

Caráter clínico-epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena – MG e macrorregião no período de 2001 a 2010

Clinical-epidemiological character and degree of disability in patients with Hansen's disease in the municipality of Barbacena – MG and macro-region in the period from 2001 to 2010

Andrezza de Oliveira Mendes¹, Cíntia Elisa Gonçalves Costa¹, Rafaela de Castro Silva¹, Sophia Arantes Campos¹, Valessa Maria Gontijo Cunha¹, Gabriela de Castro Silva², Maria Celeste de Castro Silva³

DOI: 10.5935/2238-3182.20140140

RESUMO

Introdução: a hanseníase consiste em uma moléstia potencialmente incapacitante. É uma dermatose infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por manifestações neurológicas e cutâneas que podem induzir deformidades e mutilações. Apesar de curável, é importante problema de saúde pública, cuja prevalência tem aumentado. **Objetivo:** caracterizar clínica e epidemiologicamente a hanseníase na macrorregião de Barbacena-MG e determinar a frequência e os graus de incapacidade física dos hansenianos a partir de dados coletados em prontuários. **Método:** trata-se de estudo qualitativo baseado na descrição estatística dos prontuários examinados e comparação entre paucibacilar (PB) e multibacilar (MB), de corte transversal, de 114 prontuários de pacientes atendidos e registrados pelo SINAN. **Resultados:** entre os casos de hanseníase notificados, 79,8% eram MB e 20,2% PB, com idade média de 46,0 anos, predomínio masculino, forma clínica dimorfa, com zero a cinco lesões, grau de incapacidade física I e a maioria evoluiu para cura. Entre esses grupos citados houve significância estatística quando comparadas. **Conclusão:** são necessárias abordagens multidisciplinares do paciente hanseniano. A adesão ao tratamento combate o estigma social, reduz a incidência e minimiza o impacto da doença sobre a vida do indivíduo. **Palavras-chave:** Hanseníase; Hanseníase/epidemiologia; Hanseníase/prevenção e controle.

ABSTRACT

Introduction: Hansen's disease is potentially disabling. It is an infectious and contagious chronic dermatosis caused by *Mycobacterium leprae* characterized by neurologic and cutaneous manifestations that can induce deformities and mutilations. Although curable, it is an important public health problem with increasing prevalence. **Objective:** to epidemiologically and clinically characterize leprosy in the macro-region of Barbacena - MG and determine the frequency and degree of physical incapacity of leprosy patients based on data collected in medical records. **Method:** this was a qualitative study based on the statistical description of medical records examined, paucibacillary (PB) and multibacillary (MB) comparison, and cross-sectional evaluation of 114 medical records of patients tended and recorded at SINAN. **Results:** among the reported cases of leprosy, 79.8% were MB and 20.2% PB, with an average age of 46.0 years, of predominantly male patients, with the dimorphic clinical form, with zero to five lesions, physical disability grade I, and with most evolving to cure. Comparisons between these groups showed statistical significance. **Conclusion:** multidisciplinary approaches are needed for Hansen's disease patients. Adherence to treatment combat the social stigma, reduces the incidence, and minimizes disease impact on the individual's life. **Key words:** Leprosy; Leprosy/epidemiology; Leprosy/prevention & control.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG – Brasil.

² Médica. Barbacena, MG – Brasil.

³ Médica Dermatologista. Mestrado em Psicopedagogia da Educação. Professora titular de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG – Brasil.

Recebido em: 23/07/2013

Aprovado em: 22/10/2014

Instituição:

Faculdade de Medicina de Barbacena
Barbacena, MG – Brasil

Autor correspondente:

Gabriela de Castro Silva

E-mail: gabi_decastro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é doença potencialmente incapacitante. Trata-se de uma das enfermidades mais antigas, cujos primeiros casos ocorreram na Índia e África. É uma dermatose infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por sintomas neurológicos e alterações cutâneas que podem induzir deformidades e mutilações.^{1,2}

Apesar de curável, a hanseníase ainda é problema de saúde pública relevante, persistente como endemia em 15 países. Aproximadamente 94% dos casos conhecidos nas Américas e 94% dos casos novos diagnosticados são notificados pelo Brasil. Esse problema agrava-se pelo fato de a enfermidade estar historicamente associada a estigmas, o que mantém como representação social a ideia de doença mutilante e incurável, que prejudica a vida diária e as relações interpessoais, provoca sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico e é de grande impacto social e psicológico. Fazem-se, portanto, necessárias abordagens multidisciplinares do paciente, ações que visem não só à eliminação, mas também à prevenção de incapacidades, estímulo à adesão ao tratamento e combate ao estigma social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo.^{3,4}

A hanseníase é quase sempre insidiosa e assintomática, na ausência de episódios reacionais, o que explica, em muitos casos, o retardo do seu diagnóstico. Entretanto, por razões ainda não bem elucidadas, alguns pacientes apresentam um processo inflamatório subagudo - conhecido como estados reacionais - que agrava o quadro, quando não adequadamente tratado, por ocasionar deformidades permanentes. Muitos pacientes, que não têm conhecimento prévio de sua doença ou que não percebem as lesões cutâneas assintomáticas só procuram assistência médica quando esses episódios reacionais se tornam sintomáticos.⁵

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, foi proposta uma classificação para fins do controle da endemia e para a utilização dos medicamentos e esquemas terapêuticos. Os doentes são distribuídos em: a) paucibacilar (PB): baciloscopia negativa abrangendo os indeterminados tuberculoídes; b) multibacilar (MB): baciloscopia positiva com todos dimórficos virchowianos. Nessa classificação estão os diferentes graus de incapacidade, que são determinados a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés e têm seu resultado expresso em valores que variam de zero

a dois, que direcionará o tratamento e irá proporcionar assistência preventiva da doença.⁶

As evidências, vistas em várias partes do mundo, sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular, que é invariavelmente longo. Um problema mais frequente detectado pelos profissionais de saúde decorre do não seguimento do tratamento de forma regular e sistemática. A adesão terapêutica não é um comportamento fácil de ser incorporado na vida do paciente.⁷

O tratamento de hansenianos no Brasil é realizado quase completamente sob a supervisão restrita do Ministério da Saúde e é acompanhado pelo programa nacional de controle da hanseníase.

Todas as informações clínicas, epidemiológicas e terapêuticas da doença são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com o objetivo de propiciar o controle do tratamento de cada caso e o conhecimento de variações nas características dos pacientes e dos tratamentos. O estudo repetido das características desses pacientes é, portanto, desejável para detectarem-se mudanças nas manifestações da doença na população de hansenianos capazes de afetar o diagnóstico, tratamento, recuperação e prevenção da doença.

Apesar das informações terem sido coletadas de maneira padronizada para cada caso, tais estudos não são realizados com muita frequência no país. Em particular, ainda nenhum estudo foi realizado sobre os pacientes da macrorregião de Barbacena-MG, que compreende a população de 32 municípios em torno dessa cidade.

Do mesmo modo, investigações não haviam ainda sido realizadas sobre as relações da bacilaridade com algumas características clínicas e epidemiológicas dos pacientes para os casos de hanseníase detectados na mesma área.

Em virtude do exposto, no presente trabalho são apresentados os resultados de uma pesquisa sobre as características dos pacientes identificados na região mencionada e a verificação de possível relação entre a bacilaridade dos casos com algumas dessas características, mediante análise de prontuários do SINAN.

MÉTODO

Este é um estudo de corte transversal de período sobre as características clínicas e epidemiológicas dos hansenianos na macrorregião de Barbacena-MG entre 2001 e 2010 e sobre a relação da bacilaridade desses pacientes com conjunto selecionado de variáveis.

O estudo consiste na análise de prontuários eletrônicos dos casos de hanseníase registrados no SINAN na macrorregião de Barbacena-MG, no período mencionado e na utilização das informações retiradas dos prontuários para a descrição dos pacientes que participaram do estudo e comparação de características clínicas e epidemiológicas de pacientes multi e paucibacilares.

Para a realização da pesquisa foram retiradas dos prontuários as seguintes informações: ano da notificação, identificação do município, idade, sexo, raça, escolaridade, identificação do município de residência, zona, identificação ocupacional, número de lesões, forma clínica, grau de incapacidade física no diagnóstico, baciloscopia, esquema terapêutico inicial, contatos registrados, número de troncos nervosos acometidos, município atual, município de notificação atual, avaliação do grau de incapacidade, esquema terapêutico atual, doses recebidas dos medicamentos, número de contatos examinados e tipo de alta.

Para efeito de análise foram considerados pacientes PB e MB que apresentaram um dos dois diagnósticos no campo 35 do prontuário em questão. A análise dos dados foi realizada em microcomputador com o recurso de processamento estatístico do “software” STATA 9.2. As variáveis do estudo são as constantes do formulário mencionado.

O projeto da presente investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o seguinte número 832/2010.

RESULTADOS

Entre os casos de hanseníase notificados na macrorregião de Barbacena entre os anos de 2001 a 2010, foram recuperados e incluídos no estudo 114 prontuários. Entre estes, 42 (36,8%) eram residentes em Barbacena e 72 (63,2%) em outros municípios na macrorregião. Destes, 26 (29,5%) eram da zona rural e 62 (70,5%) da zona urbana. Pessoas do sexo feminino totalizaram na amostra 42 (36,8%), enquanto que 72 (63,2%) eram masculinos. Quanto à idade no momento do diagnóstico, 43 (37,7%) tinham entre sete e 40 anos de idade e 71 (62,3%) entre 41 e 83, sendo a idade média igual a 46,0 anos, com desvio-padrão (DP) igual a 16,3 anos. Referente à bacilaridade, 23 (20,2%) eram considerados no momento do diagnóstico PB e 91 (79,8%) eram MB. Do grupo estudado, 55 (53,9%) eram brancos, 11 (10,9%) negros e 36 (35,3%) pardos. No tocante à escolaridade, 50 (46,3%) eram semialfabetizados, 47 (43,5%) alfabetizados e ensino fundamental incompleto e 11 (10,2%) possuíam o

ensino fundamental completo e superior. Considerando a ocupação profissional, três (12,5%) eram pedreiros, 12 (50,0%) se enquadravam em serviço de manutenção e nove (37,5%) ocupavam outros serviços. Foram avaliados 66 (58,4%) no período de 2001 a 2005 e 47 (41,6%) de 2006 a 2010. A forma clínica de 12 (10,5%) era indeterminada, de 10 (8,8%) tuberculoide, de 57 (50,0%) dimorfa e de 35 (30,7%) virchowiana. Em relação ao número de lesões, 40 (36,0%) tinham zero a cinco, 38 (34,3%) seis a 10 e 33 (29,7%) 11 a 30 lesões. O número de troncos nervosos acometidos em oito (72,7%) era de um a dois e em três (27,3%) era de três a cinco. Destes, 35 (31%) possuíam grau 0; 54 (47,8%) tinham grau I; e 24 (21,2%), grau II. Encontrou-se também que 82 (75,2%) indivíduos estabeleceram zero a cinco contatos com hanseniano, 24 (22,0%) seis a 10 e três (2,8%) 11 a 20 contatos. O tratamento constituiu-se de 23 (20,2%) com esquema de PQT/PB/6 doses, 85 (74,6%) PQT/MB/12 doses e seis (5,2%) outros esquemas.

Os dados seguintes referem-se aos dados atuais dos pacientes, sendo que, destes, 16 (14,2%) residem em Barbacena e 97 (85,8%) na macrorregião. Quanto à bacilaridade, os resultados são semelhantes aos citados anteriormente. Na avaliação do grau de incapacidade física, 42 (42,9%) eram grau 0, 43 (43,9%) grau I, 10 (10,2%) grau II e três (3,0%) não foram avaliados. No esquema terapêutico, 22 (19,3%) estavam sendo tratados com PQT/PB/6 doses, 87 (76,3%) com PQT/MB/12 doses e cinco (4,4%) com outros esquemas.

A fim de melhor compreender as relações da bacilaridade dos pacientes com as demais variáveis do estudo representadas pelos campos do prontuário do SINAM, foram comparadas entre si PB e MB segundo a frequência e médias das categorias dessas variáveis. A Tabela 1 apresenta o resumo dessas comparações e os resultados dos testes de qui-quadrado e de Fisher (F) aplicados na aferição no significado estatístico.

Os dois grupos foram comparados também pelas médias do intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento. Os PBs apresentaram média de 3,4 dias com desvio-padrão de 8,5 e os MBs média de 3,5 e o desvio-padrão de 12,2. O teste de Fisher (F) da comparação foi igual a 0,00 e $p=0,953$. As idades dos pacientes dos dois grupos, no momento do diagnóstico, apresentaram para os PBs média de 39,1 e desvio-padrão de 18,6; e para os MBs média de 47,7 e desvio-padrão de 15,3. O teste F foi igual a 5,33 e $p=0,023$. Quanto à dose recebida de medicamentos, os PBs exibiram média de 5,8 e desvio-padrão de 0,5 e os MBs média de 10,2 e desvio-padrão de 3,0.

Tabela 1 - Frequências das categorias das variáveis de estudo exibidas por hansenianos Pauci e Multibacilares

Características Comparadas	Paucibacilar		Multibacilar		X ² /F	P
	N	%	N	%		
<i>Intervalo Diagnóstico – Tratamento</i>						
Mesmo dia	18	78,3	74	81,3	–	0,770
Mais de um dia	5	21,7	17	18,7		
<i>Intervalo Tratamento – Último comparecimento</i>						
Mesmo dia	2	8,7	14	15,4	–	0,520
Mais de um dia	21	91,3	77	84,6		
<i>Ano da Notificação</i>						
2001-2005	12	54,5	54	59,3	0,16	0,682
2006-2010	10	45,5	37	40,7		
<i>Identificação do Município</i>						
Barbacena	7	30,4	35	38,5	0,50	0,476
Outros	16	69,6	56	61,5		
<i>Idade</i>						
07-40	12	52,2	31	34,0	2,56	0,109
41-83	11	47,8	60	66,0		
<i>Sexo</i>						
Feminino	12	52,2	30	32,9	2,91	0,088
Masculino	11	47,8	61	67,1		
<i>Raça</i>						
Branco	10	47,6	45	55,6	–	0,351
Negro	4	19,1	7	8,6		
Pardo	7	33,3	29	35,8		
<i>Escolaridade</i>						
Semialfabetizado	13	61,9	37	42,5	–	0,104
Alfabetizado e fundamental incompleto	5	23,8	42	48,3		
Fundamental completo e superior	3	14,3	8	9,2		
<i>Identificação de município de residência</i>						
Barbacena	3	13,0	13	14,3	–	1,000
Outros	20	87,0	78	85,7		
<i>Zona</i>						
Rural	5	23,8	21	31,3	0,43	0,509
Urbana	16	76,2	46	68,7		
<i>Identificação Ocupacional</i>						
Pedreiro	0	0,0	3	17,6	–	0,685
Serviço de manutenção	4	57,1	8	47,0		
Outros	3	42,8	6	35,2		
<i>Número de lesões</i>						
0-5	20	90,9	20	22,4	35,8	<0,001
6-10	1	4,5	37	41,5		
11-30	1	4,5	32	35,9		
<i>Forma Clínica</i>						
Indeterminada	12	52,1	0	0,0	–	<0,001
Tuberculoide	10	43,4	0	0,0		
Dimorfa	1	4,3	56	61,5		
Virchowiana	0	0,0	35	38,5		

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Frequências das categorias das variáveis de estudo exibidas por hansenianos Pauci e Multibacilares

Características Comparadas	Paucibacilar		Multibacilar		X ² /F	P
	N	%	N	%		
Grau de incapacidade física no diagnóstico						
Grau 0	13	56,5	22	24,4		
Grau I	8	34,7	46	51,1	–	0,013
Grau II	2	8,7	22	24,4		
Baciloscopia						
Positiva	0	0,0	6	42,8		
Negativa	0	0,0	2	14,3	–	1,000
Não realizada	1	100,0	6	42,8		
Esquema Terapêutico Inicial						
PQT-6 doses	23	100,0	0	0,0		
PQT-12 doses	0	0,0	85	93,4	–	<0,001
Outros esquemas	0	0,0	6	6,6		
Contatos registrados						
0-5	14	60,8	68	79,0		
6-10	8	34,7	16	18,6	–	0,127
11-20	1	4,3	2	2,4		
Número de troncos nervosos acometidos						
1-2	1	100,0	7	70,0	–	1,000
3-5	0	0,0	3	30,0		
Município Atual						
Barbacena	7	30,4	35	38,5	–	1,000
Outros	16	69,6	56	61,5		
Município de Notificação Atual						
Barbacena	3	13,0	13	14,4	0,002	0,863
Outros	20	87,0	77	85,6		
Avaliação Atual do Grau de Incapacidade						
Grau 0	14	63,6	28	36,8		
Grau I	7	31,8	36	47,3	–	0,172
Grau II	1	4,5	9	11,8		
Não avaliado	0	0,0	3	3,9		
Esquema Terapêutico Atual						
PQT- 6 doses	22	95,7	0	0,0		
PQT-12 doses	1	4,3	86	94,5	–	<0,001
Outros esquemas	0	0,0	5	5,5		
Doses recebidas de medicamentos						
Até 10	13	100,0	11	23,4	24,89	<0,001
Mais que 10	0	0,0	36	76,6		
Número de contatos examinados						
0-5	17	77,3	82	93,2		
6-10	4	18,2	5	5,7	–	0,072
11-20	1	4,5	1	1,1		
Tipo de Alta						
Cura	22	100,0	72	82,8	–	0,038
Outros	0	0,0	15	17,2		

O teste Kruskal Wallis (H) foi igual a 15,529 e $p=0,001$. No grupo de lesões, a média dos PBs foi de 2,6 lesões e $DP=4,0$; e dos MBs média de 9,6 lesões e $DP=7,2$. O teste H foi de 22,046 e $p=0,0001$. Entre os contatos registrados, os PBs tiveram média de 4,1 e DP de 3,9 e os MBs média de 3,3 e $DP=2,3$. O teste H foi de 0,372 e $p=0,5419$. Os PBs apresentaram média de 2,0 e $DP=0,0$ de número de troncos nervosos acometidos e os MB média de 2,4 e $DP=0,9$. O teste H foi igual a 0,14 e $p=0,713$.

DISCUSSÃO

Neste trabalho foram estudados pouco menos de 120 prontuários de hansenianos, o que corresponde a pequena amostra de hansenianos do país ou mesmo do estado de Minas Gerais. Essa quantidade de prontuários, entretanto, corresponde à totalidade dos prontuários da macrorregião na cidade de Barbacena-MG entre 2001 e 2010. As informações contidas foram, contudo, suficientes para retratar as características clínicas e epidemiológicas desses pacientes e como são tratados no estado.

No trabalho foram utilizados os prontuários digitalizados do SINAN disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Esses registros foram produzidos mediante transcrição de dados dos atendimentos efetuados por grande quantidade de pessoas sobre as quais os autores não exercem qualquer controle. Em vista disso, a qualidade dos dados é bastante satisfatória, posto que a busca de inconsistência e erros não detectou qualquer problema que pudesse comprometer a análise aqui apresentada.

No conjunto dos prontuários examinados predominaram residentes em outros municípios que não Barbacena-MG; da zona urbana; masculinos; entre 41 e 83 anos de idade, com média geral de 46 anos; semialfabetizados; prestadores de serviços de manutenção; com maior prevalência durante os anos de 2001 a 2005; forma clínica dimorfa e número de lesões entre zero e cinco, com troncos nervosos acometidos entre I e II, grau I de incapacidade física; número de contatos de indivíduos com hansenianos de zero a cinco; e tratados com PQT/MB/12 doses. Em relação ao intervalo diagnóstico-tratamento, os MBs tiveram em torno de 80% o diagnóstico realizado no mesmo dia, com média de cerca de três dias; e os PBs demoraram mais de um dia para terem o diagnóstico e apresentaram média semelhante à dos MBs.

O intervalo entre o tratamento e o último comparecimento foi mais de 90% entre os PBs, com duração

de mais de um dia. Entre os MBs, quase 15% tiveram esse intervalo igual a zero. Segundo os anos das notificações dos casos, os MBs foram superiores aos PBs durante os anos de 2001-2005, quando totalizaram quase 60% dos casos, enquanto que no período 2006-2010 os PBs foram mais prevalentes, totalizando quase 46%. Os PBs foram mais prevalentes em municípios que não Barbacena-MG, cerca de quase 70%, e em Barbacena-MG a prevalência foi maior dos MBs, 38%. Pessoas do sexo feminino tiveram maior prevalência no grupo dos PBs quando totalizaram pouco mais de 52%, enquanto que no sexo masculino a predominância foi de MBs com 67%. Indivíduos da raça branca e parda apresentaram a forma MB como a mais prevalente, cerca de 90%; já negros tiveram maior prevalência entre os PBs, no qual totalizaram em torno de 19%. Os pacientes semialfabetizados e com curso fundamental completo e superior foram expressivamente mais numerosos entre os PBs, aproximadamente 76%, sendo que os alfabetizados e com curso fundamental incompleto prevaleceram entre os MBs, 48%. Os hansenianos residentes em Barbacena-MG foram superiores entre os MBs, 14%, e em outros municípios 87% prevaleceram entre os PBs. A zona urbana contou com 76% de PBs, enquanto que a zona rural teve sua prevalência entre os MBs, 31%.

Prestação de serviço de manutenção foi a ocupação preponderante entre os PBs, 57%, sendo as outras profissões inexpressivas ou não registradas. Em relação ao número de lesões, os PBs apresentaram média total em torno de três lesões, sendo 90% de zero a cinco acometimentos, e os MBs obtiveram média de quase 10 lesões, totalizando 76% de seis a 30 lesões. As formas clínicas indeterminada e tuberculoide foram prevalentes entre os PBs e a dimorfa e virchowiana foram superiores no grupo dos MBs. Entre os PBs, a baciloscopia não foi realizada em todo o grupo; já entre os MBs houve igualdade entre o resultado positivo e a não realização do teste. O esquema terapêutico inicial adotado teve a totalidade dos PBs tratados com PQT-6 doses, enquanto que mais de 90% dos MBs necessitaram de 12 doses. Entre os contatos de indivíduos com o hanseniano, os MBs apresentaram média de três, sendo cerca de 80% contatos de zero a cinco, e a média entre os PBs foi de quatro, totalizando quase 40% contatos de seis a 20. Quanto ao número de troncos nervosos acometidos, seja entre os PBs ou entre os MBs, a maioria teve entre um e dois troncos acometidos - 100% nos PBs e 70% nos MBs.

O município e o local de notificações atuais predominantes foram de Barbacena-MG entre os MBs e

outros municípios entre os PBs. Quando avaliados novamente, o grau de incapacidade física sugeriu, em relação ao grau 0, predominância dos PBs, cerca de 60%. Já nos graus I, II a maioria era MB e os pacientes não avaliados foram pouco expressivos, não totalizando nem 4% entre os MBs. O esquema terapêutico atual demonstrou pequena alteração em relação ao anteriormente estabelecido, portanto, a maioria dos PBs manteve-se no PQT-6 doses, cerca de 95%, e os MBs mantiveram-se, em sua maioria, cerca de 94% no PQT-12 doses. Entre as doses recebidas de medicamentos, a totalidade dos pacientes PBs recebeu até 10 doses, com média de 5,8 doses; e a maioria dos MBs, cerca de 76% receberam mais de 10 doses, com média de 10,2 doses. O número de contatos próximos do hanseniano que compareceram ao consultório para serem examinados foram de zero a cinco, maioria entre os MBs, que somaram cerca de 90%. Entre os PBs prevaleceram seis a 20 contatos examinados, totalizando 22%. O tipo de alta teve a cura em todos os pacientes PBs e, embora entre os MBs a maioria tenha sido curada, quando comparados com os PBs a não cura foi de mais de 17% entre os MBs. Quanto à bacilaridade, os MBs foram expressivamente superiores aos PBs no momento do diagnóstico. Os MBs totalizaram quase 80% do grupo estudado, enquanto os PBs não foram superiores a 21%.

A comparação de pacientes PB e MB quanto à idade dos doentes no diagnóstico mostra que a proporção de pacientes entre sete e 40 anos é maior entre os PBs que entre os MBs. As idades médias dos dois grupos mostram também que os PBs são mais novos que os MBs aproximadamente oito anos. As diferenças entre os dois grupos neste quesito são significativas do ponto de vista estatístico. Este resultado sugere que a paucibacilaridade está relacionada a pacientes mais novos. Estudo semelhante encontrou a mesma relação, embora para outro estudo tal fato tenha sido definido para pacientes mais idosos (acima de 80 anos). O motivo da aparente relação da bacilaridade com a idade e do predomínio dos PBs mais novos e MBs mais idosos pode estar relacionado à variação da imunidade com o passar dos anos. Essa interpretação é consistente com a constatação de que a capacidade de resposta imunitária de alguns indivíduos é reduzida com o passar dos anos.^{8,9}

Quando comparados quanto ao número de lesões, os que apresentaram zero a cinco tiveram maioria expressiva entre os PBs na comparação com os MBs. Por isso a média dos dois grupos mostra que os MBs são

superiores aos PBs em aproximadamente sete lesões. As diferenças entre os dois grupos nesse item são significativas do ponto de vista estatístico, o que sugere que os MBs têm mais lesões. Em outro delineamento também houve predomínio da ocorrência de poucas lesões entre os PBs, porém no seu grupo estudado a maioria dos MBs não exibiu lesão. A possível relação entre a bacilaridade e o número de lesões está na patogenicidade do bacilo. Sendo assim, poucos bacilos encontrados no organismo (PB) resultariam em menor número de lesões enquanto que naqueles indivíduos em que foram encontrados muito bacilos (MB) o acometimento de lesões seria maior.¹⁰

Ao analisar a forma clínica da doença no grupo dos PBs, prevaleceram as formas indeterminada e tuberculóide. Já no grupo dos MBs as formas dimorfa e virchowiana foram as mais encontradas. Essa comparação pode demonstrar significância estatística. O resultado encontrado foi o mesmo em sua amostra. O motivo desses resultados foi o esperado, pois segundo a classificação atual da hanseníase pela OMS os PBs são aqueles doentes com baciloscopia negativa e que abrangem todos os indeterminados e tuberculóides; já os MBs são pacientes com baciloscopia positiva, que abrangem todos dimorfos e virchowianos.^{10,11}

Em relação ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, os PBs apresentaram grau 0 em sua maioria na comparação com os MBs, que mostraram predominância nos graus I e II. Tal diferença entre os grupos sugere significância estatística. A reduzida incapacidade física encontrada entre os PBs e o maior acometimento da doença entre os MBs também foram registrados. A suposta relação entre a bacilaridade e a incapacidade física gerada pela doença sugere que quanto mais bacilos encontrados, mais grave a moléstia e mais incapacitante a sua manifestação, devido à baixa resistência do paciente, o que propicia a disseminação dos bacilos.¹²

O esquema terapêutico sugeriu que ao se comparar o PQT-6 doses com PQT-12 doses, no grupo dos PBs a maioria adotou o esquema de pouca duração, já entre os MBs o esquema adotado foi de 12 doses. As diferenças entre os dois grupos neste quesito são significativas do ponto de vista estatístico. Em outro estudo, tal resultado é relevante, porém não se pode negar que muitos profissionais de saúde cometem falha terapêutica ao classificarem erroneamente o paciente como MB, devido muitas vezes à inacessibilidade aos exames laboratoriais. Tal erro implica tratamento muito mais prolongado do que o necessário, o que gera

mais exposição do paciente e onera o sistema. Esse resultado revela, ainda, que os profissionais não são totalmente capazes de diferenciar os PBs dos MBs. O esquema terapêutico, segundo o estudo, foi adotado de maneira correta pela maioria dos pacientes, o que resultou em mais sucesso no tratamento.¹³

Quanto ao número de doses recebidas de medicamentos, todos os PBs foram tratados com até 10 doses, enquanto que entre os MBs a maioria recebeu mais de 10 doses. As médias dos dois grupos sugerem que os MBs apresentam média superior aos PBs em cerca de quatro doses. As diferenças entre os dois grupos neste quesito são significativas do ponto de vista estatístico. Em outro delineamento, o resultado foi semelhante. O motivo de maior quantidade de dose entre os MBs já era esperado, justificado pelo esquema terapêutico ideal ser de seis e 12 doses para os PBs e MBs, respectivamente.¹⁴

O tipo de alta teve a cura na totalidade dos PBs e maioria expressiva nos MBs. Tal comparação demonstrou possível significância estatística. Em outro estudo, a maioria dos pacientes, tanto PB quanto MB, que iniciaram o tratamento com a poliquimioterapia também evoluiu para cura. O motivo de tal resultado justifica o esquema terapêutico adotado de forma correta, como relatado anteriormente. Embora em outros trabalhos o abandono do tratamento seja até mesmo expressivo, o mesmo não ocorreu no presente estudo, provavelmente justificado pela possibilidade de um tratamento mais eficaz, racional e com duração limitada, o que favorece a maior adesão e conclusão terapêutica.⁸

PB e MB foram comparados também quanto ao intervalo de tempo entre diagnóstico-tratamento, tratamento-último comparecimento, ano da notificação, identificação do município, sexo, raça, escolaridade, zona, identificação ocupacional, baciloscopia, contatos registrados, número de troncos nervosos acometidos, município atual, município de notificação atual, avaliação atual do grau de incapacidade física e número de contatos examinados. Nessas comparações não se detectaram diferenças importantes entre as proporções e as médias comparadas. Em todas essas comparações, os testes apresentaram $p > 0,05$. Esses resultados sugerem não haver relações importantes entre a bacilaridade e cada uma das variáveis mencionadas. O predomínio de pacientes de outros municípios resulta possivelmente da diferença do tamanho de Barbacena quando comparada ao restante da região, posto que a população de Barbacena corresponde a menos de 1/5 da população inteira estudada.

No presente trabalho não foi possível demonstrar relação entre a bacilaridade e o sexo. Outros autores mostraram em sua série possível relação entre PB e o sexo feminino, apesar das diferenças entre as proporções de homens e mulheres PB e MB situarem-se no limite da significância.¹⁰

Raça, escolaridade, zona e identificação ocupacional não foram estatisticamente significantes nem foram encontradas na literatura consultada qualquer referência às variáveis mencionadas quanto à bacilaridade. Porém, para outros estudos essas variáveis foram significativas estatisticamente, embora não tenham sido comparadas entre PB e MB.^{9,10}

Quanto às características como baciloscopia, número de troncos nervosos acometidos e avaliação atual do grau de incapacidade física, o grupo avaliado parece corresponder aos grupos de hansenianos do resto do país. A semelhança desse grupo com os estudados confirma essa impressão.^{10,15}

O número de contatos registrados e examinados não teve significância estatística nesse estudo nem foram encontradas na literatura consultada qualquer referência em relação às variáveis mencionadas.^{16,17}

Diante do exposto, os autores inferem que a forma PB está associada a baixa idade, sexo feminino, raça branca, semialfabetizados, residentes de outros municípios que não Barbacena, zona urbana, ocupação atual de serviços de manutenção, zero a cinco lesões da doença, forma clínica indeterminada e tuberculoide, grau 0 de incapacidade física no diagnóstico, baciloscopia não realizada, esquema terapêutico inicial PQT-6 doses, seis a 10 contatos registrados, um a dois troncos nervosos acometidos, até 10 doses recebidas de medicamentos, até cinco contatos examinados e cura na totalidade dos pacientes. Quando avaliados novamente para município, notificação, grau de incapacidade e esquema terapêutico, apresentaram os mesmos resultados. A forma MB associou-se aos mais velhos, sexo masculino, raça branca, alfabetizados-fundamental incompleto, outros municípios que não Barbacena, serviços de manutenção, seis a 10 lesões, forma clínica dimorfa e virchowiana, grau I e II de incapacidade física, esquema terapêutico inicial PQT-12 doses, zero a cinco contatos registrados, um a dois troncos nervosos acometidos, mais de 10 doses recebidas, zero a cinco contatos examinados e maioria dos pacientes curados. Na reavaliação, não houve mudança nos resultados do município, notificação, grau de incapacidade e esquema terapêutico.¹⁸⁻²⁰

REFERÊNCIAS

1. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. *Rev Latino-Am Enferm.* 2008; 16(6):993-7.
2. Castro RNC, Veloso TC, Matos Filho LJS, Coelho LC, Pinto LB, Castro AMNC. Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidos ao Dermatology quality life index em centro de referência e unidades Básicas de saúde de São Luis, MA. *Rev Bras Clin Med.* 2009; 7:390-2.
3. Araujo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003; 36(3):373-82.
4. Martins BD, Torres FN, Oliveira MLWDR. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology life quality index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An Bras Dermatol.* 2008; 83(1):39-43.
5. Costa MS, Gallo MEN, Nery JAC, Benchimol E. Avaliação oftalmológica em hanseníase multibacilar. *Arq Bras Oftalmol.* 1999; 62(6):701-3.
6. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15(6):1125-30.
7. Oliveira MLW, Cavalière FAM, Maceira JMP, Bühner-Sékula S. O uso da sorologia como ferramenta adicional no apoio ao diagnóstico de casos difíceis de hanseníase multibacilar: lições de uma unidade de referência. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(2):27-33.
8. Paes ALV, Santos HV, Borges MMG, Penha PGC. Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hanseníase. *Rev Para Med.* 2011; 40(2):10-23.
9. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000-2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 43(1):62-7.
10. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001-2007. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011; 44(1):79-84.
11. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia.* 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
12. Corrêa CMJ, Ivo ML, Honer MR. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. *Hansen Int.* 2006; 31(2):21-8.
13. Barreto JA, Nogueira MES, Diorio SM, Sékula SB. Sorologia rápida para hanseníase (Teste ML Flow) em pacientes dimorfos classificados como paucibacilares pelo número de lesões cutâneas: uma ferramenta útil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(supl II):45-7.
14. Borges E, Gallo MEN, Alvim MFS, Bittencourt E. Determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados. *Cad Saúde Pública.* 1987; 3(3):266-71.
15. Teixeira MAG, Silveira VM, França ER. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansenianas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na cidade de Recife, estado de Pernambuco. *Rev Soc Bras Med.* 2010; 43(3):287-92.
16. Pimentel MIF, Borges E, Sarno EM, Nery JAC, Gonçalves RR. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. *An Bras Dermatol.* 2003; 78(5):561-8.
17. Bernardes CA, Santos AF, Padovani CTJ, Santos LF, Hans Filho G. Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. *Hansen Int.* 2009; 34(1):17-25.
18. Alencar CHM, Barbosa JC, Jr ANR, Alencar MJF, Pontes RJS, Castro CGJ, Heukelbach J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev Bras Enferm.* 2008; 61:694-700.
19. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CME. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(5):464-9.
20. Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HA, Pena GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005; 80(3):283-8.