

Avaliação da incidência de casos de hanseníase por micro regiões do Nordeste

Evaluation of the incidence of cases of leprosy by Northeastern micro regions

Evaluación de la incidencia de casos de lepra por micro regiones del Noreste

Recebido: 02/06/2022 | Revisado: 22/06/2022 | Aceito: 24/06/2022 | Publicado: 12/08/2022

Tainá Rodrigues Toqueton

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7568-5572>

Universidade Cidade de São Paulo, Brasil

E-mail: tainatoqueton@hotmail.com

Marlene Rodrigues de Melo Alves Neta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8659-8709>

Centro Universitário Uninovafapi, Brasil

E-mail: marlene.rodrigues297561@outlook.com

Diego da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3475-2724>

Centro Universitário AGES, Brasil

E-mail: diegodarocho89@gmail.com

José Alencar Formiga Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0155-0341>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: j.alen@hotmail.com

Enanda Mirelly Batista Freire de Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8906-4451>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: enandamirelly95@hotmail.com

Érika Gonçalves Leitao

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7123-2496>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: erikagoncalvesl@outlook.com

Elizabeth Maria Neves Silva Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8150-7361>

Universidade Estadual do Maranhão, Brasil

E-mail: elizabethmarianss@gmail.com

Luma Borges Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4126-9738>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: lumaboliveira@hotmail.com

Marcos Túlio Pereira Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1565-6347>

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

E-mail: marcostuliopereiracarvalho@gmail.com

Luís Fernando Brito Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2223-4118>

Centro Universitário Facisa, Brasil

E-mail: luis.ferreira@maisunifacisa.com.br

Resumo

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *M. leprae*, apresenta uma predileção por acometer a pele e os nervos periféricos, o que se torna um sinal característico da doença, tornando fácil sua identificação na maioria dos casos. No entanto, apresenta danos neurológicos que dependem do grau e gravidade da doença. Considerado um problema de saúde pública, principalmente em países emergentes, a exemplo do Brasil e de países afins. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo sobre o perfil dos casos de hanseníase entre os estados da região Nordeste de 2015 a 2017. Foram utilizados dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), coletados em maio de 2020. **Resultados:** Entre 2005 e 2017 ocorreram 186.559 casos novos de hanseníase no nordeste brasileiro, sendo 52,6% (n=98.174) no sexo masculino e 47,4% (n=88.374) no sexo feminino. Quanto à faixa etária, 8,5% (n=15.879) dos casos ocorreram em menores de 15 anos, 54,5% (n=101.534) ocorreram entre 15 e 49 anos e 37,1% (n=69.142) em maiores de 49 anos. **Conclusão:** A análise dos casos de hanseníase notificados de 2015 a 2017 mostrou um maior número de casos em 2016, aonde neste período predominou as

notificações pelo gênero masculino, sobre tudo na faixa que vai de 15 a 49 anos e lesões e incapacitações relacionadas são as formas comuns nestes casos.

Palavras-chave: Hanseníase; Nordeste; DATASUS; Base de dados.

Abstract

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease caused by *M. leprae*, it has a predilection for affecting the skin and peripheral nerves, which becomes a characteristic sign of the disease, making it easy to identify in most cases. However, it presents neurological damage that depends on the degree and severity of the disease. Considered a public health problem, especially in emerging countries, such as Brazil and similar countries. *Methods:* This is a descriptive study on the profile of leprosy cases among the states of the Northeast region from 2015 to 2017. Secondary data obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) of the Department of Informatics of the Unified Health System were used. Health (DATASUS), at the website (<http://www.datasus.gov.br>), collected in May 2020. *Results:* Between 2005 and 2017, there were 186,559 new cases of leprosy in northeastern Brazil, with 52.6% (n=98,174) in males and 47.4% (n=88,374) in females. Regarding the age group, 8.5% (n=15,879) of the cases occurred in children under 15 years old, 54.5% (n=101,534) occurred between 15 and 49 years old and 37.1% (n=69,142) in older adults. of 49 years. *Conclusion:* The analysis of leprosy cases notified from 2015 to 2017 showed a greater number of cases in 2016, where in this period the notifications by the male gender predominated, especially in the range from 15 to 49 years old and related injuries and disabilities are the most common. common ways in these cases.

Keywords: Leprosy; North East; DATASUS; Data base.

Resumen

Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *M. leprae*, tiene predilección por afectar la piel y los nervios periféricos, lo que se convierte en un signo característico de la enfermedad, facilitando su identificación en la mayoría de los casos. Sin embargo, presenta daño neurológico que depende del grado y severidad de la enfermedad. Considerado un problema de salud pública, especialmente en países emergentes, como Brasil y países similares. *Métodos:* Se trata de un estudio descriptivo sobre el perfil de los casos de lepra entre los estados de la región Nordeste de 2015 a 2017. Se utilizaron datos secundarios obtenidos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Salud (DATASUS), en el sitio web (<http://www.datasus.gov.br>), recopilados en mayo de 2020. *Resultados:* Entre 2005 y 2017, hubo 186.559 nuevos casos de lepra en el noreste de Brasil, con 52,6% (n=98.174) en varones y 47,4% (n=88.374) en mujeres. En cuanto al grupo de edad, el 8,5% (n=15.879) de los casos ocurrieron en menores de 15 años, el 54,5% (n=101.534) entre 15 y 49 años y el 37,1% (n=69.142) en adultos mayores. 49 años *Conclusión:* El análisis de los casos de lepra notificados de 2015 a 2017 mostró un mayor número de casos en 2016, donde en este período predominaron las notificaciones por el género masculino, especialmente en el rango de 15 a 49 años y las lesiones y discapacidades relacionadas son las más formas comunes en estos casos.

Palabras clave: Lepra; Noreste; DATOS; Base de datos.

1. Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *M. leprae*, apresenta uma predileção por acometer a pele e os nervos periféricos, o que se torna um sinal característico da doença, tornando fácil sua identificação na maioria dos casos. No entanto, apresenta danos neurológicos que dependem do grau e gravidade da doença. Considerado um problema de saúde pública, principalmente em países emergentes, a exemplo do Brasil e de países afins, até o final do ano 2000 a expectativa era de 1 caso para cada 10.000 habitantes, o Brasil em especial apresenta o segundo maior número de casos por habitante.

Nos últimos anos, a maior concentração de casos de hanseníase vem se concentrando na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil. Destes, a duas principais regiões são reflexo de um subdesenvolvimento. Assim, torna-se imprescindível o conhecimento epidemiológico da Hanseníase nas populações e sua distribuição espacial, de modo a possibilitar o entendimento da relação do bacilo com os indivíduos por profissionais e gestores da área da saúde e afins. Neste estudo vamos focar na região Nordeste, como um todo e avaliar as suas microrregiões, de forma geral a fim de criar um comparativo para elas.

Este estudo se utilizou de dados secundários, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos, através de casos relatados pelo DATASUS. Desse modo não houve contato com os pacientes e pessoas de cada região para a construção desta pesquisa. Atualmente a hanseníase tem se mostrado com casos mais graves, para tanto, a prevenção de deficiências e das incapacidades físicas resultantes da doença são realizadas por meio do diagnóstico e do tratamento precoce. O seu tratamento

compreende o uso de quimioterapia específica; a supressão dos surtos reacionais, com corticoides e talidomida; prevenção de incapacidade físicas e psicossociais. Utilizando-se como rifampicina, dapsona e clofazimina como base do tratamento.

A OMS, com o objetivo de fazer o melhor controle dos pacientes criou um formulário, no qual divide em três diferentes categorias/ graus cada paciente, considerado graus de incapacitação, em ordem crescente de incapacidade, seguindo o acometimento de mãos, pés e olhos, sendo o grau zero a ausência de incapacidade devido a hanseníase e os graus 1 e 2 decorrente de alterações sensitivas

Quando realizado o perfil de hanseníase de um local, ele traz a tona uma forma de trabalho de prevalência, na qual avalia-se a incapacidade provocada pela doença, pois esta é um bom indicador para apontar diagnósticos tardios. Contudo a descrição da prevalência de incapacidade e suas correlações pontua-se como o papel de atenção primária no âmbito do controle de endemias, desse modo, ao analisarmos o período de tempo de 2015 a 2017, temos um maior tempo de análise para poder recorrer a parâmetros e análises.

A presente pesquisa tratou, portanto, de mapear a prevalência de hanseníase em um determinado território assistencial e, secundariamente, suscitar alternativas para seu enfrentamento.

2. Metodologia

Trata-se de estudo descritivo sobre o perfil dos casos de hanseníase entre os estados da região Nordeste de 2015 a 2017. Foram utilizados dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), coletados em maio de 2020.

O critério de inclusão foi a notificação de casos de hanseníase nos estados da região Nordeste. O intervalo de tempo foi definido pela disponibilidade dos dados na plataforma do DATASUS e para ter-se um panorama do histórico recente da doença. As variáveis estudadas foram: tipos de saída (cura, abandono, óbito, transferência e outros), Gênero (masculino e feminino), Macrorregião do país Nordeste, estados da Macrorregião (Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Pernambuco, Bahia e Alagoas).

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos de barras, construídos com o auxílio do software Excel. Nas planilhas constam os cálculos do percentual que cada estado representa dentro do Nordeste e as taxas com fator de multiplicação de 100.000 habitantes, por se tratar de dados de domínio público, foi dispensada a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Seria interessante ver os dados de 2020, pra saber se a pandemia impactou de alguma maneira as variáveis que vocês estão analisando, muita gente pode ter deixado de ter a doença detectada, interrompido tratamento, etc.

3. Resultados

Entre 2005 e 2017 ocorreram 186.559 casos novos de hanseníase no nordeste brasileiro, sendo 52,6% (n=98.174) no sexo masculino e 47,4% (n=88.374) no sexo feminino. Quanto à faixa etária, 8,5% (n=15.879) dos casos ocorreram em menores de 15 anos, 54,5% (n=101.534) ocorreram entre 15 e 49 anos e 37,1% (n=69.142) em maiores de 49 anos. (Tabela 1 e Figura 1.)

O estado do Maranhão (MA; 27%, n=50.881) se destacou, junto aos estados de Pernambuco (PE; 19%, n=34.645), Bahia (BA; 18%, n=34.447), e Ceará (CE; 15%, n=27.252) com a maior proporção de casos novos. Já os estados que apresentaram menor número de casos foram: Sergipe (SE; 3%, n=5.659), Alagoas (AL; 3%, n=4.850) e Rio Grande do Norte (RN; 2%, n=3.735). (Tabela 1 e Figura 1).

Entre os estados estudados, somente três apresentaram maior proporção de casos novos em mulheres, sendo eles RN (51,7%), PE (51,1%) e AL (51,7%). Já o padrão de distribuição entre as faixas etárias permaneceu próximo aos valores da região. De 0 a 15 anos as proporções ficaram entre 6,1% (CE) a 10,3% (PE); 15 a 29 anos, 15,6% (CE) a 24,7% (MA); 30 a 49 anos, 31,5% (MA) a 35,8 (BA); 50 a 59 anos 14,7% (MA) a 18,7% (RN) e; maiores de 60 anos, 18,4% (AL) a 26,2% (CE). (Tabela 1).

Em relação às incapacidades físicas, 73% dos casos diagnosticados apresentavam grau zero, essa proporção variou de 67,7% (AL) a 77% (PE) entre os estados. Outros 20,5% apresentaram grau I de incapacidade física ao diagnóstico, variando de 17,7% (PE) a 24,1% (AL) entre os estados. Por fim, a incapacidade grau 2 esteve presente em 6,5% dos casos na região Nordeste, 5,3% (PE) para o estado com menor proporção e 8,6% (RN) para o estado como maior proporção. (Tabela 2): pesquisar PE em relação a incapacidade física e RN maior abandono e maior proporção de grau dois, menor demanda espontânea em modo de detecção.

Quanto ao modo de detecção da doença, 47,9% dos casos foram diagnosticados a partir de encaminhamento, seguido de 42,2% dos casos diagnosticados por meio da demanda espontânea. A variação entre os estados apresentou dimensão significativa. Em relação ao encaminhamento a amplitude foi de 37,6% no Maranhão, até 66,6% no RN; já a demanda espontânea variou de 18,7% para o RN e 53,4% para o MA. (Tabela 2).

Os números referentes ao modo de saída dos casos mostram que o Maranhão apresenta a menor proporção de cura (62,2%), enquanto o Sergipe apresenta a maior (76,3%); quanto ao abandono, o RN lidera com 9,1% dos casos e Sergipe com a menor proporção: 2,1%; por fim, em relação aos óbitos, MA e CE lideram a proporção com 3% dos casos, a menor proporção está no RN. (Tabela 2).

Tabela 1 – Casos de hanseníase no nordeste brasileiro.

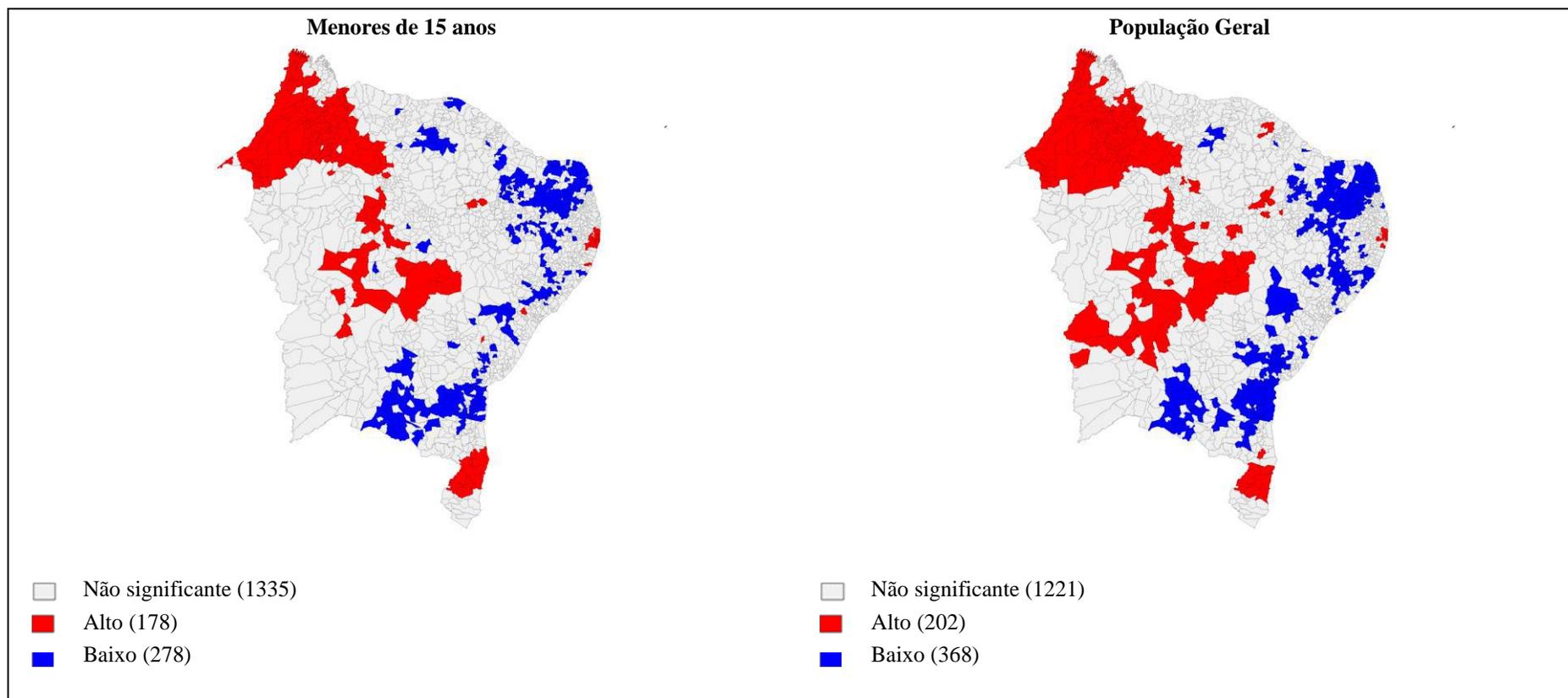
Variáveis Clínicas	Unidades Federativas/Região																			
	MA		PI		CE		PB		RN		SE		PE		BA		AL		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo																				
Masculino	28.752	56,5	8.466	52,2	14.846	54,5	4.562	51,4	1.803	48,3	2.856	50,5	16.941	48,9	17.604	51,1	2.344	48,3	98.174	52,6
Feminino	22.127	43,5	7.746	47,8	12.403	45,5	4.316	48,6	1.932	51,7	2.803	49,5	17.703	51,1	16.839	48,9	2.505	51,7	88.374	47,4
Faixa etária (em anos)																				
0 a 14 anos	5.179	10,2	1.257	7,8	1.649	6,1	589	6,6	263	7,0	424	7,5	3.565	10,3	2.639	7,7	314	6,5	15.879	8,5
15 a 29 anos	12.568	24,7	3.212	19,8	4.240	15,6	1.812	20,4	601	16,1	1.208	21,4	7.074	20,4	7.037	20,4	1.149	23,7	38.901	20,9
30 a 49 anos	16.046	31,5	5.290	32,6	9.221	33,8	2.976	33,5	1.247	33,4	1.916	33,9	11.897	34,3	12.330	35,8	1.710	35,3	62.633	33,6
50 a 59 anos	7.485	14,7	2.773	17,1	4.988	18,3	1.467	16,5	697	18,7	948	16,8	5.550	16,0	5.683	16,5	786	16,2	30.377	16,3
Maiores de 60 anos	9.602	18,9	3.679	22,7	7.153	26,2	2.034	22,9	927	24,8	1.162	20,5	6.559	18,9	6.758	19,6	891	18,4	38.765	20,8
Grau de Incapacidade Física ao Diagnóstico																				
Grau zero	30.908	70,0	11.339	74,7	17.491	71,4	5.669	70,6	2.442	70,1	3.630	72,6	24.934	77,0	23.442	75,4	2.949	67,7	122.804	73,0
Grau I	10.173	23,0	2.998	19,7	5.228	21,3	1.768	22,0	745	21,4	999	20,0	5.741	17,7	5.782	18,6	1.050	24,1	34.484	20,5
Grau II	3.088	7,0	850	5,6	1.791	7,3	594	7,4	298	8,6	373	7,5	1.727	5,3	1.881	6,0	354	8,1	10.956	6,5
Modos de Detecção																				
Encaminhamento	19.007	37,6	6.834	42,5	14.819	54,8	5.342	61,1	2.457	66,6	2.588	46,1	18.116	52,9	16.785	49,3	2.561	53,5	88.509	47,9
Demanda Espontânea	26.964	53,4	7.311	45,5	10.462	38,7	2.732	31,3	691	18,7	2.473	44,1	12.782	37,3	12.762	37,5	1.720	35,9	77.897	42,2
Exame Coletividade	1.995	3,9	1.012	6,3	568	2,1	234	2,7	324	8,8	109	1,9	1.162	3,4	880	2,6	165	3,4	6.449	3,5
Exame Contatos	2.060	4,1	628	3,9	726	2,7	251	2,9	168	4,6	218	3,9	1.591	4,6	3.002	8,8	255	5,3	8.899	4,8
Outros Modos	509	1,0	296	1,8	450	1,7	182	2,1	49	1,3	221	3,9	607	1,8	605	1,8	84	1,8	3.003	1,6

Tipos de Saída

Cura	2.920	62,2	859	64,9	1.595	73,5	485	69,6	122	69,7	468	76,3	2.065	71,2	2.006	73,7	317	65,8	10.837	69,0
Abandono	173	3,7	42	3,2	60	2,8	21	3,0	16	9,1	13	2,1	194	6,7	111	4,1	17	3,5	557	3,5
Óbito	142	3,0	34	2,6	66	3,0	18	2,6	3	1,7	18	2,9	69	2,4	73	2,7	12	2,5	435	2,8
Transferência	1.462	31,1	389	29,4	450	20,7	173	24,8	34	19,4	114	18,6	572	19,7	533	19,6	136	28,2	3.866	24,6
Total	50.881	27,3	16.212	8,7	27.252	14,6	8.878	4,8	3.735	2,0	5.659	3,0	34.645	18,6	34.447	18,5	4.850	2,6	186.559	100

Fonte: Autores.

Figura 1 – Casos de hanseníase no nordeste brasileiro.



Fonte: Autores.

Tabela 2 – Casos de hanseníase no nordeste brasileiro.

Sexo	Unidade Federativa/ Região	Tipo de Saída														
		Cura			Abandono			Óbito			Transferência			Outros		
		n	%	Taxa	n	%	Taxa	n	%	Taxa	n	%	Taxa	n	%	Taxa
Sexo Masculino	MA	18066	29,6	45,8	1339	34,0	3,4	454	32,5	1,1	2083	32,2	5,3	6810	26,9	17,2
	PI	5278	8,6	27,7	292	7,4	1,5	115	8,2	0,6	771	11,9	4,1	2010	7,9	10,6
	CE	9365	15,3	18,6	355	9,0	0,7	222	15,9	0,4	796	12,3	1,6	4108	16,2	8,2
	PB	2846	4,7	12,5	221	5,6	1,0	81	5,8	0,4	255	3,9	1,1	1159	4,6	5,1
	RN	993	1,6	5,3	55	1,4	0,3	16	1,1	0,1	173	2,7	0,9	566	2,2	3,0
	SE	1908	3,1	15,6	60	1,5	0,5	45	3,2	0,4	185	2,9	1,5	658	2,6	5,4
	PE	10677	17,5	20,4	762	19,4	1,5	194	13,9	0,4	950	14,7	1,8	4358	17,2	8,3
	BA	10509	17,2	12,1	725	18,4	0,8	231	16,5	0,3	1094	16,9	1,3	5045	19,9	5,8
	AL	1415	2,3	7,5	127	3,2	0,7	38	2,7	0,2	160	2,5	0,9	604	2,4	3,2
	Nordeste	61057	100,0	19,0	3936	100,0	1,2	1396	100,0	0,4	6467	100,0	2,0	25318	100,0	7,9
Sexo Feminino	MA	14453	24,7	36,1	942	28,9	2,4	213	26,9	0,5	1504	27,9	3,8	5015	24,6	12,5
	PI	5161	8,8	26,2	229	7,0	1,2	54	6,8	0,3	641	11,9	3,2	1661	8,2	8,4
	CE	8566	14,6	16,2	287	8,8	0,5	111	14,0	0,2	614	11,4	1,2	2825	13,9	5,3
	PB	2977	5,1	12,3	199	6,1	0,8	37	4,7	0,2	240	4,5	1,0	863	4,2	3,6
	RN	1230	2,1	6,2	36	1,1	0,2	16	2,0	0,1	128	2,4	0,6	522	2,6	2,6
	SE	2048	3,5	16,0	45	1,4	0,4	25	3,2	0,2	162	3,0	1,3	523	2,6	4,1
	PE	11852	20,2	21,1	702	21,5	1,2	152	19,2	0,3	902	16,7	1,6	4095	20,1	7,3
	BA	10595	18,1	11,9	714	21,9	0,8	158	19,9	0,2	1039	19,3	1,2	4333	21,3	4,8
	AL	1678	2,9	8,5	108	3,3	0,5	26	3,3	0,1	163	3,0	0,8	530	2,6	2,7
	Nordeste	58560	100,0	17,5	3262	100,0	1,0	792	100,0	0,2	5393	100,0	1,6	20367	100,0	6,1

Legenda: C – Curas, A – Abandono, O – Óbitos, T – Transferência (Inclui todas) e/ou – Outros (Não preenchido e Erro de diagnóstico). 2005-2017. Fonte: Autores.

4. Discussão

O resultado acerca da maior incidência da doença em homens evidencia o que diversos estudos têm apontado. Um estudo observacional mostrou que a razão de possibilidades para hanseníase multibacilar é duas vezes maior para os indivíduos do sexo masculino do que para o feminino em todos os estados brasileiros, independente do grau de acometimento da infecção nas regiões do país. Essa realidade pode ser decorrente da menor atenção dedicada à saúde pelos homens e a um aumento da exposição à doença desse sexo. O que pode atrasar o diagnóstico e ocasionar na evolução da doença para a forma mais grave. (Nobre, Mauricio Lisboa, et al. "Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: Lessons from an observational study." *PLoS neglected tropical diseases* 11.2 (2017): e0005364:)

Já ao analisar a idade de ocorrência dos casos, pode-se notar que a maioria ocorreu entre 15 e 49 anos e a minoria em menores de 15 anos. Dado que é de suma importância, visto que o diagnóstico da hanseníase antes dos 15 anos mostra que a infecção está ativa na comunidade e se espalhou recentemente. Somado a isso, ao analisar esse indicador é possível mensurar o grau de supressão da doença e observar a necessidade de ações sociais. (Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.)

Sob essa ótica, vale ressaltar que Pernambuco teve a maior proporção de casos entre 0 e 15 anos, assim, esse estado é considerado hiperendêmico dessa enfermidade, segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Boletim hanseníase. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde; 2013.). Alguns programas sociais vêm sendo desenvolvidos para mudar a realidade desse estado, como a criação em 2011 do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – SANAR e, em 2017, do projeto Abordagens Inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre da Hanseníase. Essas ações são necessárias frente a dados alarmantes como: em 2015, Pernambuco ocupou a posição de segundo lugar de casos novos de hanseníase em crianças em um ranking nacional. (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância e <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/projeto-inovador-para-o-enfrentamento-da-hanseníase-e-realizado-em-pernambuco>).

Diante disso, é importante pontuar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a análise do indicador citado anteriormente e da proporção de pacientes que já são portadores de incapacidade física no diagnóstico para mensurar a velocidade da detecção da doença e avaliar a verdadeira gravidade dela em uma área. (<http://hansen.bvs.isl.br/textoc/hansenint/Edicao%20Especial/PDF/Ed.esp.a12.pdf>). Assim, Pernambuco teve menor proporção de grau 2 de deficiência física, o que demonstra que o diagnóstico nesse estado não está sendo tardio quando comparado a região estudada e complementa o alto número de diagnóstico precoce, ainda na infância. (https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/27947/2/ve_Delma_Brito_ENSP_2018.pdf).

O estado do Maranhão é o mais pobre do Brasil no índice de desigualdade social, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desse modo, é notório o alto índice de casos de Hanseníase presente nesse estado até hoje. Com a finalidade de controle de tal enfermidade, estratégias foram traçadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (SESMA), como a descentralização da assistência a partir de 2001, agregando diagnóstico, tratamento e vigilância dos contatos domiciliares ao Programa de Saúde da Família (PSF), melhorando o acesso dos pacientes, gerando o crescimento das notificações de casos novos. Outrossim, houve um maior preparo de recursos humanos para Hanseníase de 2000-2011, campanhas estaduais que visavam a investigação de casos novos, diminuindo a prevalência oculta; além de supervisão e de monitoramento local dos indicadores epidemiológicos e operacionais. (3) Apesar dessas constantes intervenções para conter o avanço dessa endemia, alguns indicadores, como socioeconômico, gerou uma tendência estável dessa doença ao longo dos anos, comprovando que ainda há um extenso caminho a fim de controlar a hiperendemicidade da Hanseníase no Maranhão.

É fato que o serviço de saúde em estados como Sergipe, sendo caracterizado como o quinto estado mais pobre do Brasil, segundo o IBGE, é precário. De acordo com estudo realizado, as principais limitações à realização deste foram o acesso aos laboratórios e laudos. A falta de logística de serviço de assistência à saúde, além da péssima conservação de laudos, prejudicados pela estrutura física dos locais, principalmente de redes públicas, atesta a dificuldade do serviço de atenção primária no controle da Hanseníase. Assim, sendo uma doença altamente relacionada à pobreza, em que os fatores socioeconômicos predispõem essa classe social a contrair essa enfermidade, comprova a baixa quantidade de casos novos notificados neste estado nos hospitais públicos, em contradição aos laboratórios particulares, que possuem maior incidência comprovada. (2)

Com a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) na Atenção primária em 2001, estudos foram feitos e apontaram características clínicas e epidemiológicas dos casos em Sergipe, antes e depois dessa prerrogativa. A municipalização do sistema de saúde e a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesse estado (1), colaborou para o aumento de casos notificados principalmente por demanda espontânea e, conseqüentemente, a maior quantidade de casos curados dessa doença. Ainda nesse contexto, devido ao incremento do acesso ao diagnóstico e ao tratamento dessa doença, é justificada tamanha redução da taxa de abandono nesse estado supracitado, demonstrando a eficiência da PHC e da ESF quando se trata de saúde pública.

Nesse contexto, o PCH do estado do Rio Grande do Norte (RN) realizou diversos treinamentos no estado para profissionais da saúde, a fim de aumentar o conhecimento dos profissionais sobre a patologia, para que fossem capazes de diagnosticar, tratar e prevenir incapacidades físicas. Em um estudo, houve relatos de pacientes afirmaram ter passado por diversos profissionais antes de detectarem a doença, além de depoimentos de profissionais que referiram não se sentirem capazes de acompanhar pacientes com hanseníase, devido ao conhecimento insuficiente. Assim, embora em muitos municípios tenha surtido o efeito desejado, os treinamentos demonstraram uma grave fragilidade no controle da hanseníase nesse estado, pois eles tinham uma carga horária ineficiente e nem todos os profissionais afirmavam atuar nas ações de controle da doença após a capacitação, contrariando a preconização do Ministério da Saúde em relação à inclusão do PCH nas ações de atenção básica. (5) Tais fatos auxiliam na comprovação do elevado número de incapacidades físicas grau 2 - que podem ser irreversíveis -, além da menor demanda espontânea em modo de detecção no estado do RN, pois há grandes demoras na identificação da hanseníase, atrasando, assim, o tratamento e a possível cura do paciente.

5. Conclusão (

A análise dos casos de hanseníase notificados de 2015 a 2017 mostrou um maior número de casos em 2016, aonde neste período predominou as notificações pelo gênero masculino, sobre tudo na faixa que vai de 15 a 49 anos e lesões e incapacitações relacionadas são as formas comuns nestes casos.

Ressalta-se a necessidade de intensificação e concretização da vigilância em hanseníase, o que possibilita as ações de promoção em saúde e a avaliação das intervenções relacionadas a essa doença negligenciada, pois quando o serviço é efetivo o paciente consegue ser diagnosticado, tratado e tem seu seguimento garantido no serviço, evoluindo assim para cura e reduzindo as sequelas desta doença. Por fim, cabe ressaltar a importância de estudos como esse para nortear gestores e os profissionais de saúde, especificamente aos que atuam no planejamento e gestão de políticas de saúde para prevenção e controle de doenças e agravos transmissíveis.

Para trabalhos futuros é importante realizar pesquisas de campo, para que os dados coletados possam ser atualizados e assim promover alterações por parte dos governantes.

Referências

- Lima, R. S. A. (2019). Análise de laudos anatomopatológicos de hanseníase em laboratórios do estado de Sergipe no período de 2007 a 2016. <https://ri.ufs.br/handle/riufs/11751>
- Moreno, C. M. C., Eenders, B. C., & Simpson, C. A. (2008). Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(SPE), 671-75.
- "Passos, C. E. C., et al. (2013). Hanseníase no estado do Maranhão: Análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. CEC Passos - 2013 - tedebc.ufma.br
- Raposo, M. T., et al. (2011) Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe. 2011. Tese de Doutorado.
- Rodrigues, R. N., et al. (2020) Áreas de alto risco de hanseníase no Brasil, período 2001-2015. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3).
- Albuquerque, M. D. F. P., Morais, H. M. M. D., & Ximenes, R. (1989). A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 23, 107-116.
- Alencar, C. H. M. D., Barbosa, J. C., Ramos Jr, A. N., Alencar, M. D. J. F. D., Pontes, R. J. S., Castro, C. G. J. D., & Heukelbach, J. (2008). Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(SPE), 694-700.
- AQUINO, D. M. C. de., et al. (2003) Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 6, 57-64.
- Barbosa, D. R., Almeida, M. G., & dos Santos, A. G. (2014). Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47(4), 347-356.
- De Souza Silva, M., et al. (2014) Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no estado do Acre: estudo retrospectivo. *Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas*, 39(2), 19-26.
- Façanha, A. Thays F., et al. (2020) Análise das incapacidades físicas por hanseníase em uma cidade do interior do Maranhão, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(2), e75922055-e75922055.
- Gonçalves, N. V., et al. (2018) A hanseníase em um distrito administrativo de Belém, estado do Pará, Brasil: relações entre território, socioeconomia e política pública em saúde, 2007-2013. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 9(2), 10-10.
- Helene, L. M. F., & Salum, M. J. L. (2002). A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 101-113.
- Leite, K. K. de C., et al. (2009) Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão.
- Lima, R. S. A. (2019) Análise de laudos anatomopatológicos de hanseníase em laboratórios do estado de Sergipe no período de 2007 a 2016.
- Melo, R. L. B., et al. (2022) Distribuição de casos novos da hanseníase em um estado do Nordeste. *Research, Society and Development*, 11(1), e15011124917-e15011124917.
- Moreno, C. M. da C., Enders, B. C., & Simpson, C. A. (2008) Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 671-675.
- Pacheco, M. A. B., Aires, M. L. L., & Seixas, E. S. (2014) Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(30), 23-30.
- Passos, C. E. de C., et al. (2013) Hanseníase no estado do Maranhão: Análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos.
- Raposo, M. T., et al. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe. 2011. Tese de Doutorado.
- Rodrigues, R. N., et al. (2020) Áreas de alto risco de hanseníase no Brasil, período 2001-2015. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3).
- Salles, B. O., Gonçalves, A., & Padovani, C. R. (2015) Perfil epidemiológico da hanseníase em hospital universitário de Campinas, SP: Explorando fichas de notificação. *Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas*, 40(2), 36-47.
- Souza, E. A. de., et al. (2018) Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. *Revista de Saúde Pública* 52, 20.
- Souza, W. V., Barcellos, C. C., Brito, A. M., Carvalho, M. S., Cruz, O. G., Albuquerque, M. D. F. M., & Lapa, T. M. (2001). Aplicação de modelo bayesiano empírico na análise espacial da ocorrência de hanseníase. *Revista de saúde Pública*, 35, 474-480.
- Waldman, E. A., & Sato, A. P. S. (2016). Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Revista de saúde pública*, 50.