante determinar, individualmente, a sensibilidade dos olhos, mãos e pés. (NORIEGA et al., 2016).

O Brasil juntamente com a Índia e Indonésia são responsáveis por mais de 80% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo. A atual meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste na detecção precoce e tratamento imediato dos pacientes hansênicos a fim de evitar a incapacidade e reduzir a transmissão da infecção na comunidade (WHO, 2016).

A introdução da poliquimioterapia nos programas de combate á hanseníase que ocorreram em meados de 1980 resultou na diminuição significativa na prevalência mundial da doença que foi de 5.4 milhões de casos para aproximadamente 214 mil casos atualmente (WHO, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, 33.955 novos casos de hanseníase foram detectados no Brasil em 2011, representando uma taxa geral de detecção de 17.6/100.000

habitantes. A prevalência de hanseníase no Brasil diminuiu de 4.52/10.000 em 2003 para 1.56 / 10.000 habitantes em 2010 (CUNHA et al., 2015). No entanto, a endemicidade ainda é importante em algumas áreas, especialmente nos estados que compõem a Amazônia brasileira.

Em 2006, dos 44.653 casos novos de hanseníase diagnosticados no Brasil, 15.884 (35,6%) ocorreram na Amazônia, região que compreende apenas 12,9% da população do país. As microrregiões que contemplam o Amapá e as ilhas do sul do Pará foram as áreas com maior número de casos novos (SILVA et al., 2010).

Visando a eliminação dos casos de hanseníase no mundo, a OMS elaborou a “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020”. Esta almeja oferecer cobertura universal de saúde com ênfase na prevenção de crianças, mulheres e populações vulneráveis. Tem também como um de seus principais objetivos que até 2020 não se encontre nenhum caso de incapacidade em jovens com idade inferior a 15 anos recém-diagnosticados (WHO, 2016).

Diante da relevância da patologia em questão, esta pesquisa se propôs a conhecer as características epidemiológicas dos menores de 15 anos portadores de hanseníase assistidos pelo Centro de Referências de Doenças Tropicais do Amapá, com o intuito de reconhecer o perfil desta população. O conhecimento desse perfil pode colaborar para subsidiar a implementação de políticas de saúde que visem a qualificação da detecção precoce, exame de contatos e tratamento.

2. JUSTIFICATIVA

Por tratar-se de um Estado com altos índices de hanseníase que mantem um panorama de endemicidade em contrapartida à redução do número de casos no Brasil, faz-se necessário conhecer as características epidemiológicas que corroboram para a manutenção desse quadro e assim poder identificar onde as estratégias de erradicação devem atuar, o que confere grande relevância desse estudo.

O Amapá é um Estado relativamente novo neste país e carece de dados epidemiológicos para que possa subsidiar estratégias para prevenção e cura precoce da doença. É necessário observar fatores que possam estar relacionados com a prevalência da hanseníase na região e com isto apontar possíveis causas e orientar a indicação dos meios de controle e profilaxia desta.

O presente estudo visa estabelecer os aspectos da doença, que apresentam maior prevalência no Estado, bem como analisar as características sociodemográficas (Sexo, Idade, Cor da pele, Município de residência e Zona rural ou urbana) e as variáveis clínicas (Classificação operacional, Forma clínica, Baciloscopia, Número de lesões, Número de nervos afetados, Grau de incapacidade, Terapêutica e Modo de detecção) que a enfermidade apresenta.

A avaliação epidemiológica da Moléstia de Hansen em menores de 15 anos é de grande importância, pois reflete franca atividade da doença e sua erradicação é uma das principais metas do Programa Nacional de controle da hanseníase.

Dessa forma, por tratar-se de uma doença altamente contagiosa, é imprescindível que tenhamos conhecimento do perfil epidemiológico da população pediátrica que atualmente é um dos agravantes na persistência da endemia nessa região da Amazônia. Com esse estudo espera-se conhecer e pontuar a relação entre o perfil epidemiológico das crianças hansenianas (0 a 15 anos de idade) no período de 2008 a 2016 diagnosticadas no CRDT e a persistência da endemicidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes de 0 a 15 anos diagnosticados com hanseníase no Centro de Referência de Doenças Tropicais do Estado do Amapá no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016.

3.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos jovens de 0 a 15 anos diagnosticados no CRDT-AP através das seguintes variáveis: gênero, idade, cor da pele, zona e Estado.
- Identificar os fatores associados a apresentação da doença (forma clínica, grau de incapacidade, número de lesões, tratamento) nestes pacientes.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, transversal de abordagem quantitativa.

4.2 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo foi formada por jovens de 0 a 15 anos, que receberam ou recebem tratamento no Centro Regional de Doenças Tropicais em Macapá-AP e que preenchiam os critérios de inclusão e não preenchiam os critérios de exclusão

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados aptos para o estudo todos os pacientes com idade igual ou menor a 15 anos, diagnosticados com hanseníase e que receberam tratamento no CRDT-AP entre o período de 2008 a 2016. Foram excluídos os jovens acima dessa faixa etária e que foram diagnosticados fora do período supracitado

4.4 Local

Centro de Referência de Doenças Tropicais, localizado na capital do Estado amapaense, gerenciado pelo Estado do Amapá, vinculado ao Sistema Único de Saúde.

4.5 Instrumentos e coleta de dados

Primeiramente foi realizado contato com a administração do CRDT-AP a fim de informar sobre a finalidade do projeto proposto. Por se tratar de um estudo retrospectivo, tornava-se inviável a coleta dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis dos pacientes, pois muitos já haviam sido tratados e não frequentavam mais o local.

O trabalho foi então submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP e, após sua aprovação, iniciou-se a coleta de dados (APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA).

Após a obtenção do parecer do Comitê de Ética, os pesquisadores foram até o referido Centro e coletaram através da ficha de Notificação/Investigação do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE) os dados epidemiológicos necessários para compor o projeto. As informações são dispostas em 10 diferentes campos: Dados Gerais; Notificação individual; Dados de residência; Ocupação, Dados clínicos; Atendimento; Dados Laboratoriais; Tratamento; Medicamento controlado e Investigador.

Desses domínios, foram diretamente analisados o grau de incapacidade física, idade, sexo, raça, escolaridade, procedência, naturalidade, número de lesões cutâneas, forma clínica da doença, classificação operacional, número de nervos afetados, modo de detecção de caso novo, baciloscopia, esquema terapêutico inicial.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Concluído o diagnóstico da doença, o caso deve ser notificado ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, através de uma ficha de notificação/investigação do SINAN.

O sistema de informação é um componente fundamental da vigilância epidemiológica, subsidiando-a na tomada de decisão de planejamento das atividades de controle da doença, bem como na sua execução: informação, decisão e ação. Através de sua operacionalização obtém-se o fornecimento de informações fidedignas, efetivas, de forma ágil e atuais sobre a doença, além de seu comportamento epidemiológico e sobre as atividades de controle da mesma.

Informações relativas ao acompanhamento dos casos são úteis para a avaliação da efetividade do tratamento e para o monitoramento da prevalência da doença. Essas informações devem ser registradas nas unidades de saúde (no prontuário do doente e na ficha de acompanhamento do caso) e enviadas ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, através de um relatório de acompanhamento do caso.

A partir dessas informações são construídos indicadores epidemiológicos e operacionais indispensáveis à análise epidemiológica da doença, ao acompanhamento e à avaliação operacional do programa de controle da hanseníase e ao planejamento de suas ações. (BRASIL, 2009)

4.6 Análise dos dados

O presente estudo identificou 117 crianças com hanseníase, sendo aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais para as análises. As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação. Para comparar anualmente as

variáveis qualitativas, foi aplicado o teste do *Qui-quadrado* e o Teste G de independência (nos casos quando não pode ser aplicado o *Qui-quadrado*), descritos em Ayres et al. (2007, p.121).

Para averiguar as diferenças anuais entre as idades das crianças, foi aplicada a ANOVA (Análise de Variância); e as diferenças anuais entre as Quantidades de Nervos espessados foi avaliada por Teste de *Kruskal-Wallis*. O α foi previamente fixado em 0,05 para rejeição da hipótese de nulidade. O processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.3.

4.7 Considerações éticas

O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, com número do protocolo 26142513.1.0000.0003, conforme exigido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi conduzida seguindo os preceitos éticos da Declaração de Helsinki.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Conceito e etiologia

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, cujo agente etiológico é um parasita intracelular obrigatório, o *Micobacterium leprae*, descoberto em 1874 pelo médico norueguês Armauer Hansen (BRASIL, 2016).

A doença evolui lentamente, manifestando-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades (BRASIL, 2016).

5.2 Aspectos Epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, 213.899 novos casos de hanseníase foram relatados no mundo, destes, 94% estão concentrados em 13 países endêmicos que são alvos dos programas de combate à doença. A Índia foi o destaque, com 125.785 casos diagnosticados, e o Brasil, com 31.064 casos, foi o segundo país em número de diagnósticos (BARBOSA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2015, o estado do Pará foi o quarto em número de pessoas com hanseníase, com taxa de detecção geral de casos novos de 35,2 casos/100.000 habitantes. Com taxas acima desse valor, encontram-se os estados do Mato Grosso, Tocantins e Maranhão (BARBOSA 2013).

Entre as premissas associadas à distribuição espacial da doença mencionam-se os fatores socioeconômicos, os relativos aos problemas nos serviços de saúde ou ainda os específicos do hospedeiro, como os determinantes imunológicos e genéticos (LANZA, 2014).

As condições de alto risco para a distribuição e propagação da endemia hanseníase são, em sua maioria, relacionadas à pobreza. Altas taxas de desnutrição, aglomeração domiciliar e baixa escolaridade são alguns dos fatores já identificados (RODRIGUES, 2017).

No tocante aos municípios populosos, tais fatores são comumente observados nas periferias. São nesses locais que o crescimento descontrolado e o assentamento desorganizado,

resultados principalmente dos movimentos migratórios, se fazem presentes. Isso dificulta a estruturação sanitária da cidade, além de levar a rápido aumento da demanda por serviços de saúde (MURTO, 2014).

Sabe-se que dentre as regiões brasileiras, a região Norte, em especial os estados que compõe a região amazônica representam as áreas mais endêmicas do país. Alguns autores consideram que a própria distribuição espacial das variáveis socioambientais, relacionam-se com a alta incidência da doença na região Amazônica, como por exemplo o intenso fluxo migratório, o avanço do desmatamento e a aglomeração populacional desordenada, que são fenômenos sociais que interferem direta e indiretamente na relação demanda versus assistência à saúde nessas populações (NEVES, 2017).

No Brasil, são detectados 47.000 casos novos de hanseníase a cada ano, dos quais 3760 casos estão na faixa etária de 0 a 15 anos, segundo dados da Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2010).

O aumento da prevalência na infância é maior em regiões endêmicas e é um indicativo de falha nas políticas públicas de saúde, visto que a meta preconizada pelo Ministério da saúde é de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Em relação ao Amapá, a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação contabilizou em seu último boletim, em 2010, 141 novos casos de hanseníase, no mesmo ano, o relatório de Vigilância do Amapá mostrou prevalência de 1,9 casos a cada 10.000 habitantes, sendo a prevalência na capital, Macapá, de 2,2 casos para cada 10.000 habitantes em todas as faixas etárias (BRASIL, 2011).

Esses dados caracterizam a região como endêmica, atentando para as necessidades de políticas públicas que visem à diminuição no número de casos atuando em prevenção e tratamento, dando atenção especial aos casos de 0 a 15 anos.

5.3 Patogenicidade

A intensidade e o modo pelo qual a hanseníase se manifesta depende de fatores como: fonte de infecção, via de transmissão, susceptibilidade e a resistência do hospedeiro, resultando nas diferentes apresentações clínicas da doença (FREITAS, 2017).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio dá-se através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina através das vias aéreas, infectando os indivíduos susceptíveis (WHO, 2016).

Quanto aos fatores fisiológicos que atuam sobre a susceptibilidade à infecção hanseniana, sabe-se que, em determinadas fases da evolução humana, como na infância, gravidez e velhice, o equilíbrio dinâmico se altera e as necessidades biológicas, dentre outros, sofrem transformações, sendo esta população fisiologicamente vulnerável à infecção (FREITAS, 2017).

O bacilo de Hansen, entre as micobactérias é o único que pode invadir o sistema nervoso periférico, fenômeno denominado neurotropismo, sendo esta característica responsável pelos danos neurais e motores, que resultam nas perdas sensoriais e, mais tardiamente, em deformações e incapacidades (FOCACCIA; VERONESI, 2015).

O acometimento neural leva à perda da sensibilidade térmica e posteriormente dolorosa e tátil. Podem ocorrer também lesões nas mucosas e nos olhos, quando a infecção tem uma alta carga bacilar (ALVES et al., 2010).

Os primeiros sítios a serem afetados são os ramos neurais musculares, componentes mais distais do sistema nervoso periférico, o que é denominado de ramisculite periférica. Em seguida a infecção segue em direção proximal, atingindo os ramos secundários e troncos neurais periféricos, que cursam com dor e edema. Esse tipo de neuropatia é caracterizada como mista, pois acomete tanto fibras motoras, quanto sensitivas e autonômicas (FINEZZ; SALLOTI, 2011).

As lesões motoras consequentes do acometimento dos troncos neurais causam paresias e/ou paralisias, levando à amiotrofias, retrações dos tendões e fixações articulares. Essas lesões são as grandes responsáveis pela incapacidade física e pela aparência característica de pacientes em que a doença evolui sem tratamento adequado (FOCACCIA; VERONESI, 2015).

Quanto às formas clínicas da doença, a forma tuberculóide, na maioria dos casos, surge a partir da forma indeterminada não tratada, em pacientes com boa resistência imunológica (FINEZ; SALOTTI, 2011).

As lesões geralmente são limitadas às manchas iniciais, podendo em alguns casos evoluir para cura espontânea. O aparecimento de pápulas ou tubérculos na superfície da mancha sugere a evolução da forma Indeterminada para a Tuberculóide (BATISTA et al, 2011).

A forma Dimorfa é caracterizada por sua instabilidade imunológica, apresentando grandes variações em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de Vichowiana e Tuberculóide, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos (lesões faveolares) (FREITAS, 2017).

Pode-se determinar o grau de incapacidade avaliando-se o comprometimento neural de olhos, mãos e pés. Sendo classificadas em: Grau 0 (ausência de comprometimento neural), grau I (diminuição ou perda da sensibilidade) e grau II (presença de incapacidades e deformidades, conforme demonstrado abaixo (FINEZ; SALOTTI, 2011)

Tabela 1: Graus de incapacidade em pacientes com hanseníase

| GRAU | CARACTERÍSTICAS |
|-------------|---|
| 0 | nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase. |
| 1 | perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. |
| 2 | lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo. |

Fonte:Secretaria de Vigilância da Saúde/ MS- Guia de Controle da Hanseníase

Essa avaliação é importante para intervenção precoce e escolha do tratamento, permitindo que o profissional de saúde intervenha de maneira correta, para que haja diminuição ou ausência de danos físicos e sociais permanentes (BRASIL, 2016).

5.4 Diagnóstico

A hanseníase é considerada uma doença de fácil diagnóstico, pois não demanda de alta tecnologia, podendo realizar-se a partir de um minucioso exame clínico: anamnese, avaliação dermatológica e avaliação neurológica. Porém, o diagnóstico em crianças requer maior habilidade e atenção médica, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (FREITAS, 2017).

A avaliação dermatológica visa identificar as lesões de pele próprias da hanseníase, pesquisando a sensibilidade nas mesmas. A alteração de sensibilidade nas lesões de pele é uma característica típica da hanseníase. Deve ser feita uma inspeção de toda a superfície corporal, no sentido crânio-caudal, seguimento por seguimento, procurando identificar as áreas acometidas por lesões de pele. As áreas onde as lesões ocorrem com maior frequência são: face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, mas elas podem ocorrer, também, na mucosa nasal (BRASIL,2016).

Deve-se realizar a pesquisa de Sensibilidade de cada paciente suspeito. A sensibilidade normal depende da integridade dos troncos nervosos e das finas terminações nervosas que se encontram sob a pele. Sem ela o paciente perde sua capacidade normal de perceber as sensações de pressão, tato, calor, dor e frio. Por esse motivo, é importante, para fins de prevenção, poder detectar precocemente essas lesões, já que a perda de sensibilidade, ainda que em pequena área, pode significar um agravo para o paciente (BRASIL,2016).

A pesquisa de sensibilidade térmica nas lesões e nas áreas suspeitas deve ser realizada, sempre que possível, com dois tubos de vidro, um contendo água fria e no outro, água aquecida. Deve-se ter o cuidado da temperatura da água não ser muito elevada (acima de 45°C), pois neste caso poderá despertar sensação de dor, e não de calor. Devem ser tocadas a pele sã e a área suspeita com a extremidade dos tubos frio e quente, alternadamente, solicitando-se à pessoa que identifique as sensações de frio e de calor (quente). As respostas como menos frio, ou menos quente devem também ser valorizadas nessa pesquisa (BRASIL, 2016).

Já a pesquisa de sensibilidade tátil nas lesões e nas áreas suspeitas é apenas com uma mecha fina de algodão seco. Da mesma forma, deve ser explicada para a pessoa examinada antes de sua realização (FOCACCIA; VERONESI, 2015).

A pele sã e a área suspeita devem ser tocadas, alternadamente, com a mecha de algodão seco e, ao indivíduo examinado, perguntar-se-á se sente o toque. Após a comparação dos resultados dos toques, pode-se concluir sobre a alteração de sensibilidade tátil nas lesões ou nas áreas suspeitas (WHO, 2015).

A pesquisa da sensibilidade protetora é realizada nas lesões, nos membros inferiores e superiores utilizando-se a ponta de uma caneta esferográfica. Essa pesquisa é a mais importante

para prevenir incapacidades, pois detecta precocemente diminuição ou ausência de sensibilidade protetora do paciente (FREITAS, 2017).

A avaliação neurológica deve ser realizada no momento do diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, na ocorrência de neurites e reações ou quando houver suspeita das mesmas, durante ou após o tratamento PQT e sempre que houver queixas (WHO, 2016).

Os principais nervos periféricos acometidos na hanseníase são os que passam: pela face, trigêmeo e facial, que podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz; pelos braços, radial, ulnar e mediano, que podem causar alterações nos braços e mãos; pelas pernas, fibular comum e tibial posterior, que podem causar alterações nas pernas e pés (BRASIL, 2016).

Uma vez diagnosticado, o caso de hanseníase deve ser classificado, operacionalmente, para fins de tratamento. Esta classificação também é feita com base nos sinais e sintomas da doença: paucibacilares (PB), casos com até 5 lesões de pele e multibacilares (MB), casos com mais de 5 lesões de pele (BRASIL, 2016).

5.5 Tratamento

Desde 1986 tem sido implementado o esquema de tratamento poliquimioterápico recomendado pela OMS, objetivando maior impacto das ações de controle de hanseníase. O tratamento da hanseníase, é eminentemente ambulatorial, independente da forma clínica. O esquema terapêutico proposto pelo Ministério da Saúde, baseia-se na administração de um esquema tríplice e na supervisão da ingestão de doses mensais de dois dos medicamentos prescritos, além de, eventualmente, no controle de Dapsona, auto-administrada, através de dosagem por meio da sulfonúria (BRASIL, 2010).

As estratégias implementadas pelo MS que visam à prevenção contemplam investimentos em: educação em saúde; diagnóstico precoce da doença; tratamento regular com PQT e vigilância de contatos, detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, além de garantir apoio à manutenção da condição emocional e integração social e realização de autocuidado (BRASIL, 2010).

A duração mínima do tratamento é de 24 doses supervisionadas, obedecendo critérios de regularidade, ou até a baciloscopia tornar-se negativa. A alta por cura será concedida quando o

paciente não mais apresentar sinais de atividade clínica ou baciloscópica, após o tratamento quimioterápico por período de 2 anos para casos (PB) e 5 anos para os casos (MB) (WHO, 2010).

6 RESULTADOS

6.1 Variáveis Sociodemográficas

Dos 117 pacientes analisados entre 2008 e 2016, o mais jovem tinha 3 anos e o mais velho, 15 anos. A idade média das crianças com hanseníase foi 10 anos com variação de 2 anos para mais ou para menos. Quanto a cor auto referida, este público era composto por maioria de pardos (87/117) e indivíduos do gênero masculino (72/117). Predominaram também pacientes oriundos do Estado do Amapá, residentes das zonas urbanas (Tabela 1).

Do total de pacientes, 87 (74.4%) casos eram procedentes do Estado do Amapá e 30 (25.6%) procedentes do Estado do Pará. A média dos últimos 4 anos no Amapá foi 6.3 casos/ano e procedentes do Pará 2.5 casos/ano. A comparação da ocorrência entre os Estados em cada ano mostrou que o ano 2010 apresentou a maior proporção do Estado do Amapá (91.7%) e procedentes do Pará a maior proporção foi no ano 2016 (40%). Conforme a tabela 2

Tabela 02 - Características gerais da amostra das crianças com hanseníase, diagnosticadas no CRDT-AP, no período de 2008 a 2016.

| Variável | | | |
|---------------------|----|------|-------|
| | N | % | P |
| Sexo | | | |
| <i>Feminino</i> | 45 | 38,5 | <0.18 |
| <i>Masculino</i> | 72 | 61,5 | |
| Cor | | | |
| <i>Branca</i> | 21 | 17,9 | <0.33 |
| <i>Preta</i> | 7 | 6 | |
| <i>Parda</i> | 87 | 74,4 | |
| <i>Não relatada</i> | 2 | 1,7 | |
| Idade | | | |
| <i>0-5</i> | 11 | 9 | <0.09 |
| <i>6-10</i> | 43 | 36,7 | |
| <i>11-15</i> | 63 | 53,8 | |
| Estado | | | |
| <i>Amapá</i> | 87 | 74,4 | <0.84 |
| <i>Pará</i> | 30 | 25,6 | |
| Zona | | | |
| <i>Urbana</i> | 69 | 59 | <0.30 |
| <i>Rural</i> | 48 | 41 | |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2017

Tabela 3: Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme a UF de origem, no período de 2008 a 2016.

| ANO | AP | | PA | | Total | |
|-----------|-----|------|-----|------|-------|-------|
| | N | % | N | % | n | % |
| 2008 | 15 | 78.9 | 4 | 21.1 | 19 | 16.2 |
| 2009 | 13 | 72.2 | 5 | 27.8 | 18 | 15.4 |
| 2010 | 11 | 91.7 | 1 | 8.3 | 12 | 10.3 |
| 2011 | 15 | 65.2 | 8 | 34.8 | 23 | 19.7 |
| 2012 | 8 | 80.0 | 2 | 20.0 | 10 | 8.5 |
| 2013 | 5 | 71.4 | 2 | 28.6 | 7 | 6.0 |
| 2014 | 7 | 70.0 | 3 | 30.0 | 10 | 8.5 |
| 2015 | 10 | 76.9 | 3 | 23.1 | 13 | 11.1 |
| 2016 | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 5 | 4.3 |
| Total | 87 | 74.4 | 30 | 25.6 | 117 | 100.0 |
| Média (4) | 6.3 | | 2.5 | | | |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de notificação, 2017

Da totalidade de pacientes, 21 (17.9%) casos ocorreram em crianças de cor branca, 87(74.4%) casos em crianças pardas e 7 (6%) em jovens negros. A comparação da ocorrência da cor da pele em cada ano mostrou que o ano 2016 apresentou a maior proporção de pardos (100%). Em 2014, ocorreu a maior proporção na cor branca 30%. Já em 2013, a maior proporção foi na cor negra 28.6%. A média dos últimos 4 anos foi: cor branca 1.5 casos/ano, cor parda 5.8 casos/ano e na cor negra 0 (nenhum caso/ano) conforme apresentado na tabela 3

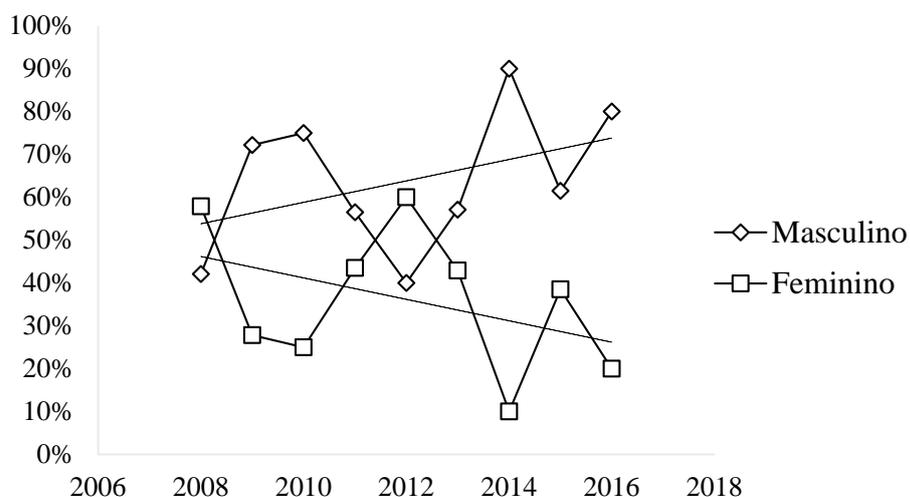
Tabela 4: Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme a cor da pele, no período de 2008 a 2016.

| ANO | Etnia Branca | | Parda | | Negra | | NR | | Total | |
|-----------|--------------|------|-------|-------|-------|------|-----|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2008 | 2 | 10.5 | 14 | 73.7 | 1 | 5.3 | 2 | 10.5 | 19 | 16.2 |
| 2009 | 5 | 27.8 | 13 | 72.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 18 | 15.4 |
| 2010 | 2 | 16.7 | 10 | 83.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 12 | 10.3 |
| 2011 | 5 | 21.7 | 18 | 78.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 23 | 19.7 |
| 2012 | 1 | 10.0 | 9 | 90.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 10 | 8.5 |
| 2013 | 1 | 14.3 | 4 | 57.1 | 2 | 28.6 | 0 | 0.0 | 7 | 6.0 |
| 2014 | 3 | 30.0 | 6 | 60.0 | 1 | 10.0 | 0 | 0.0 | 10 | 8.5 |
| 2015 | 2 | 15.4 | 8 | 61.5 | 3 | 23.1 | 0 | 0.0 | 13 | 11.1 |
| 2016 | 0 | 0.0 | 5 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 | 4.3 |
| Total | 21 | 17.9 | 87 | 74.4 | 7 | 6.0 | 2 | 1.7 | 117 | 100% |
| Média (4) | 1.5 | | 5.8 | | 1.5 | | 0.0 | | | |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2017

A comparação da ocorrência entre os gêneros mostrou que no ano de 2014, a maior proporção foi do sexo masculino (90%) e em 2012, foi do feminino (60%). Entretanto, a avaliação da distribuição anual dos casos entre os gêneros, realizada pela estatística inferencial feita pelo Teste G para amostras independentes, resultou no $p = 0.18$, o qual indica que a diferença anual entre os sexos é insignificante. Nos homens, a linha de tendência aponta para aumento dos casos, já nas mulheres a linha de tendência assinala para redução, conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 01 - Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme o gênero, no período de 2008 a 2016



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2017

6.2 Variáveis Biológicas

Na Tabela 4 estão apresentados os Padrões de ocorrência da doença na amostra. A classificação operacional dos casos mostrou predomínio de Multibacilares (68/117), forma clínica Dimorfa (61/117). A baciloscopia foi negativa (85/117) na maioria dos casos. Em relação ao número de lesões, houve predomínio de pacientes com mais que 5 lesões (63/117), sendo a maioria (61/117) com 1 a 6 nervos afetados.

Na análise do grau de incapacidade, verificou-se que 101 pacientes eram grau 0 (G0). É digno de nota que 4,3% (5/117) dos pacientes não foram analisados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico. A detecção dos novos casos foi feita por exame de contato na maioria. (41/117).

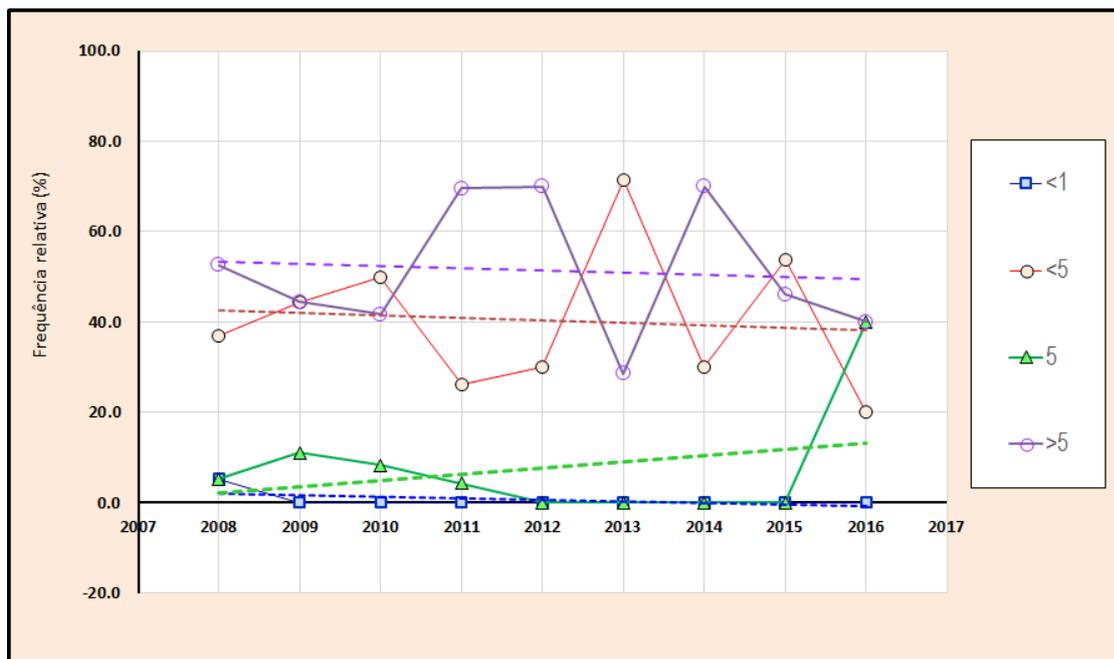
Tabela 05- Padrões de ocorrência da doença na amostra das crianças com hanseníase, diagnosticadas no CRDT-AP, no período de 2008 a 2016.

| Variáveis | N | % | P |
|----------------------------------|-----|------|----------|
| Classificação operacional | | | |
| <i>Faucibacilar</i> | 49 | 41,9 | <0.36 |
| <i>Multibacilar</i> | 68 | 58,1 | |
| Forma clínica | | | |
| <i>Indeterminada</i> | 12 | 10,1 | <0.76 |
| <i>Tuberculóide</i> | 32 | 27,4 | |
| <i>Dimorfa</i> | 61 | 52,1 | |
| <i>Vicharviana</i> | 12 | 10,1 | |
| Baciloscopia | | | |
| <i>Positiva</i> | 28 | 23,9 | <0.42 |
| <i>Negativa</i> | 85 | 72,6 | |
| <i>Não classificada</i> | 4 | 3,4 | |
| Número de lesões | | | |
| 0 | 1 | 0,9 | <0.30 |
| 1-5 | 53 | 45,3 | |
| >5 | 63 | 53,9 | |
| Número de nervos afetados | | | |
| 0 | 45 | 38,4 | <0.04 |
| 1-6 | 61 | 52,1 | |
| 7-8 | 6 | 5,1 | |
| 9 ou mais | 4 | 3,4 | |
| <i>Sem registro</i> | 1 | 0,8 | |
| Grau de incapacidade | | | |
| 0 | 101 | 86,3 | <0.78 |
| 1 | 5 | 4,3 | |
| 2 | 6 | 5,1 | |
| <i>Não verificado</i> | 5 | 4,3 | |
| Terapêutica | | | |
| <i>Mb</i> | 71 | 60,7 | <0.85 |
| <i>Pa</i> | 46 | 36,8 | |
| <i>Alternativo</i> | 3 | 2,6 | |
| Deteção | | | |
| <i>Demanda espontânea</i> | 33 | 28 | <0.0001* |
| <i>Exame de contato</i> | 41 | 35 | |
| <i>Notificação</i> | 1 | 0,9 | |
| <i>Exame de coletividade</i> | 8 | 7,0 | |
| <i>Encaminhamento</i> | 22 | 19,0 | |
| <i>Desconhecido</i> | 2 | 2 | |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2017

Quanto ao número de lesões, os 117 pacientes ficaram assim distribuídos: 0,9% apresentou 1 lesão; 4% apresentaram <5 lesões; 6% exatamente 5 lesões ; >5 lesões (63 casos 53.8%). As linhas de tendência apontam crescimento na proporção de pacientes com exatamente 5 lesões e decréscimo nos demais. Como demonstrado no gráfico 2

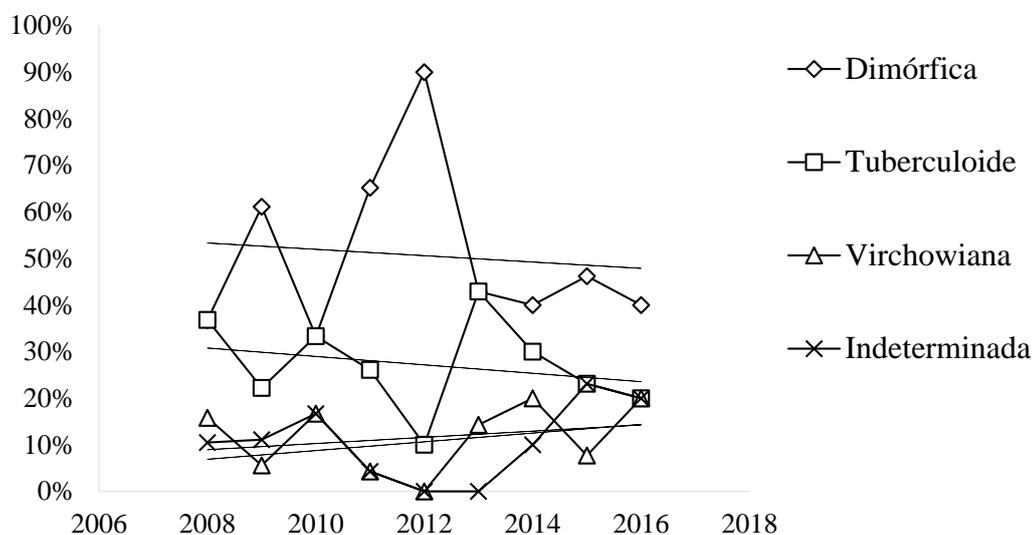
Gráfico 2- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme o número de Lesões, no período de 2008 a 2016



Fonte: Sistema de Informação de Agravo de notificação, 2017

Quanto a forma clínica, as linhas de tendência indicam que há leve crescimento nos grupos Virchoviana e Indeterminada e decréscimo nos grupos Dimorfa e Tuberculóide (Gráfico 3). A comparação da ocorrência em cada ano mostrou os seguintes destaques: Dimorfa no ano 2012 (90%); Tuberculóide no ano 2013 (42.9%); Virchoviana no ano 2014 (20%); Indeterminada no ano 2015 (23.1%).

Gráfico 3- Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme a forma clínica no período de 2008 a 2016



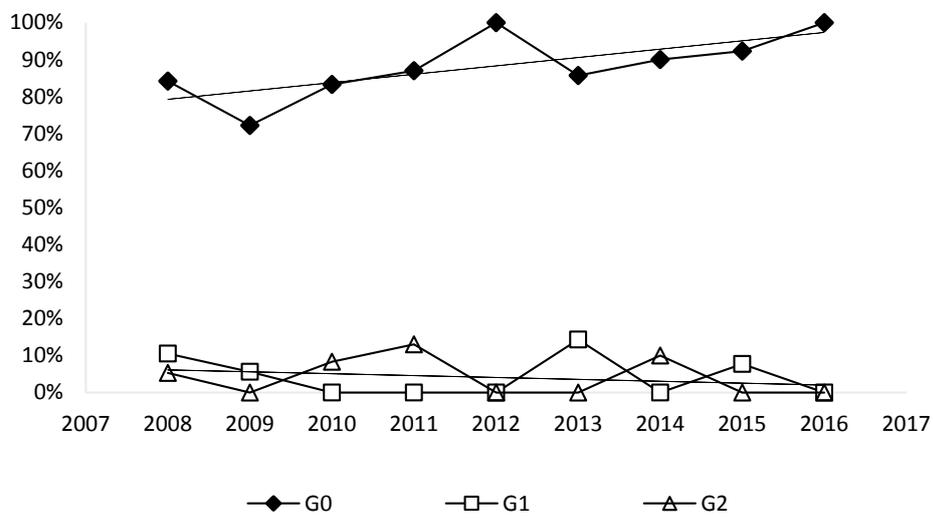
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de notificação, 2017

O gráfico 3 mostra a distribuição proporcional dos casos conforme o grau de incapacidade. Do total de 117 pacientes, houveram 101 (86.3%) casos com Grau 0, 5 (4.3%) casos com Grau 1 e 6 (5.1%) casos com Grau 2. Cinco pacientes não foram avaliados.

A comparação da ocorrência dos graus de incapacidade em cada ano mostrou que nos anos 2012 e 2016, 100% dos casos tiveram Grau de incapacidade Zero (G0). O ano 2014 evidenciou maior ocorrência de G2 (13%). A média dos últimos 4 anos foi: G0 (8.0 casos/ano), G1 (0.5 caso/ano) e G2 (0.3 caso/ano).

Na distribuição proporcional, as linhas de tendência apontam para declínio dos casos com G0 e aumento de G1 e G2. A avaliação da distribuição anual dos casos entre os graus de incapacidade (G0, G1 e G2) realizada pela estatística inferencial pelo Teste G para amostras independentes resultou no p-valor = 0.7824.

Gráfico 4 - Casos de hanseníase em crianças, diagnosticadas no CRDT-AP, conforme o grau de incapacidade, no período de 2008 a 2016



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de notificação, 2017

7 DISCUSSÃO

A prevalência da hanseníase vem diminuindo ano após ano no Brasil, talvez como resultado da maior adesão ao esquema de tratamento poliquimioterápico e seu consequente sucesso. No entanto, no território amazônico, os registros da incidência do agravo têm sofrido acréscimos importantes, esse aumento deve estar relacionado ao maior investimento nas medidas de erradicação das doenças tropicais na Atenção primária em saúde, culminando com o aumento das notificações (BRASIL, 2016).

Contudo, no presente estudo, notou-se a manutenção do alto índice de detecção de casos novos ao longo do período analisado, o que nos permite inferir que embora tenhamos um aumento associado ao diagnóstico e ao maior número de notificações, percebe-se que o ciclo de transmissibilidade da doença não está controlado, visto que nos anos de 2008, 2010, 2012, 2013 e 2016, 100% dos pacientes pediátricos que buscaram o CRDT foram registrados como caso novo, mantendo uma taxa de casos novos por ano de 4,8, praticamente invariável entre 2008 e 2016.

Uma pesquisa realizada no Pará mostrou um aumento significativo de casos novos associado à implementação das Metas de Erradicação da Hanseníase elaboradas pelo Ministério da Saúde, porém nessa região foram identificados 42 municípios considerados clusters da doença com alto índice de jovens acometidos, corroborando com os achados desse estudo (NEVES, 2017).

Em geral, pesquisas que analisam a distribuição geográfica da hanseníase no Brasil mostram forte relação da doença com a pobreza, notando maior frequência de casos nas populações com altas taxas de desnutrição, aglomeração domiciliar, baixa escolaridade e déficits na atenção primária nos serviços de saúde pública (RODRIGUES, 2017; GOMES, 2016; PORTO, 2015).

Além dessas variáveis socioeconômicas, a faixa etária também é um importante preditor de endemicidade do agravo, sendo a erradicação da doença nos menores de 15 anos uma das metas almejadas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), pois o acometimento de crianças reflete franca atividade da enfermidade, devido ao seu longo período de incubação, que dura em torno de dois a sete anos (BRASIL, 2016).

O presente estudo avaliou características epidemiológicas inerentes a esse grupo etário e observou que o número de pacientes pediátricos atendidos no CRDT-AP manteve-se elevado ao longo dos 8 anos estudados, sendo a idade típica dos pacientes atendidos nesse centro a de 10 anos de idade, variando para mais ou menos 2.

O acometimento destes menores de 15 anos pode estar relacionado à transmissão familiar, pois quanto menor a idade da criança maior é a disseminação entre os contatos intradomiciliares (PIRES, 2012). Autores relatam que o risco de desenvolver a doença pode ser de 5 a 10 vezes maior em pessoas que conviveram ou convivem com hansenianos antes do tratamento (SOUZA, RAMOS JÚNIOR, 2017).

Outros fatores que favorecem a transmissibilidade da doença são suas características clínicas e bacilíferas. A classificação de Madri divide essas características em dois grupos: instáveis (indeterminado e dimorfo), e estáveis (tuberculóide e virchowiana). Na amostra estudada houve predomínio do tipo instável, forma dimorfa, correspondendo a 52,1% do total de 117 pacientes analisados.

Pesquisas semelhantes, realizadas em regiões endêmicas, mostraram predominância desse grupo em pacientes pediátricos, a exemplo um município do Ceará encontrou 77% da mesma forma clínica (NUNES, 2011).

Embora não haja estudos que comprovem a correlação entre a forma clínica e a faixa etária pediátrica, autores afirmam que a maior frequência de formas Dimorfa e Vichowiana revelam atraso no diagnóstico precoce, havendo evolução para as formas clínicas mais bacilíferas e deletérias (PIRES, 2012).

Segundo Proto et al. (2010), a quantidade de doentes virchowianos, considerando todas as faixas etárias, corresponde a 68,1% dos casos de hanseníase na Região Amazônica.

O atraso no diagnóstico precoce, no entanto, pode estar relacionado à dificuldade técnica em realizá-lo, pois as lesões dermatológicas da hanseníase nem sempre são facilmente reconhecidas, principalmente na população pediátrica, na qual exige maior capacitação do médico tanto no raciocínio clínico para diagnósticos diferenciais quanto para a realização do exame das lesões e dos testes de sensibilidade, constituindo assim, em um grande desafio para os profissionais de saúde (NEVES, 2017).

Quanto à classificação operacional, as formas multibacilares são a principal fonte de transmissão da doença porque apresentam elevada carga bacilífera na derme e nas mucosas, facilitando a eliminação dos bacilos para o meio exterior, bem como a transmissibilidade (SOUZA, E. A. S; RAMOS JÚNIOR, A. N, 2017).

A pesquisa teve 68 pacientes (58,1%) multibacilares, dados semelhantes foram encontrados em estudo citado anteriormente, realizado no Nordeste, no qual os multibacilares corresponderam a 90% dos casos. O predomínio das formas bacilíferas revela importante déficit na implementação das metas de erradicação da doença nesta região (DE SOUZA, 2016).

Quanto ao número de nervos afetados, 52,1% dos pacientes desenvolveram neuropatia, comprometendo entre 1 a 6 nervos, porém, o acometimento neural não culminou em incapacidades físicas significativas, estando a maioria dos pacientes com grau de incapacidade zero no momento da admissão, 86,3%. Em estudos realizados em São Paulo, os pacientes com grau zero de incapacidade representaram 35% da amostra, já no Rio de Janeiro estudo semelhante mostrou predominância de grau de incapacidade diferente de zero, correspondendo a 56,4% da amostra (LOBO, 2011).

A análise do modo de detecção indica fragilidade das ações preventivas e ratifica a importância da busca ativa através do exame de contatos, visto que esta foi a principal forma de detecção da doença correspondendo a 2,3 casos por ano, seguido por 1,5 casos novos por ano. O registro de 80% de casos novos em 2016 permite inferir que houve persistência do ciclo de transmissibilidade e de atividade da doença (BRITO, 2016).

8 CONCLUSÃO

Apesar da limitação desta pesquisa devido ao uso de dados secundários, as variáveis estudadas permitem inferir que, o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos diagnosticados no CRDT ratificam a persistência da endemicidade no território amapaense bem como nos municípios próximos pertencentes ao Estado do Pará.

O predomínio de crianças procedentes de zona urbana mostra a ineficácia das políticas de educação em saúde mesmo dentro da capital, Macapá, mostrando forte relação da manutenção do ciclo de transmissibilidade com a vulnerabilidade social. Além disso, o maior número de formas bacilíferas e a manutenção de altas taxas de casos novos e exames de contato como forma de detecção não cumprem as metas de redução número de casos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, esta pesquisa atenta para a necessidade de uma redefinição de estratégias de controle da hanseníase integradas, priorizando a utilização de ferramentas de análise espacial dos casos para estimar o risco de transmissão e ocorrência da doença, a fim de definir áreas prioritárias de controle e aprofundar a análise entre ambiente, infecções e definição de medidas preventivas.

Contudo, o incremento de pesquisas relacionadas à busca ativa de casos, bem como a implementação de educação em saúde garantindo a compreensão da dinâmica de transmissão e identificação da infecção, são necessárias para facilitar e nortear as ações da vigilância epidemiológica no Amapá, e futuramente poder romper o ciclo de transmissibilidade, reduzindo especialmente o número de menores de 15 anos infectados.

REFERÊNCIAS

Alves, CJM; Barreto, JA; Fogagnolo, L; Contin, LA; Nassif, PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 43(4):460-461, julho, 2010

AYRES, Manuel; AYRES JR, Manuel; AYRES, Daniel Lima; SANTOS, Alex de Assis Santos Dos. *BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas*. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p

BARBOSA DA, BARBOSA AMF. **Avaliação da completude e consistência do banco de dados das hepatites virais no Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010**. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(1):49-58. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000100005>.

BATISTA ES, CAMPOS RX, QUEIROZ RCG, SIQUEIRA SL, PEREIRA SM, PACHECO TJ et al. Perfil sócio- demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo. 2011; 9(2): 101-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf >

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília, DF: MS, 2009. 3ª edição revisada e ampliada. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf >

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de situação: Amapá. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: < portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../001_ap_relatorio_de_situacao.pdf >.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico-operacional / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, A. L. et al. Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Jan./mar. v. 19, n. 1, p. 194-204. Ceará, 2016

CHAPTINI, C.; MARSHMAN, G. Leprosy: a review on elimination, reducing the disease burden, and future research. **Lepr Rev**. 86 p., p. 307–315, 2015.

CUNHA, C. et al. Historical aspects of leprosy in State of Amazonas, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 48 (Suppl I), p. 55-62, 2015

FINEZ MA, Salotti SRA. **Identificação de incapacidades em portadores de hanseníase**. *J Health Sci Inst*. 2011;29(3):171-5.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

FREITAS BHBM, CORTELA DCB, FERREIRA SMB. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev Saude Publica**. 2017;51:28.

GOMES, F. B. F. **Indicadores epidemiológicos da hanseníase e sua relação com a cobertura da estratégia saúde da família e o índice de desenvolvimento humano em Minas Gerais** – período: 1998-2013 – manuscrito. Belo Horizonte, 2016.

LANZA FM, VIEIRA NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Avaliação da Atenção Primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(6):1054-61

LASTÓRIA, J. C; ABREU MAMM. **Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento**. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Hospital Regional e Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente. v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012.

LOBO JR, Barreto JCC, Alves LL e col. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2011 jul-ago;9(4):283-7

NEVES, D. C. O, et al. Tendência das taxas de detecção de hanseníase em jovens de 10 a 19 anos de idade. **Revista Pan-Amazonica Saude**. v. 8, n. 1, p. 29-37, 2017.

NORIEGA, L. F, et al. Leprosy: ancient disease remains a public health problem nowadays. **An Bras Dermatol**. v. 91, n. 4, p. 547-8, 2016.

NUNES, JM. et al. Hanseníase: Conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16 (Supl. 1), p. 1311-1318. Fortaleza, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA NO 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010. Diário Oficial da União 2010

MURTO C, ARIZA L, ALENCAR CH, CHICHAVA A, OLIVEIRA AR, KAPLAN C et al. Migration among individuals with leprosy: a population-based study in Central Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. 2014 [cited 2015 Feb 18];30(3):487-501. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0487.pdf>.

PIRES, CAA. et al. Leprosy in children under 15 years: the importance of early diagnosis. *Rev. paul. pediatr.* [online]. 2012, vol.30, n.2, pp.292-295. ISSN 0103-0582. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000200022>

PORTO, M. J. et al., Analise dos números de casos notificados de hanseníase pelo SINAN na Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 4, n. 2, p. 137-144. Bahia, 2015.

PROTO RS, Machado CDS; REHDER, JR.; PAIXÃO, M. P.; ANGELUCCI, R. I. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC. **An Bras Dermatol**. v. 85, n. 6, p. 939-941, 2010.

RODRIGUES, R. N.; NIITSUMA, E. N. A.; BUENO, I. C.; BAQUERO, O. S.; JARDIM, C. C. G.; LANA, F. C. F. Hanseníase e vulnerabilidade da saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **REME – Rev Min Enferm**. Minas Gerais, 2017.

SILVA, Ignotti E.; SOUZA-SANTOS, R.; HACON, S. S. Hanseníase, condições sociais e desmatamento na Amazônia brasileira. **Rev Panam Salud Publica**. v. 27, n. 4, p. 268–275, 2010.

SOUZA, E. A. S.; RAMOS JÚNIOR, A. N. **Hanseníase, risco e vulnerabilidade**: perspectiva espaço-temporal e operacional de controle no Estado da Bahia, Brasil-2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21646>>. Acesso em: 05 de junho de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world**. ISBN 978-92-9022-509-6 © World Health Organization; 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion**. v. 91, p. 405–420, 2015

World Health Organization. **Leprosy control in China: trends in detection of new cases, 1987-2008**. Wkly Epidemiol Rec. 2010;85(17):149-56.

APÊNDICE A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE DOS PACIENTES DE 0 A 15 ANOS DE IDADE DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE NO CENTRO DE REFERENCIA DE DOENÇAS TROPICAIS (CRDT) DO ESTADO DO AMAPÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2013.

Pesquisador: MARIA HELENA MENDONÇA DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26142513.1.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 518.394

Data da Relatoria: 27/01/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE DOS PACIENTES DE 0 A 15 ANOS DE IDADE DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE NO CENTRO DE REFERENCIA DE DOENÇAS TROPICAIS (CRDT) DO ESTADO DO AMAPÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2013 trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, cuja justificativa de submissão seria respaldar a utilização unicamente científica dos dados obtidos, inclusive no que tange a dispensa de TCLE, tal como rege a resolução 466/2012.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o grau de incapacidade dos pacientes de 0 a 15 anos diagnosticados com hanseníase no Centro de Referência de Doenças Tropicais do

Estado do Amapá no período de janeiro de 2008 a novembro de 2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos, pois não haverá contato direto com os pacientes-alvo da pesquisa. Segundo Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, mesmo que pequenos toda pesquisa possui riscos e como nesta pesquisa serão utilizados apenas dados secundários disponibilizados pela instituição.

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.903-290
UF: AP Município: MACAPÁ
Telefone: (95)4009-2605 Fax: (95)4009-2604 E-mail: cep@unifap.br

APÊNDICE B- TERMO DE PARTICIPAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
CURSO DE MEDICINA

OFÍCIO Nº 6

Macapá, 23 de Setembro, de 2014

Prezado Sr. Demilson Henrique S. de Miranda, diretor do Centro de Referência de Doenças Tropicais, nós (Railla Linhares, Larissa Mescouto, Thais Seixas e Adriana Bueno), acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá, que estamos realizando a pesquisa intitulada: **"Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes de 0 a 15 anos de idade diagnosticados com Hanseníase no Centro De Referência de Doenças Tropicais (CRDT) do Estado do Amapá no período de 2008 a 2013"**, vimos através deste documento solicitar vossa autorização para a coleta de dados dos prontuários arquivados nesta Instituição.

Informamos que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição biotética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e dessa forma nos comprometemos a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados.

Agradecemos antecipadamente vosso apoio e compreensão, certos de vossa colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica.

Atenciosamente,



Profª Dra. Maira Torgu
CRM 583 / 2008 / 2014
Escola de Medicina UFAP
Macapá - 68600-000

Dra. Maira Tylomi Sacata Torgu Nazima – CRM AP-583
(Coordenadora do Curso de Medicina)

ANEXO A (FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE AGRAVO)

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravado/doença HANSENÍASE | Código (CID10) A 3 0 . 9 | 3 Data da Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data do Diagnóstico | | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | | |
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito | |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 | |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| | Dados Complementares do Caso | | | | |
| | Ocupação | 31 Nº do Prontuário | 32 Ocupação | | |
| Dados Clínicos | 33 Nº de Lesões Cutâneas | 34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado | 35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB | 36 Nº de Nervos afetados | |
| | 37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado | | | | |
| Atendimento | 38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado | | | | |
| | 39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado | | | | |
| Dados Lab. | 40 Baciloscopia 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado | | | | |
| Tratamento | 41 Data do Início do Tratamento | 42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos | | | |
| Med. Contr. | 43 Número de Contatos Registrados | | | | |
| Observações adicionais: | | | | | |
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | | | Código da Unid. de Saúde | |
| | Nome | Função | Assinatura | | |
| | Hanseníase | Sinan NET | SVS 30/10/2007 | | |