

INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS EM CASCAVEL/PR NO ANO DE 2015

PAGLIARINI, Bárbara Reitmann¹
MEOTTI, Jéssica Nathiele²
BARROS, Kauana Liotto de³
CAMPAGNOLO, Orley⁴
FRONZA, Dilson⁵

RESUMO

Introdução: A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Micobacterium leprae* (ML). O bacilo tem tropismo por pele e nervos periféricos, sendo responsável por inúmeras incapacidades e lesões se diagnosticada tarde. Tal conjuntura revela a necessidade em combatê-la de maneira eficaz, realizar diagnóstico precoce e tratá-la adequadamente em todo o mundo. Dessa forma a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um plano de combate e controle a hanseníase. Apesar dos avanços e esforços do Ministério da Saúde para reduzir os casos de hanseníase no Brasil por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, o país ainda possui elevada incidência de novos casos notificados. **Objetivo:** Analisar e calcular a incidência de Hanseníase na cidade de Cascavel no ano de 2015 e descrever as características clínicas da doença nos pacientes diagnosticados nesse período. **Metodologia:** Estudo retrospectivo e descritivo dos dados dos casos de Hanseníase diagnosticados na Cidade de Cascavel no ano de 2015, fornecidos pela Secretaria de Vigilância Epidemiológica (VIEP), por meio da análise de fichas de notificação/investigação de Hanseníase do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). **Resultados:** incidência para a Hanseníase de 8,22 casos para cada 100.000 habitantes. 65,38% homens, a faixa etária predominante de 30-59anos (80,77%). Em relação às manifestações da doença 34,61% apresentaram lesões em nervos periféricos, 96,15% apresentaram lesões em pele e 88,46% foram classificados como multibacilares enquanto 11,53% como paucibacilares. Os dados demonstram também que 57,69% apresentaram grau zero de incapacidade no momento do diagnóstico, 38,46% grau 1 e apenas 3,84 % apresentaram incapacidade grau dois. **Conclusão:** Apesar da melhoria nos indicadores da doença, muito ainda tem que ser feito em saúde primária e vigilância epidemiológica, seguimento dos pacientes em tratamento, para que se alcancem números satisfatórios de incidência no município de Cascavel. A análise do perfil e características clínicas dos pacientes diagnosticados com Hanseníase em 2015 revela a necessidade de medidas de prevenção e detecção da doença voltadas para a realidade do município.

PALAVRAS-CHAVE: incidência, Hanseníase, lesões de pele, *Mycobacterium leprae*.

INCIDENCE AND CHARACTERISTICS OF HANSENIASIS CASE DIAGNOSED IN THE CITY OF CASCAVEL/PR IN 2015

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease caused by the *Micobacterium leprae* (ML) microbe. This bacillus has a propensity to attack skin and peripheral nerves, being responsible for many disabilities and injuries if it's diagnosed late. These circumstances show the need for fight it effectively, diagnose it early and treat it properly all around the world. Due to this the World Health Organization (WHO) made a plan to combat and control leprosy. Despite advances and efforts of the Ministry of Health to reduce the cases of leprosy in Brazil by the Nacinal Leprosy Control Program, the country still having high rates of incidence of new cases notified. **Objective:** analyze and calculate the leprosy incidence in the city of Cascavel in 2015 and describe the clinical characteristics of this disease at the diagnosed patients in this period. **Methodology:** a retrospective and descriptive study of the data of the leprosy cases in Cascavel in 2015, provided by the Secretariat of Epidemiological Surveillance, by means of analysis of notification/investigation leprosy files from the Notification of Worsening Information System. **Results:** leprosy incidence of 8,22 for each 100.000 habitants. 63,38% are men, mostly in the age group of 30-59 years old (80,77%). In relation of the disease manifestation, 34,61% showed injuries at the peripheral nerves, 96,15% at skin and 88,46% was classified as multibacillary, being 11,53% paucibacillary. The data shows that 57,69% were zero degree in disability,

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG), bah_pagliarini85@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG), je_nathi@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG), kau.liotto@hotmail.com

⁴ Professor do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG), clinicaeuderma@yahoo.com.br

⁵ Mestre pela Universidade Federal de Viçosa e Professor do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG), franzad@gmail.com

38,46% were one degree and only 3,84% were diagnosed as two degree in disability. **Conclusion:** Despite the advances in rates about leprosy, there are too many work to do in primal health and epidemiological surveillance, follow-up of patients on treatment, to reach good rates of incidence in Cascavel. The profile analysis and clinical characteristics of the patient in leprosy in 2015 reveals the need for prevention and detection actions directed toward this city.

KEYWORDS: incidence, leprosy, skin lesions, *Mycobacterium leprae*.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido-resistente, parasita intracelular, o qual tem predileção por pele e nervos periféricos (células de Schwann) e confere características peculiares a essa doença (ARAÚJO, 2003).

A hanseníase é datada de 500 a.C, com origem na Ásia, depois se espalhando para África e Europa. (OPROMOLLA e LAURENTI, 2011). Por muitos anos a hanseníase foi chamada de Lepra, do hebraico tsara'ath, que tinha significado de impureza física, espiritual e moral (MELLAGI e MONTEIRO, 2008). Apesar de todos os avanços, o estigma de lepra ainda existe entre os portadores, acarretando sentimentos de negação e vergonha para os mesmos (OLIVER 1988).

O *M. leprae* tem predileção por pele e nervos, mas traz manifestações sistêmicas. O homem é a única fonte de infecção (pessoa doente, multibacilar e sem tratamento), através de contato prolongado e íntimo com o doente. Após adentrar ao organismo o bacilo tem um longo período de incubação, em média, 2 a 5 anos. (BRASIL, 2008). O bacilo possui uma capacidade de infectar muito alta, mas um baixo poder patogênico, ou seja, ele tem facilidade para adentrar o organismo, mas uma baixa capacidade de causar a doença. (ARAÚJO, 2003).

Quando adentra o organismo, se o bacilo não for destruído pelo sistema imunológico, se instala em pele e nervos e dessa forma, surgem as manifestações da doença através de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos. Em relação aos sinais e sintomas dermatológicos, sempre associados à diminuição de sensibilidade, têm-se como lesões mais comuns: manchas pigmentares ou discrômicas, placa, infiltração, tubérculo e nódulo. Em relação aos sinais e sintomas neurológicos, ocorre também comprometimento de nervos periféricos devido aos processos inflamatórios que resultam em neurite com dor e espessamento de nervos periféricos, perda de sensibilidade e perda de força muscular. A afecção neurológica é mais tardia e frequentemente torna-se crônica, levando a comprometimento funcional (BRASIL, 2002).

O diagnóstico da Hanseníase é primariamente clínico e epidemiológico, por meio de anamnese, condições de vida do paciente, epidemiologia, exame físico dermatológico e neurológico (sensibilidade, motor e autonômico) de nervos periféricos (BRASIL, 2010).

Os critérios para o diagnóstico são definidos quando pelo menos um dos sinais cardinas se manifesta:

1. Perda de sensibilidade em uma lesão cutânea.
2. Nervos periféricos espessados associados à perda de sensibilidade ou fraqueza muscular inervada por ele.
3. Presença do bacilo em um raspado intradérmico.(OMS, 2010).

Várias classificações da doença foram propostas ao longo dos anos. A Classificação de Madri (1953) adota como critérios as características clínicas (lesões cutâneas) acrescidas ao enfoque bacteriológico (presença do *M. leprae*), imunológico (Reação de Mitsuda com presença de pápula maior ou igual a 5mm 21 a 28 dias após inoculação) e histológico (vão desde granulomas a infiltrados difusos linfo-histocitário) (LANGUILLON e CARYON, 1986).

O sistema de classificação de Ridley e Jopling (1962,1966) baseia-se na clínica, situação imunológica e critérios histopatológicos. São elas duas formas polarizadas da doença Forma Tuberculoide-tuberculoide, Forma Lepromatosa-lepromatosa, além de duas formas intermediárias (borderline) chamadas Forma Borderline-tuberculoide e Forma Borderline-lepromatosa (LASTÓRIA e ABREU, 2014).

Em programas adotados pelo Ministério da saúde, a fim de facilitar a rotina de tratamento existe a classificação em duas formas. A regra utilizada para essa classificação é clínica, deve-se contar número de lesões.

1. Pacientes Multibacilares: seis ou mais lesões cutâneas, infiltração difusa, distribuição mais simétrica, múltiplos nervos acometidos, bacilosscopia positiva e Reação de Mitsuda negativa. Esses pacientes requerem um tratamento mais intenso, utilizando três drogas anti-hansênicas. Nesses pacientes o risco de acometimento de nervos periféricos é maior.
2. Pacientes Paucibacilares: Até cinco lesões cutâneas, tamanhos variáveis, podem ser secas ou descamativas, poucos nervos acometidos, bacilosscopia negativa, Mitsuda pode ser positiva ou negativa. Pacientes com mais elevado nível de imunidade e hospedam poucos bacilos. No entanto, se a bacilosscopia for positiva o paciente entra na classificação como multibacilar, independente do número de lesões cutâneas (OMS 2010).

Os pacientes podem apresentar no momento do diagnóstico com diferentes graus de incapacidade, desenvolvê-las após uma reação reversa ou até mesmo como sequela após o tratamento. A avaliação dos graus de incapacidade deve ser obrigatoriamente realizada no momento do diagnóstico, da alta e a cada seis meses de tratamento (BRASIL, 2002). Existem cinco

incapacidades físicas comuns em pacientes com hanseníase, são elas: dificuldade em fechar os olhos (1), diminuição de sensibilidade nas mãos (2), fraqueza muscular e deformidade em mãos (3), diminuição de sensibilidade e ulceração nos pés (4), fraqueza muscular e deformidade nos pés (5). Para a análise da sensibilidade utilizam-se diferentes monofilamentos, chamado estesiômetro, começando com o mais fino (0.05g - cor verde) até o mais grosso (2g – cor violeta), avaliando a resposta do paciente, sempre tocando pontos predeterminados em pés e mãos. (OMS, 2010). A partir da análise dessas variáveis o paciente é classificado em três graus de incapacidade evidenciados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Classificação do Grau de incapacidade em pacientes com hanseníase.

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema em olhos, mãos e pés devido a Hanseníase
I	Diminuição ou perda da sensibilidade em olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos ou pés (não sente 2g ou toque de caneta)
II	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a seis metros. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: Adaptado de Brasil (2008, p. 81).

O tratamento constitui uma piloquimioterapia com rifampicina, dapsona e clofazimina acondicionados em (quatro) tipos de cartelas, com a composição de acordo com a classificação: Paucibacilar Adulto, Paucibacilar Infantil, Multibacilar Adulto e Multibacilar Infantil. (BRASIL, 2008). Os pacientes multibacilares utilizam duas drogas por seis meses e os multibacilares utilizam três drogas por doze meses.

Diante das incapacidades geradas pela doença e estigmas relacionados a ela a OMS criou um plano de combate e controle da hanseníase que norteia as ações dos países na luta contra essa doença. A Índia com 133.717 ocupa o primeiro lugar no mundo em numero de casos, seguido pelo Brasil com 37.610 casos. Dos 40.474 casos novos nas Américas 93% são casos notificados no Brasil (OMS, 2010).

Isso evidencia que apesar dos avanços e esforços do Ministério da Saúde para reduzir os casos de hanseníase no Brasil, por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, o país ainda possui elevado de número de casos notificados. A partir disso, surgiu o interesse em se pesquisar a situação atual do município de Cascavel em relação a incidência de casos de hanseníase e relatar, por meio da pesquisa se a cidade de Cascavel segue o padrão nacional de incidência.

A partir da implantação do Programa Nacional de Hanseníase no Brasil, suas ações de controle, aliadas ao Sistema de Notificação de Agravos, foi possíveis reduzir importantes

indicadores de gravidade da endemia nos últimos anos e também, obter melhorias informações sobre os casos diagnosticados. (OMS, 2010).

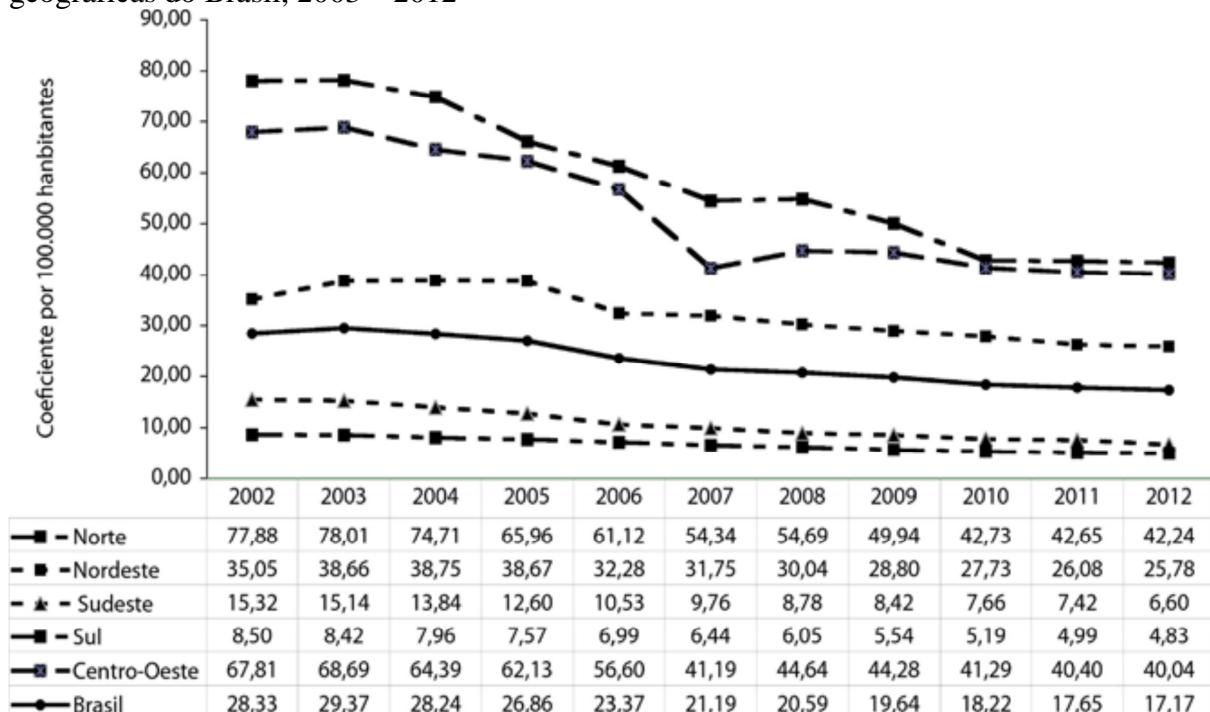
A hanseníase é uma doença endêmica em países tropicais, principalmente em subdesenvolvidos ou em países em desenvolvimento. Os principais se localizam no Sudeste da Ásia, América, África, Oriente Pacífico e Mediterrâneo ocidental. Em 2011, foram 219 075 novos casos detectados no mundo, no primeiro trimestre de 2012 foram 181 941 novos casos e uma prevalência de 0,34 casos por 10 000 habitantes (WHO, 2012). O Brasil não conseguiu atingir a meta mundial de eliminação da hanseníase (definido pela prevalência de 1 caso por 10 000 habitantes), constituindo um problema de saúde pública. Segundo o Boletim Epidemiológico divulgado no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde:

Em 2012, o coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil era 1,51 caso/10 mil habitantes, o que representa uma redução de 12% em relação ao valor do coeficiente no ano 2004 (1,71 caso/10 mil habitantes). [...] Aqueles de endemidade mais elevada estão localizados no entorno da Amazônia brasileira, especialmente em Rondônia, Mato Grosso, oeste de Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Tocantins e sudoeste do Pará. Por outro lado, parte da região Nordeste e a maioria dos municípios das regiões Sul e Sudeste apresentam baixa endemidade. (BRASIL, 2013, p. 3 e 4).

O coeficiente de detecção anual da doença de 2003 a 2012 revela que apesar de termos avançado no diagnóstico da doença, ainda temos um coeficiente de 17,2/ 100 000 habitantes, valor considerado alto. O gráfico abaixo revela que nos últimos dez anos todas as regiões obtiverem uma diminuição nos seus coeficientes de detecção, revelando a região sul como a que apresenta menores coeficientes. O Estado do Paraná apresentou um coeficiente de detecção em 2012 de 9,35 por 100 000 habitantes, o maior índice da região Sul (BRASIL, 2013).

Incidência e características dos casos de Hanseníase diagnosticados em Cascavel/PR no ano de 2015

Gráfico 1 - Coeficiente de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes segundo regiões geográficas do Brasil, 2003 – 2012



Fonte: Brasil (2013, p. 5)

O Grau de Incapacidade Física evidencia melhoria na atenção ao paciente de hanseníase. Reduzir em 13%, entre 2008 e 2015, o coeficiente de casos novos com grau 2, ou seja, redução de 1,37 por 100 mil habitantes em 2008, para 1,19 em 2015, foi meta estabelecida pelo Brasil. Em 2009 o índice foi de 1,22 por 100 mil habitantes. O grau de incapacidade é um importante indicador de detecção precoce, foi identificado em 7,7% de incaacidade grau2 nos casos novos de 2008, reduzindo para 7,2% em 2009 (OMS, 2016).

Em se tratando de percentual de cura o Brasil apresenta resultados regulares, segundo indicadores operacionais preconizados pelo Ministério da Saúde na portaria Nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010, com percentual de cura de 85,9%, já no estado do Paraná esse valor é de 87,1%. O percentual de cura é fundamental para o monitoramento da eficácia no tratamento e a efetividade dos serviços de saúde que assistem a esses pacientes. É fundamental persistir com as estratégias para se manter uma taxa de cura maior que 90%, Isso influencia não só nas taxas de incidência, como também diminui risco de recidivas e desenvolvimento de incapacidades físicas. (BRASIL, 2013).

A Cidade de Cascavel no estado do Paraná apresentava em 2003 uma taxa de detecção de novos casos de hanseníase de 1,96 e proporção de cura de 60% dos novos casos diagnosticados. (ESTADO DO PARANÁ, 2004). Ao passo que no ano de 2014, o coeficiente de detecção geral foi

de 4,5, coeficiente de prevalência de 0,5 e proporção de cura dos casos novos nas coortes de 95,7%, evidenciando uma melhora significativa nos números (ESTADO DO PARANÁ, 2015).

Por ser uma doença de evolução crônica, quando diagnosticada tarde pode gerar uma série de consequências ao paciente. Inicialmente ocorrem alterações de sensibilidade térmica: hiperestesia, hipoestesia, anestesia, nessa ordem. Com posterior perda progressiva da sensibilidade dolorosa e por último, tátil (LIMA, PRATA e MOREIRA, 2008).

Posto isso, viu-se a necessidade de estudar a situação dos casos de hanseníase na cidade de Cascavel-PR, bem como o grau de lesão dos pacientes no momento diagnóstico, evidenciando se os diagnósticos foram tardios, pois, quanto mais se demora a diagnosticar e iniciar o tratamento da doença, maiores serão as sequelas e incapacidades permanentes nesse paciente.

Diante do exposto, esse estudo pode contribuir para avaliar as ações de controle e diagnóstico da hanseníase no município, além de permitir uma avaliação mais detalhada das formas clínicas mais prevalentes na cidade e permitir uma atenção mais direcionada para a realidade do município, no que diz respeito à diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades.

O objetivo da pesquisa foi analisar e calcular a incidência de Hanseníase na cidade de Cascavel no ano de 2015 e descrever as características clínicas da doença nos pacientes diagnosticados nesse ano no município.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo, antes de ser realizado, foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa da FAG – Faculdade Assis Gurgacz está em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo dos dados de casos de Hanseníase diagnosticados na Cidade de Cascavel no ano de 2015, fornecidos pela Secretaria de Saúde de Cascavel, Departamento de Vigilância Epidemiológica (VIEP), por meio da análise de fichas de notificação/investigação de hanseníase do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Após a autorização formal da secretaria de saúde, obteve-se acesso às fichas de notificação/investigação de Hanseníase. No total foram analisadas 26 fichas de novos casos diagnosticados em 2015. Reentrada e casos diagnosticados no ano de 2014 e que não concluíram o tratamento foram excluídos da pesquisa.

Para cada paciente foram analisados os seguintes parâmetros: idade, sexo, presença de nervos periféricos espessados, número de lesões de pele, grau de incapacidade no momento do diagnóstico, resultado da bacilosкопia, forma multibacilar ou paucibacilar.

Após a coleta, foi realizado o cálculo da incidência de hanseníase em Cascavel e todos os dados dos pacientes foram analisados por meio de estatística descritiva. Os dados foram tablados e os gráficos confeccionados por meio do programa Microsoft Excel versão 2010.

3. RESULTADOS

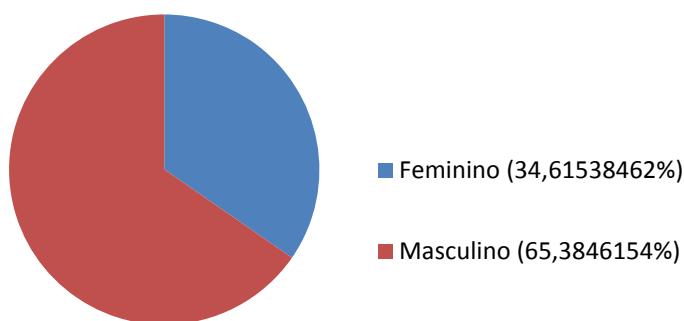
Foram analisadas um total de 26 fichas de notificação (somente casos novos diagnosticados em 2015) fornecidas pela Secretaria de Saúde de Cascavel, Departamento de Vigilância Epidemiológica (VIEP).

Com base nos dados populacionais fornecidos pela Prefeitura Municipal de Cascavel, a população estimada em 2015 era de 316.226 habitantes. A partir do cálculo da incidência temos um valor de incidência para a Hanseníase de 8,221 casos para cada 100.000 habitantes.

Em relação ao perfil dos pacientes e suas características clínicas no momento do diagnóstico tem-se que: 65,38% dos pacientes são homens (Gráfico 2) e a faixa etária predominante é de 30-59anos (80,76%) (Gráfico 3). Em relação às apresentações clínicas no momento do diagnóstico temos que 34,61% apresentaram lesões em nervos periféricos (Gráfico 4), 96,15% apresentaram lesões em pele (Gráfico 5) e 88,46% foram classificados como multibacilares enquanto 11,53% foram classificados como paucibacilares. (Gráfico 6).

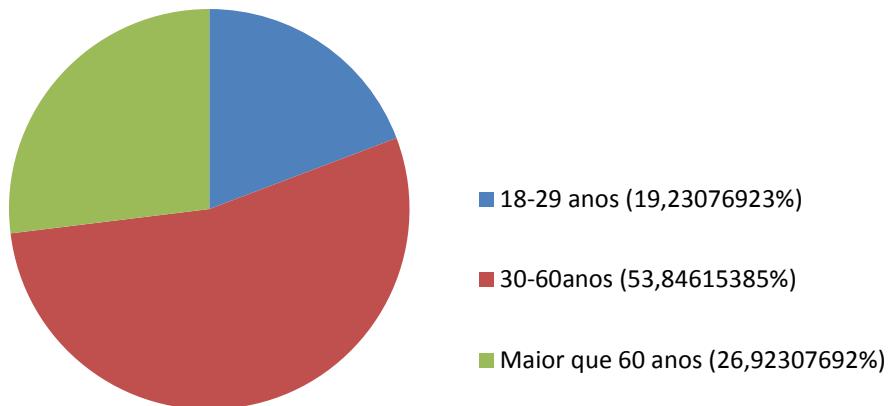
A respeito do grau de incapacidade no momento do diagnóstico: 57,69% apresentaram grau zero de incapacidade, 38,46% grau 1 e apenas 3,84 % apresentaram incapacidade grau dois (Gráfico 7).

Gráfico 2 – Sexo dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase no ano de 2015



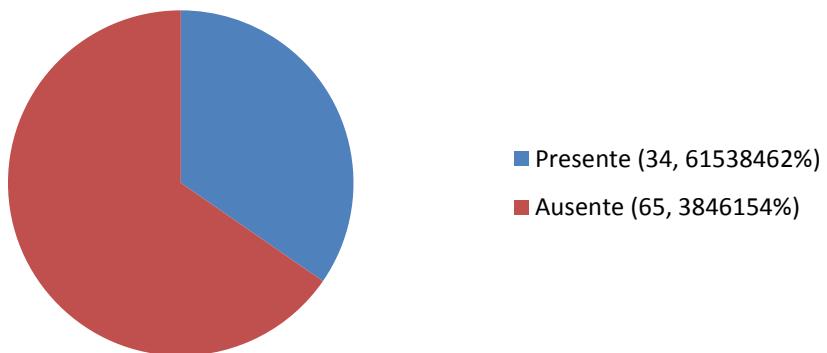
Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 3 – Faixa etária dos pacientes diagnosticados com Hanseníase na cidade de Cascavel em 2015.



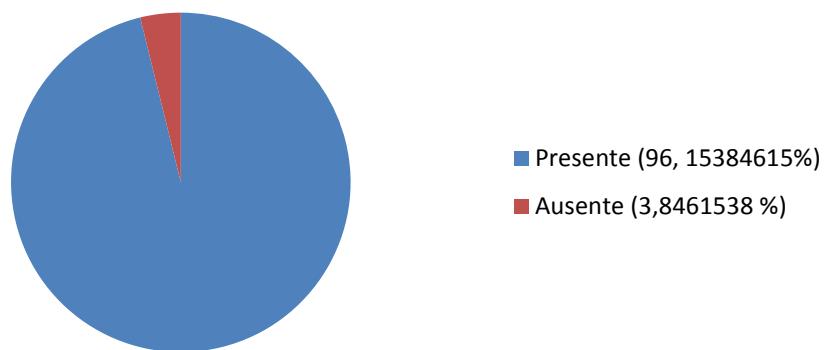
Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 4 – Lesão em Nervos Periféricos



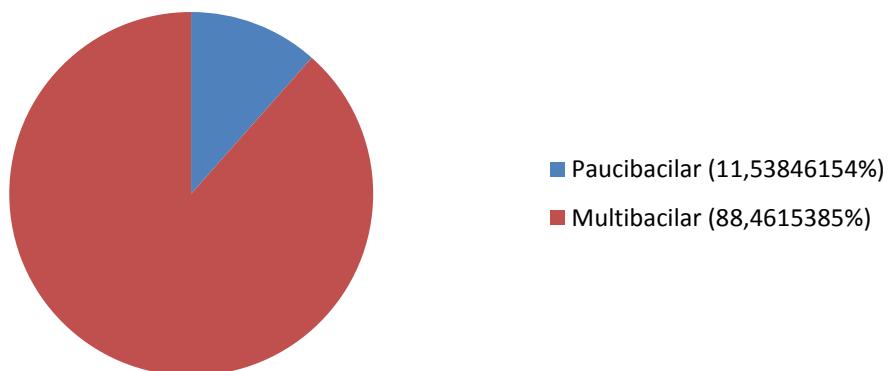
Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 5 – Lesões em pele



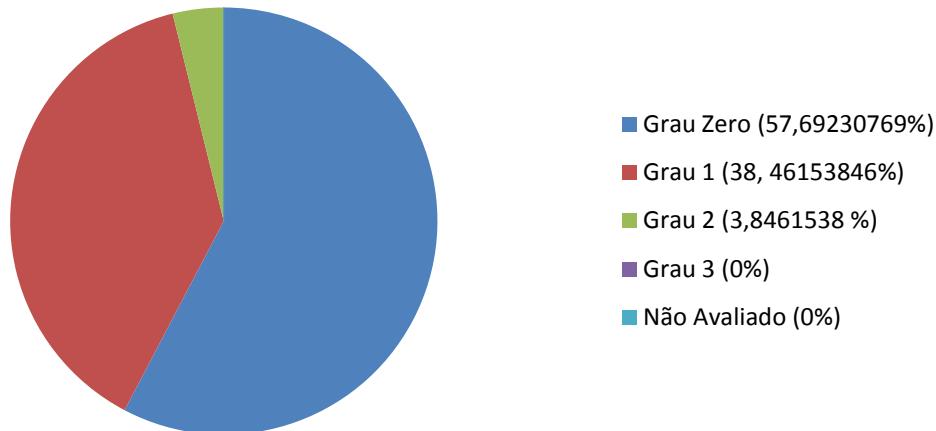
Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 6 – Classificação de acordo com a baciloscopy



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 7 – Grau de Incapacidades



Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A hanseníase ainda é uma doença com alta prevalência apesar dos avanços alcançados nos últimos anos e que necessita adequado monitoramento e avaliação dos indicadores. Para isso, são usadas taxas de prevalência e incidência (taxa de novos casos). Essa taxa é um indicador melhor da doença, pois não é afetada pela mudança dos determinantes da doença ou duração de tratamento. (LOCKWOOD , SUNEETHA, 2005).

É de suma importância, antes de tudo a definição de caso de Hanseníase. Esses critérios são baseados nos padrões adotados pelo Ministério da Saúde para orientar a vigilância epidemiológica da doença e seu controle (MS, 2005). Para o cálculo da taxa de detecção de novos casos de Hanseníase na população geral são usados os seguintes parâmetros para o cálculo: número de casos

novos confirmados de hanseníase multiplicados por 100.000 e como quociente tem-se o total da população residente no período determinado. No Brasil emprega-se a seguinte taxa de incidência de casos por 100 mil habitantes: baixa (menor que 2,00), média (2,00 a 9,99), alta (10,00 a 19,99), muito alta (20,00 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 40,00) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008). Na presente pesquisa logrou-se um total de 26 novos casos confirmados de Hanseníase no ano de 2015, sendo a população estimada nesse ano de 316.226 habitantes. A partir do cálculo preconizado obteve-se uma incidência de 8,221 casos para cada 100.000 habitantes. Com base na classificação adotada pelo Ministério da Saúde conclui-se que no ano de 2015 uma taxa de incidência considerada média (2,00 a 9,99). Ao comparar esse valor com os números de incidência de anos anteriores pode-se concluir que a cidade continua com uma taxa média de incidência. No ano de 2014 esse valor foi ainda menor (4,5 casos para cada 100.000 habitantes) (ESTADO DO PARANÁ, 2015). Esses números refletem os esforços das equipes de saúde e equipes de vigilância epidemiológica em melhorar os indicadores e chegar ao valor preconizado pela OMS. No entanto, muita ainda deve ser feito no que diz respeito ao diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento desses pacientes.

No tocante ao perfil dos pacientes diagnosticados com Hanseníase em Cascavel nota-se que 65,38% dos pacientes acometidos eram do sexo masculino. O predomínio de pacientes do sexo masculino encontrado na presente pesquisa é semelhante aos dados mais recentes disponíveis no DATASUS do ano de 2012 para o estado do Paraná, no qual aproximadamente 57,73% dos pacientes eram do sexo masculino (ESTADO DO PARANÁ, 2015). Vale salientar, no entanto, que essa não é uma doença que possui predileção por sexo (ALENCAR, 2008) e outros estudos podem ter variações nas proporções encontradas de homens e mulheres acometidos pela Hanseníase. Ainda sobre o perfil dos pacientes, foi constatado que há um predomínio de pacientes na faixa etária entre 30 e 59 anos (53,84% dos pacientes), enquanto a faixa etária de idosos (acima de 60anos) acometidos representa 26,92% dos casos. Pode se inferir a partir dos resultados que a maioria dos pacientes afetados faz parte da população economicamente ativa do município e isso reflete não apenas na questão da saúde, mas também na economia do município já que a doença é determinante de incapacidades que podem ser permanentes (OMS, 2010) e retirar esses pacientes de maneira definitiva do mercado de trabalho.

A respeito da clínica dos pacientes no momento do diagnóstico observou-se que a maioria dos pacientes apresentava lesões de pele no momento do diagnóstico (aproximadamente 96,15% dos pacientes) e cerca de 34,61% apresentavam espessamento em nervos periféricos. Sabe-se que o maior número de lesões de pele no momento do diagnóstico e o maior acometimento de nervos periféricos está relacionado não só ao diagnóstico mais tardio da doença como também a um

maior risco de desenvolvimento de incapacidades. Com a evolução da doença nervos ficam espessados e doloridos e ocorre perda da sensibilidade nos sítios inervados por eles, principalmente alterações oculares, em mãos e pés (BRASIL, 2002). Vale ressaltar que essas alterações em pele e nervos periféricos podem ser totalmente revertidos com o adequado tratamento poliquimioterápico.

Em relação à classificação dos pacientes com Hanseníase temos duas categorias: Paucibacilares (pacientes com boa imunidade e que abrigam poucos bacilos) e Multibacilares (pacientes com imunidade reduzida e que alberga muitos bacilos). Essa classificação é utilizada para fins de orientação de tratamento e avaliação dos indivíduos com maiores possibilidades de riscos futuros (OMS, 2010). Na presente pesquisa, a elevada porcentagem de pacientes multibacilares (88,46%) chama atenção para uma problemática. Os pacientes multibacilares são aqueles com maiores chances de apresentarem incapacidades, maior comprometimento da qualidade de vida e ocorrência de reações hansênicas, além de serem transmissores em potencial da doença, propagando o ciclo de infecção (OPROMOLLA, 2000). Por isso, faz-se necessária melhor estruturação da rede de atenção primária de modo a alcançar uma maior atenção das equipes de saúde em detectar precocemente deformidades e incapacidades nesses pacientes e instituir medidas de recuperação funcional e prevenção de maiores complicações. Ademais, é necessário atenção aos contactantes próximos desses pacientes, especialmente familiares a fim de se diagnosticar precocemente a infecção pelo bacilo.

A avaliação dos graus de incapacidade deve ser obrigatoriamente realizada no momento do diagnóstico, da alta e a cada seis meses de tratamento (BRASIL, 2002). Para a presente pesquisa foram relacionados dados apenas da avaliação da incapacidade no momento do diagnóstico da doença. Foi apurado que a maioria dos pacientes possuía grau zero de incapacidade no momento do diagnóstico. Essa tendência é seguida por outras pesquisas realizadas em outras regiões do Brasil (PINTO, MAIA, SILVA, MARBACK, 2011); (LIMA, SAUAIA, COSTA, NETO, FIGUEIREDO, 2010). Vale ressaltar que ausência de incapacidades no momento do diagnóstico não é sinônimo de ausência de probabilidade de desenvolvimento de incapacidades futuras. Por exemplo, pacientes multibacilares têm maiores chances de dano neural futuro, mesmo que no momento do diagnóstico não seja identificada nenhuma incapacidade (OMS, 2010). Em contrapartida, as incapacidades encontradas no momento do diagnóstico não são prognóstico definitivo, de modo que o tratamento poliquimioterápico associado a medidas de prevenção e reabilitação podem reverter algumas incapacidades (BRASIL, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento gerado por essa pesquisa no que diz respeito ao perfil epidemiológico da doença indica grandes avanços nos indicadores de controle dessa afecção desde a implantação pela OMS do plano de combate e controle a hanseníase que norteia as ações dos países na luta contra o Mal de Hansen.

A cidade de Cascavel tem conquistado ao longo dos anos melhorias em seus indicadores. No entanto, muito ainda tem que ser feito no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção primária da Hanseníase, além de melhor seguimento dos pacientes em tratamento, além de um incremento nas ações de vigilância em saúde. Ademais, a pesquisa permitiu uma análise mais detalhada das características e particularidades do perfil de pacientes e de suas incapacidades.

Novos estudos devem ser conduzidos de modo a continuar a avaliação e evolução dos indicadores da Hanseníase na cidade de Cascavel, pois somente dessa forma é possível compreender de maneira mais aprofundada e pontual a realidade do município. Assim pode-se desenvolver medidas de controle e manejo da doença voltadas para a realidade do município.

REFERÊNCIAS

ALENCAR C. H. M.; BARBOSA, J. C.; RAMOS, J. R. A. N.; ALENCAR, M. J. F.; PONTES, R. J. S.; CASTRO, C. G. J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Revista brasileira Enfermagem**. Nov, p.694-700, 2008.

ARAÚJO M.G., Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais: v.36, n.3, mai/jun, p373-382, 2003

BRASIL. **Guia para o Controle da Hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002.

_____. **Guia de vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

_____. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2008.

_____. **Portaria nº 3.125**, de 7.10.2010. Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Diário Oficial da União, 2010.

_____. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. v.44, nº 11, 2013.

ESTADO DO PARANÁ. **Boletim Epidemiológico.** Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde. Instituto de Saúde do Paraná, ano 7, n. 21, 2004.

_____. **Indicadores Epidemiológicos e Operacionais por Regional de Saúde/Municípios.** Secretaria de Estado de Saúde. Paraná. 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HANSENIASE_2014_1.pdf. Acesso em: 29/04/16.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Leprosy (part 1): review of the epidemiological, clinical and etiopathogenic aspects. **Anais Brasileiros de Dermatologia;** v.89, n.2 p205-218, 2014.

LANGUILLO, J.; CARAYON, A. Lésions cutanées. In: **Précis de léprologie.** 2. ed. Masson, Paris, p. 62-101, 1986.

LIMA, M. A. R.; PRATA, M. O.; MOREIRA, D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. **Com Ciência e Saúde**, v. 19, n.2, p. 163-170, 2008.

LIMA H. M. N.; SAUAIA, N.; DA COSTA, V. R. L.; NETO, T. C.; FIGUEIREDO, P. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Revista Brasileira de Clínica Médica.** v. 8, n. 4, p.323, 2010

LOCKWOOD, D. N.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health.** v. 83, n. 3, p. 230-5, 2005

MELLAGI, A. G.; MONTEIRO, Y. N. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase entre os ex-internos de asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **Revista História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro. 2008.

OLIVIER, H. R. On being diagnosed a 'leper': a paradigm of archetypal thinking. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v.81, n.11, p.1426-1432. 1988.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global Aprimorada para a Redução adicional da Carga de Hanseníase (2011-2015), diretrizes Operacionais (Atualizadas).** 2010.

_____. **OMS divulga Situação Mundial da Hanseníase.** 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477:oms-divulga-situacao-mundial-hansenias&Itemid=777; acesso em 05/05/2016.

OPROMOLLA, D. V. A. O. **Noções de Hansenologia.** Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista Saúde Pública.** v.45 p.195-203. 2011.

PINTO, R. A.; MAIA, H. F.; SILVA, M. A. F.; MARBACK, M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Pública Miolo**, v.34. n 4, p.906, 2011

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, p.40.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy situation, 2012**. Wkly Epidemiol Rec; v.87, p.317–28, 2012.