

Adehilde Maria Santos Kessels¹
 Clodis Maria Tavares²
 Tâmyssa Simões dos Santos³
 Karen da Silva Santos⁴
 Lucyo Wagner Torres de Carvalho⁵
 Josefa Cláudia Gomes Figueiredo⁶

SÉRIE HISTÓRICA DOS CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Historical series of leprosy cases in under 15 years in a state in northeastern Brazil

RESUMO

Objetivo: Analisar a série histórica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos em Alagoas, no período de 1995 a 2013. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados secundários a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As análises foram trabalhadas através do programa estatístico Bioestat 5.0 e utilizado o Teste estatístico Qui-Quadrado. **Resultados:** Foram notificados 534 casos de hanseníase em menores de 15 anos, sendo, a maioria do sexo feminino (53,74%). Os dados nos revelam que em 1995 o coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos foi de 2,31 por 100.000/hab, ao comparar com o ano de 2003 foi encontrado um coeficiente de 4,1 por 100.000/hab, após este período pode ser visto oscilações na detecção dos casos, e em 2008 houve uma queda significativa para 2,0 por 100.000/hab. Ao relacionar o percentual das formas clínicas, mereceu destaque a forma tuberculóide com 35%. **Conclusões:** As crianças e adolescentes com hanseníase constituem

Kessels AMS, Tavares CM, Santos TS, Santos KS, Carvalho LWT, Figueiredo JCG. Série histórica dos casos de Hanseníase em menores de 15 anos em um estado do nordeste brasileiro. *Hansen Int.* 2016; 41 (1-2): p. 4-13.

um grupo significativo na cadeia epidemiológica, visto que, os contatos intradomiciliares representam um rol importante no desenvolvimento da doença.

Palavras-chave: Hanseníase; Saúde Pública; Epidemiologia; Sistemas de Informação.

ABSTRACT

Objective: To analyze the historical series of leprosy or Hansen's disease cases in children under 15 years

Artigo submetido em 19/07/2016

Aprovado em 07/06/2017

- 1 Mestre em Saúde da Criança Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Vinculada a Secretaria Estadual de Saúde - SESAU.
- 2 Doutora em Ciências – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas.
- 3 Mestre em Educação em Ciências da Saúde - Instituto Universitário Italiano de Rosário, Argentina. Professora titular do Centro Universitário Maurício de Nassau.
- 4 Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências da Educação pela Universidade de Limoges, França.
- 5 Professor titular da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-(UNCISAL).
- 6 Graduada em Enfermagem pela Universidade Integrada Tiradentes (UNIT). Especialização em Gestão em Saúde Pública. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Extensão, IBPEX. Vinculada a Secretaria Estadual de Saúde – SESAU.

of age in Alagoas, from 1995 to 2013. **Materials and Methods:** This is a descriptive study with a quantitative approach, with secondary data from the Information System on Diseases of Compulsory Declaration (SINAN), which were processed in the BioEstat Program and applied the Chi-Square statistical test. **Results:** 534 cases of leprosy were reported in children younger than 15 years of age, most of them female (53.74%). The data show that in the year of 1995, the coefficient of detection of leprosy in this age was 2,31 per 100.000/inhab, when comparing with 2003 a coefficient of 4,1 per 100,000/inhab was found. After this period, oscillations can occur in the cases detection, and in 2008 there was a significant drop to 2,0 per 100.000/inhab. When relating the percentage of clinical forms, the tuberculoid one stood out with 35%. **Conclusions:** Children and adolescents with leprosy are a significant group in the epidemiological chain, since household contacts play an important role in the disease development.

Keywords: Hansen's Disease; Public Health; Epidemiology; Information Systems.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo intracelular obrigatório com tropismo por células do sistema reticulo-endotelial (macrófagos de pele) e de células do sistema nervoso periférico (células de *Shwann*). O Mal de Hansen, compromete a pele, articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e devido também a seu poder imunogênico¹.

É uma doença de notificação compulsória em todo o país, sendo utilizado a ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que deve ser devidamente preenchida por profissionais de saúde capacitados através da Rede de Atenção Primária, unidades de saúde, onde a pessoa tenha sido diagnosticada. No ano de 2013, a OMS registrou a nível global 215.656 casos de hanseníase na população geral. No Brasil foram notificados 31.044 novos casos, com incidência de 15,44/100mil habitantes. Em relação aos indicadores de 2014, dados preliminares apontam que a taxa de detecção geral foi de 12,14 por 100 mil habitantes, correspondendo a 24.612 casos novos da doença no país, quanto ao número de pacientes em tratamento foi de 31.568, o que significa

uma prevalência de 1,56 casos por 10 mil habitantes. Na população menor de 15 anos houve registro de 1.793 casos².

Em Alagoas, a hanseníase é um relevante problema de saúde pública, com elevada detecção de casos diagnosticados tardiamente. Os casos se concentram em 12 municípios que respondem por 76% do total de casos notificados. Os dados da detecção em menores de 15 anos mostram uma tendência crescente nos últimos anos, indicando que o bacilo circula livremente e que a existência de doentes com alto poder infectante continua disseminando a doença³.

Em menores de 15 anos, os casos de hanseníase tendem a se concentrar na faixa etária entre 10 e 15 anos, tornando-se mais prevalente quanto maior a idade, sendo rara em menores de três anos. Os estados reacionais e as incapacidades são menos frequentes, mas, quando ocorrem surgem, geralmente, nas faixas de 10 a 15 anos⁴.

O diagnóstico da hanseníase é clínico e epidemiológico, realizado por meio da história de vida do paciente e pelo exame dermatoneurológico. Em crianças o diagnóstico deve ser criterioso, assim, o Ministério da Saúde (MS) preconiza o uso do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase (PCID) em Menores de 15 anos - PCID <15, para sistematizar a investigação, devido à dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade com fins diagnósticos nesta faixa etária⁵.

A Hanseníase é considerada de baixa letalidade, isto é, dificilmente leva à morte. No entanto, pode causar alterações sistêmicas nos órgãos e tecidos como a mucosa do trato respiratório alto, vísceras abdominais, linfonodos, medula óssea, testículos, músculos e ossos. Estudos expressam a relação de óbitos em pessoas que possuíam a hanseníase como causa básica, levantando a hipótese do falecimento estar relacionado aos estados reacionais, amiloidose secundária e reações ou efeitos adversos aos medicamentos⁶.

É considerada uma doença altamente incapacitante pelas lesões que provoca nos nervos, afetando a motricidade, deixando sequelas nas mãos, pés e olhos, tornando impossível a locomoção e o trabalho manual, podendo levar à cegueira. O indivíduo afetado apresenta dificuldades na execução das atividades da vida diária (AVDs), sem contar com o estigma social causado geralmente pelas próprias pessoas com quem convive tanto da família quanto do trabalho, estes tendem a isolá-lo, tornando-o marginalizado e inoperante para a sociedade⁷.

Diagnosticar crianças com hanseníase remete a presença de um potencial transmissor que não foi identificado, diagnosticado e devidamente tratado. Por isso,

torna-se um referencial importante avaliar os contatos extradomiciliares íntimos e, em segundo lugar, os vizinhos mais próximos. Quanto menor a criança, maior será o encontro de doenças nos contatos familiares⁴.

O encontro de casos de hanseníase em menores de 15 anos aponta para provável falha na vigilância epidemiológica de contatos de casos em adultos, notadamente nos menores de 10 anos. A literatura mundial é unânime em apontar que a detecção da doença em menores de quinze anos é um indicador de alta endemicidade da hanseníase⁸.

Com o apoio dos Programas Nacionais de Controle da Hanseníase (PNCH) e outros parceiros, a OMS desenvolveu a "Estratégia Global Aprimorada 2011-2015" que enfatizou a sustentação da atenção à saúde com serviços de qualidade e a redução da carga da Hanseníase não apenas através da detecção precoce dos casos novos, mas, também reduzindo a incapacidade, o estigma e discriminação, e a promoção da reabilitação social e econômica das pessoas afetadas. Esta estratégia preconizou a redução do número de casos com Grau de Incapacidade Física (GIF-2), estimulando os Programas de Controle a garantir o diagnóstico antes do progresso da doença para a incapacidade, e assegurou completa curada conduta terapêutica para todos os casos⁹.

A identificação de crianças <15 anos com hanseníase em uma determinada área caracteriza a presença de multibacilares com a doença recente e focos de transmissão ativos, elevando assim, a exposição do bacilo a população ali residente⁵.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de programas e estratégias de controle da hanseníase no intuito de focalizar e agilizar o diagnóstico em menores de 15 anos, sendo indicadores epidemiológicos relevantes em termos da sinalização e dinâmica da transmissão. Considera-se uma região de alta endemia quando o coeficiente de detecção em menores de 15 anos for acima 10 por 100.000 habitantes⁹.

Este estudo teve como objetivo analisar a série histórica dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos em Alagoas, no período de 1995 a 2013, pois, essa faixa etária "[...] mostra ser significativo para o PNCH, que vem utilizando a partir dos últimos três anos como um indicador prioritário para o monitoramento da doença [...]"⁹.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários a partir do Sistema de Informação de Agravos de No-

tificação (SINAN) específico para casos de hanseníase na faixa etária de menores de 15 anos, residentes no Estado de Alagoas, no período de 1995 a 2013. A base de dados foi obtida junto à Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretária de Estado da Saúde de Alagoas, mantendo-se a confiabilidade dos dados de identificação de cada caso.

O Estado de Alagoas, situado a leste da região nordeste, ocupa uma área territorial de 27.767.661 quilômetros quadrados. É formado por 102 municípios e de acordo com a Contagem Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2014, tem uma população de 3.321.730 habitantes¹⁰.

Para a avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais nesta população foram considerados os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde para o coeficiente de detecção em menores de 15 anos: baixo quando inferior a 0,50 por 100.000 habitantes; médio de 0,50 a 2,49 por 100.000 habitantes; alto de 2,50 a 4,99 por 100.000 habitantes; muito alto de 5,00 a 9,99 por 100.000 habitantes e hiperendêmico quando superior a 10,00 por 100.000 habitantes⁹.

Para avaliar o perfil da endemia no estado, foram utilizadas as variáveis preconizadas pelo Ministério da Saúde: (a) coeficiente anual de detecção de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 habitantes; (b) percentual de casos novos por sexo; (c) distribuição dos casos de hanseníase em menores 15 anos nos municípios alagoanos; (d) distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos por modo de entrada; (e) percentual de casos novos por forma clínica; (f) percentual dos contatos de hanseníase em menores de 15 anos avaliados; (g) percentual de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico e cura (Grau I- diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, nas mãos e /ou nos pés; Grau II- incapacidade ou deformidade nos olhos, nas mãos e/ou nos pés).

O processamento e a análise dos dados foram feitos a partir de um banco de dados copilados no Windows Excel e após processado no Programa Bioestat 5.0 e utilizado o Teste Qui-Quadrado. Os dados demográficos relativos à distribuição anual da população foram obtidos através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do DATASUS/MS.

RESULTADOS

No período de 1995 a 2013, foram notificados 534 casos de hanseníase em menores de 15 anos, sendo 53,74% do sexo feminino e 46,26% do masculino. Os bancos de dados do SINAN e da Secretaria Estadual

de Saúde de Alagoas (SESAU) foram primordiais para distribuição e relação dos dados.

Ao observar os coeficientes de detecção dos casos por 100.000/hab, verificou-se que os mesmos apresentaram-se de maneira divergente, de forma altamente significativa, durante o período de 1995 a 2013, ano a ano ($p < 0,0001$). Os dados nos revelam

que em 1995 o coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos foi de 2,31 por 100.000/hab, ao comparar com o ano de 2003 foi encontrado um coeficiente de 4,1 por 100.000/hab, após este período pode ser visto oscilações na detecção dos casos, e em 2008 houve uma queda significativa para 2,0 por 100.000/hab (Figura 1).

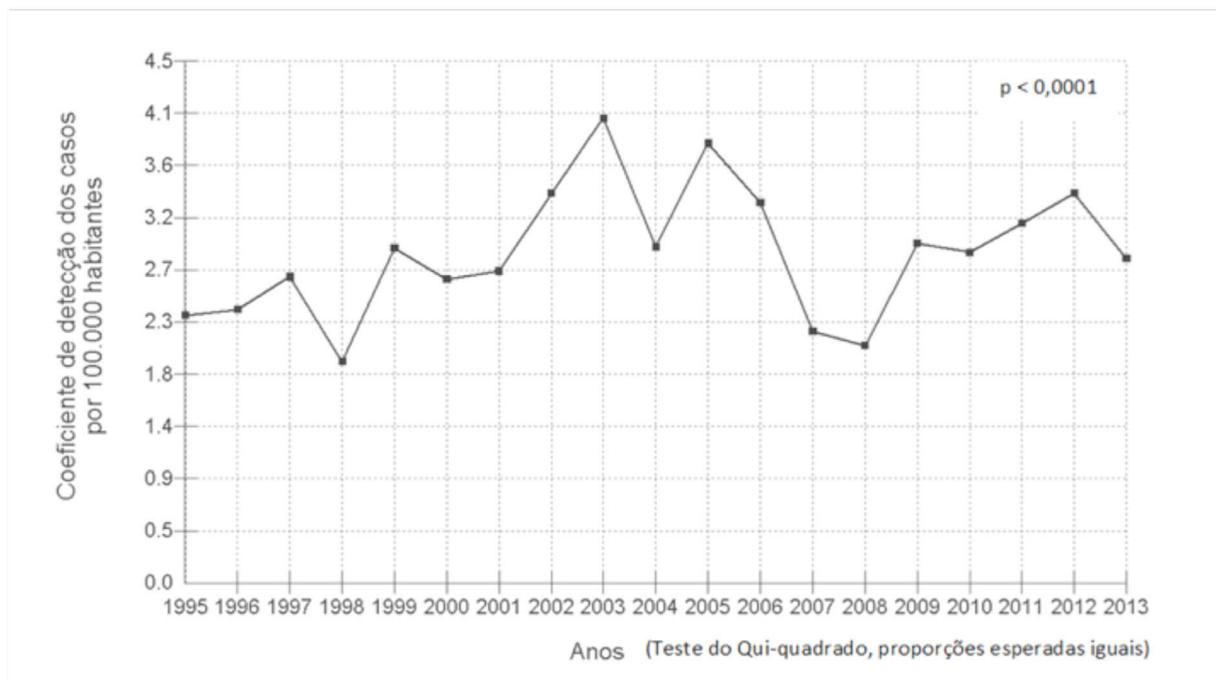


Figura 1. Coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos*. Alagoas - 1995 a 2013. Fonte: SINAN/SESAU/AL

Nota: *Coeficiente de detecção por 100.000 hab

Considerando a distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios alagoanos, identifica-se que 33,66% dos municípios relataram entre 1 a 10 casos, 27,63% entre 11 a 50 casos, 32,16% acima de 51 casos e 6,55% de um total de 102 municípios não relataram casos. A cidade de Maceió, capital de Alagoas foi o município responsável pelo total de 32,16%, 51 casos, de hanseníase em menores de 15 anos no período estudado.

No que concerne a Figura 2, verificou-se que houve relação significativa entre o modo de encaminhamento e os anos estudados ($p=0,0136$).

Desta forma, pode-se analisar que o modo de encaminhamento fez-se presente na maioria dos anos, sendo os anos de 2002e 2003os que detectaram o maior número de casos, 18 e 18, respectivamente. Na sequência, a demanda espontânea também mostrou-se significativa nos primeiros anos estudados, com uma tendência crescente. Chama a atenção, que o exame da coletividade e outros modos detectaram apresentaram o menor registro no decorrer dos anos.

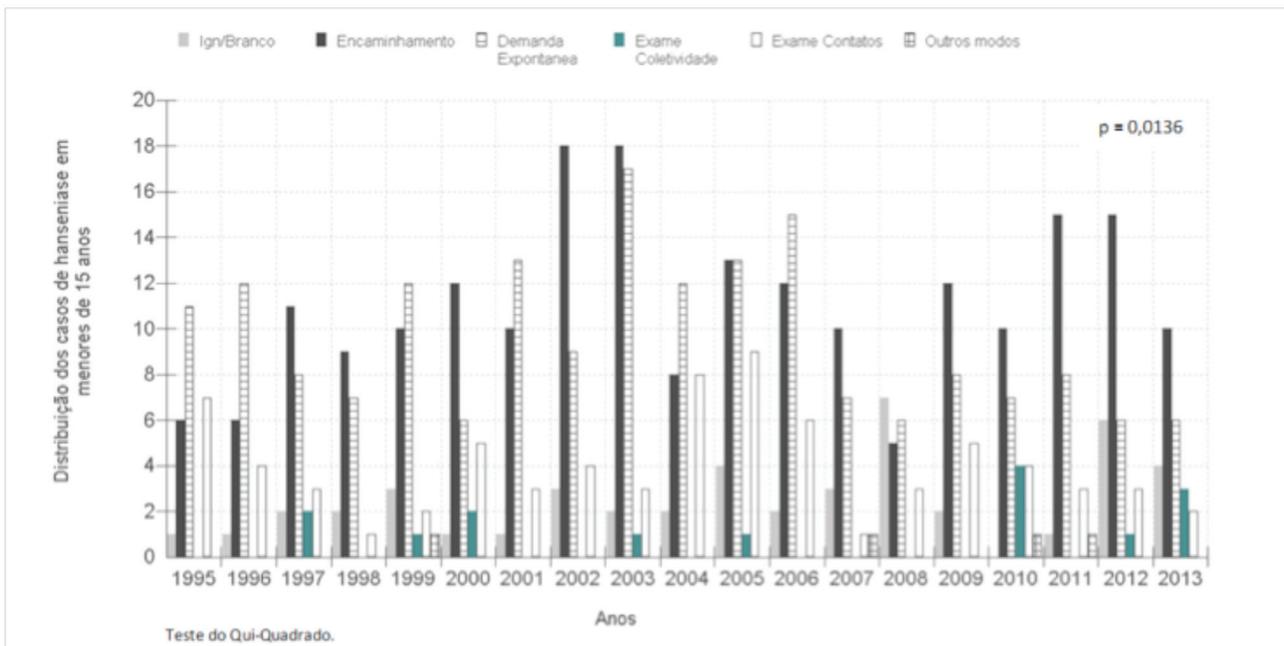


Figura 2. Distribuição dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por modo de entrada. Alagoas - 1995 a 2013. Fonte: SINAN/SESAU/AL

Ao relacionar o percentual das formas clínicas, merece destaque a forma tuberculóide com 35%, quanto ao percentual de não classificados e ignorados juntos somam 14%.

Na Figura 3, ao analisar os percentuais dos contatos de hanseníase em menores de 15 anos, observa-

-se uma oscilação significativa. Em 1995, a avaliação de contatos foi de apenas 48%, no entanto, o ano de 2013 obteve um resultado ainda menor, de 31%. O melhor índice de avaliação de contatos em toda a série histórica ocorreu em 2001 alcançando um percentual de 99%.

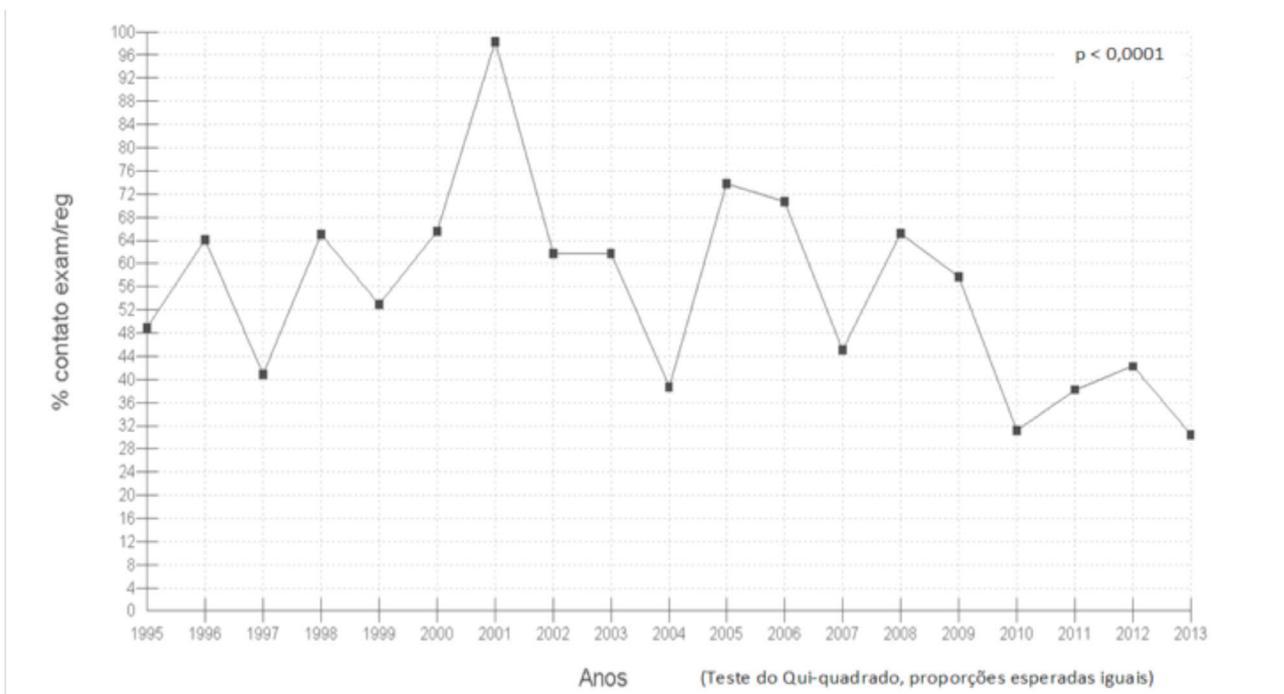


Figura 3. Percentual dos contatos de hanseníase em menores de 15 anos avaliados. Alagoas -1995 a 2013. Fonte: SINAN/SESAU/AL

Quanto ao Grau de incapacidades, foi analisado que no momento do diagnóstico 72,7% dos casos apresentaram grau zero, no entanto, no momento da alta apenas 47,4% possuíam grau zero, havendo uma redução de 35,3%, denotando estatisticamente uma relação altamente significativa entre o grau de incapacidade no momento da avaliação (diagnóstico e alta) em menores de 15 anos ($p < 0,0001$). No que se refere

ao grau II, forma mais incapacitante, no momento do diagnóstico foi observado um índice de 3,2% e na alta 2,2%. Do total dos menores de 15 anos avaliados, os dados revelam que 10,3% apresentavam comprometimento neural, contudo, no somatório dos não avaliados e ignorados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico este percentual se eleva para 16,9% (Figura 4).

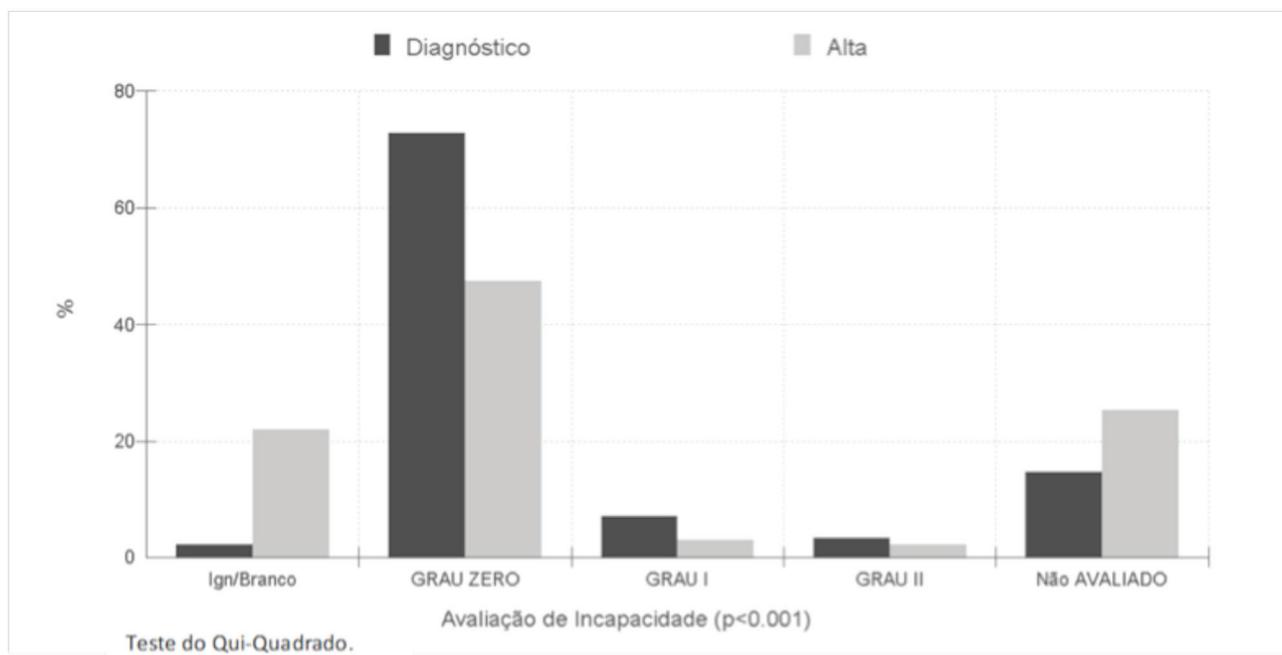


Figura 4. Percentual de Avaliação de Incapacidade no diagnóstico e na alta em menores de 15 anos. Alagoas - 1995 a 2013. Fonte: SINAN/SESAU/AL.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que durante todo o período houve variações entre média e alta endemicidade no coeficiente anual de detecção de casos novos em menores de 15 anos por 100.000 habitantes e que nos dois últimos anos, Alagoas manteve coeficientes de detecção considerados alto. “No Brasil, adota-se a seguinte classificação das taxas 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)”¹¹.

Em 2013, foi observado uma tendência crescente de 2,8 por 100.000/hab. Ao analisar o período, percebe-se variações que sugerem a influência de fatores operacionais, já que não é característico da hanseníase, como uma doença infecciosa crônica com picos de detecção como nos anos avaliados (2003 - 4,01/100.000 habitantes e 2005 - 3,79/100.000 habi-

tantes). O coeficiente de detecção em menores de 15 anos avalia a presença da doença, a força da transmissão recente da endemia e sua tendência. A diminuição desse coeficiente indica a redução da transmissão por fontes ativas da doença na população^{9,11}.

A taxa de detecção em menores de 15 anos é prioridade da política atual da hanseníase no país, pois, indica que há focos de infecção ativos e transmissão recente. Diante disso, a estratégia como a Campanha Nacional de Hanseníase e Geo-helmintíases, realizada em escolares do ensino público fundamental, no período de 2013, teve como um dos desígnios identificar casos suspeitos de hanseníase. E nesse mesmo período, esse coeficiente foi de 5,03/100.000 hab, o que corresponde a 2.439 casos novos nessa faixa etária e um parâmetro de endemicidade muito alto. No país, a redução desse coeficiente de 2003 a 2013 foi de 36,96%^{12,13}.

No Brasil, entre os anos de 2003 a 2013, o coeficiente de detecção caiu de 3,05 em 2003 para 1,67 em

2013, mas, com características de um índice alto¹⁴. Em consonância com o presente estudo, no estado do Tocantins foi detectado em 65,4% dos casos hiperendemicidade¹⁵.

Ao tratar do número de casos, a cidade de Maceió, capital de Alagoas, foi o município responsável pelo maior número de casos em menores de 15 anos no período estudado e o acometimento da doença no sexo feminino foi mais predominante. A capital da Bahia, Salvador, juntamente com outras 38 cidades também apresentaram coeficiente alto de detecção de casos em menores de 15 anos, quanto ao sexo não houve diferença nos diagnósticos encontrados⁸, já em Juazeiro (BA) houve predominância do sexo feminino¹⁶.

O maior número de casos de hanseníase encontra-se nos estados do entorno do ecossistema amazônico, em área da Amazônia legal brasileira e as regiões metropolitanas das capitais dos estados, exceto todos os da região Sul, Sudeste (Belo Horizonte e São Paulo), Centro-Oeste (Brasília e Campo Grande) e no Nordeste (Natal)¹⁴.

Em relação, ao modo de entrada dos casos, houve uma oscilação entre encaminhamento e demanda espontânea (detecção passiva). Corroborando com esse dado, em Diamantina, Minas Gerais, a maioria dos casos gerais de hanseníase diagnosticados também deu-se por demanda espontânea¹⁷. Esse dado é visto de maneira negativa, pois, sugere a ocorrência de um diagnóstico tardio e que provavelmente já há um comprometimento neural nessas pessoas que procuram o atendimento, além de caracterizar a existência de falha nas ações de controle da doença^{8,13-15}.

A hanseníase é uma doença que tem cura, mas precisa ser diagnosticada precocemente, para prevenir as deformidades. A busca ativa é uma das ações mais importante para esse diagnóstico precoce, caso contrário, há uma grande probabilidade do bacilo atingir os troncos nervosos e assim provocar deformidades¹⁶⁻¹⁸.

Com relação aos encaminhamentos, o alto índice pode estar relacionado coma dificuldade de fechar diagnóstico da enfermidade nessa faixa etária, e com uma rede de atenção básica pouco capacitada e atuante no diagnóstico da doença¹⁶⁻¹⁹.

A forma clínica mais encontrada foi a tuberculóide, que é uma polarização da forma inicial, quando identificada com maior ocorrência nos remete que os menores infectados receberam uma alta carga bacilar durante anos, através do contato intradomiciliar de um familiar ou vizinho multibacilar. Cabe lembrar, que essas crianças e adolescentes possuem uma alta resistência ao bacilo, ou seja, são imunocompetentes, mas, devido a exposição intensa ao bacilo, acabaram

desenvolvendo a doença⁸. Semelhando-se ao atual estudo, o Estado da Bahia também encontrou como mais prevalente a forma tuberculóide, seguido da indeterminada, e que a classificação operacional mais presente foi a paucibacilar, além de outros estudos realizados no Rio de Janeiro e em Salvador^{8, 17-19}.

Ao analisar dadas pesquisas foi identificado que as formas paucibacilares são mais comuns entre a faixa etária de 2 a 9 anos, e as formas multibacilares entre os 10 a 14 anos^{18, 20}. Referente à ocorrência da forma clínica indeterminada em segundo lugar, indica um crescimento no diagnóstico precoce, ou seja, na forma inicial, prevenindo dessa maneira um agravamento da doença e o desenvolvimento de sequelas. Chama a atenção também, à proporção de casos não classificados clinicamente, o que pode sugerir a incapacidade de definir as formas clínicas da doença pelos profissionais.

Diferindo deste estudo, na Índia, a classificação operacional mais encontrada foi a Multibacilar e a forma clínica mais presente foi Borderline tuberculóide, uma forma intermediária entre o indeterminado e a dimorfa, que apresentam características de paucibacilar, mas, que operacionalmente tem sido classificada como multibacilar²¹. Um estudo realizado no Paraguai revelou que o sexo masculino foi ligeiramente predominante e a forma tuberculóide também apresentou-se mais prevalente, coincidindo com o presente estudo²².

A avaliação dos contatos de hanseníase dos menores de 15 anos durante o período pesquisado apresentou oscilação entre 60% e 40%, e em apenas no ano de 2001 apresentou um potencial de 99%, logo após esse ano o índice apresentou queda e em 2013 foi o pior ano de todo o período estudado. No Pará em 2011 foram examinados 58,5% dos contatos²³.

A chance de adoecer nos contatos intradomiciliares é 2 a 8 vezes maior que os outros contatos, sendo muito importante fazer a investigação epidemiológica dentro do espaço domiciliar, para a redução da carga da doença. Considerando-se contato intradomiciliar qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos 5 anos^{8,14}. A detecção precoce através dos contatos permite diagnosticar as crianças, antes que elas apresentem algum grau de incapacidade já instalada. Uma pesquisa desenvolvida na cidade de Havana (Cuba) relatou que a faixa etária de menores de 15 anos é mais vulnerável a infecções, e reconheceu que nesta fase da vida os laços afetivos são mais estreitos e evidentes, facilitando assim, a disseminação da doença²⁴.

O grau de incapacidade mais prevalente na hora do diagnóstico foi o zero, o que revela um ótimo resultado, visto que, não há comprometimento neural, no

entanto, tal informação, pode ser uma falha dos profissionais por não possuírem conhecimento quanto a essa patologia. Divergindo do dado anterior, foi identificado 10,3% das crianças com grau 1 ou 2 no momento do diagnóstico, o que indica diagnóstico tardio. O grau de incapacidade indica que há alguma perda da sensibilidade protetora e/ou deformidade visível, em consequência da lesão neural e/ou cegueira e indica que os casos estão sendo diagnosticados em fase tardia, já com complicações, o que demonstra problemas no diagnóstico e tratamento precoces da doença^{13,14,19}.

Na Índia, a maior parte das crianças pesquisadas apresentou incapacidade física, sendo expressivo o grau 2. A incapacidade física mais encontrada foi mão em garra²¹, tal dado sugere que quando os pacientes buscam o serviço já devem apresentar sinais e sintomas ou até mesmo complicações da doença, que possivelmente compromete a qualidade de vida. Em Juazeiro (BA), a grande parcela apresentou grau de incapacidade zero, e uma média de 19% das crianças não foram examinadas quanto ao grau de incapacidade na hora da alta¹⁶.

Nas crianças, a doença pode ser potencialmente incapacitante em virtude do acometimento precoce e da possibilidade de aparecimento de deformidades físicas, principalmente devido à imaturidade do sistema imunológico e apesar de muitos estudos epidemiológicos revelarem ser rara a ocorrência de incapacidades graves nessa população, já que o diagnóstico, geralmente, não ocorre tão tardiamente, elas podem estar presentes em áreas endêmicas¹⁹⁻²⁴.

CONCLUSÃO

O controle epidemiológico da Hanseníase deve ser realizado através da busca ativa de casos, diagnóstico precoce, exame dos contatos intradomiciliares e um tratamento eficaz. A taxa de detecção dos casos novos em menores de 15 anos é um indicador epidemiológico que demonstra uma maior compreensão do comportamento da doença, o que denota uma possível endemia oculta, não evidenciada, em crianças e adolescente com diagnóstico de hanseníase.

Quanto a limitação do estudo, pode estar pautada na subnotificação de casos, pois acredita-se que há mais crianças com hanseníase, que não foram devidamente assistidas e nem notificadas. Tal hipótese está fundamentada ao visualizar que muitos profissionais, infelizmente, ainda não detêm conhecimento sobre esta patologia, que ainda é pouco descrita. Havendo assim, um desafio no fechamento do diagnóstico, principalmente, quando trata-se da faixa etária de

menores de 15 anos. Esses menores necessitam ser mais estudados pela comunidade científica e pelos profissionais da saúde, para que estes entendam melhor a fisiopatologia da doença, principalmente no que tange as alterações dermatológicas e sistêmicas.

As crianças e adolescentes com hanseníase constituem um grupo significativo na cadeia epidemiológica, visto que, os contatos intradomiciliares representam um rol importante no desenvolvimento da doença. O ideal seria que essa doença milenar fosse erradicada, pois um micróbio não explica sozinho uma doença infecciosa. É necessário olhar também para as reações imunológicas, os fatores ambientais (misérias, desnutrição, guerras civis, campos de refugiados) e os fatores estratégicos (gestão), para obtermos a tão sonhada erradicação.

REFERÊNCIAS

1. Eichelmann K, Gonzáles González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An Update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermo-Sifiligráficas*. 2013 Sept;104(7):554-63.doi:10.1016/j.ad.2012.03.003.
2. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Alerta para diagnóstico precoce de hanseníase; 2015. [cited 03 Feb 2015]. Ministério da Saúde; [about 3 screens]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16302-ministerio-da-saude-alerta-para-diagnostico-precoce-de-hanseniasel>.
3. Tavares CM, Bomfim, EO, Sales MLDH, Araújo EM, Medeiros LMSR. Avaliação das ações de controle da Hanseníase em Alagoas de 2001 a 2008 [Internet]. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem: Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009 Dez 7-10; Fortaleza. Fortaleza: ABEn; 2009. p. 3642-4. [cited 2016 Jun 13] Available from: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01091.pdf.
4. Flach DMAM, Pimentel MIF, Andrade M, Gallo MEN. Análise do protocolo complementar de investigação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro em 2009 e 2010. *Hansenol Int* [Internet].2011[cited 14 Jan 2016];36(2):25-36. Available from:http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11763.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova

as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2010. Seção 1, p.55. [acesso 2015 set 18]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>.

6. Rocha MCN, Lima RB, Stevens A, Gutierrez MMU, Garcia LP. Óbitos registrados com causa básica hanseníase no Brasil: uso do relacionamento de bases de dados para melhoria da informação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1017-26. doi: 10.1590/1413-81232015204.20392014.
7. Carvalho MAJ, Lopes NTB, Santos TS, Santos KS, Farnocchi PG, Tavares CM. Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório. *Hansen Int*[Internet]. 2013 [cited 21 Mar 2015];38(1-2):47-55. Available from: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/v38n1-2a06.pdf>.
8. Souza CDF, Rodrigues M. Magnitude, tendência e espacialização da hanseníase em menores de 15 anos no Estado da Bahia, com enfoque em áreas de risco: um estudo ecológico. *Hygeia* [Internet]. 2015 [cited 28 Abr 2016];11(20):201-12. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/28914/16907>.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estados@: Alagoas [cited 2014 Jun 28]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estado-sat/perfil.php?sigla=al>.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de acesso a informações para a gestão do SUS. Nota técnica. Hanseníase: indicadores epidemiológicos [Internet]. Brasília: CONASS; 2015. [cited 2015Abr18]. Available from: http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT12-HANSENIASE-Indicadores-epidemiologicos.pdf.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. World Health Organization. Guide to eliminate leprosy as a public health problem [Internet]. Geneva: WHO; 2000. [cited 2017 Abr 20]. Available from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Tools_and_Guidelines_GuidetoEliminateleprosy.pdf.
14. Franco MCA, Macedo GMM, Menezes BQ, Jucá Neto FOM, Franco ACA, Xavier MB. Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. *Rev Para Med* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 08]; 28(4):29-40. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n4/a4635.pdf>.
15. Monteiro LD, Martins-Melo FR, Brito AL, Alencar CH, Heukelbach J. Padrões espaciais da hanseníase em um estado hiperendêmico no Norte do Brasil, 2001-2012. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:84. doi:10.1590/S0034-8910.2015049005866.
16. Luna ICF, Moura LTR, Vieira MCA. M. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. *Rev Bras Promoc Saude*. 2013;26(2):208-15 .doi:10.5020/18061230.2013.p208.
17. Ribeiro GC, Fabri ACOC, Amaral EP, Machado IE, Lana FCF. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. *Ver Eletr Enf*. 2014;16(4):728-35. doi:10.5216/ree.v16i4.22371.
18. Sousa NP, Silva MIB, Lobo CG, Barboza MCC, Abdon APV. Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase. *Hansenol Int* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10];36(1):11-6. Available from: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11557.
19. Chopra A. Rheumatic and other musculoskeletal manifestations and autoantibodies in childhood and adolescent leprosy: significance and relevance. *J Pediatra*. 2014;90:431-6. doi:10.1016/j.jpeds.2014.06.003.
20. Taquez AE, Cerón CA, Chaparro MA, Sales AM, Nery JA, Miranda A, et al. Lepra em la infância: desafío diagnóstico. *Rev Argent Dermatol* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 14];92(4):2-10. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X201100400002&lng=es&nrm=iso.
21. Dogra S, Narang T, Khullar G, Kumar R, Saikia UN. Childhood leprosy through the post-leprosy elimination era: a retrospective analysis of epidemiological and clinical characteristics of disease over eleven years from a tertiary care hospital in North India. *Lepr Rev* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 23];85(4):296-310. Available from:

<http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec14/Lep296-310.pdf>.

22. Ortiz BDM, Masi MR, Knopfmacher O, Lezcano LB. Lepra infantil: presentación de un caso (Childhood leprosy: report of a case). *Dermatology Online Journal*. 2011 [cited 2016 Jan 14];17(1):13. Available from: <http://escholarship.org/uc/item/4gr554g2>.
23. Sousa BRM, Moraes FHA, Andrade JS, Lobo ES, Macedo EA, Pires CAA, et al. Educação em saúde e busca ativa de casos de hanseníase em uma escola pública em Ananindeua, Pará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(27):143-9. doi:10.5712/rbmfc8(27)467.
24. Fundora PF, RomoEM, Albajés CRR. Caracterización de los casos de Lepra Infantil atendidos em el Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. *Folia Dermatológica Cubana* [Internet]. 2008 [cited 2016 Ago 29];2(2):[about 6 screens]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol2_2_08/fdc06208.htm.

Autor para correspondência
Karen da Silva Santos
karen-web@hotmail.com
Av. Bandeirantes, 3900 CEP: 14040-902
Campus Universitário – Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto- São Paulo