

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE COLETIVA

Mayara de Sá Cavalcanti de Melo

Perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista - PE

Recife

2022

Mayara de Sá Cavalcanti de Melo

Perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista - PE

Trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva apresentado ao Programa de Pós-Graduação Lato Sensu do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientador: Ms. Domicio Aurélio de Sá

Recife
2022

Título do trabalho em inglês: Epidemiological profile of leprosy in the municipality of Paulista - PE.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Ministério da Saúde (MS) - Código de Financiamento 001.

M527p Melo, Mayara de Sá Cavalcanti de.
Perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista - PE
/ Mayara de Sá Cavalcanti de Melo. -- 2022.
54 p. : il.color.

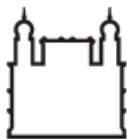
Orientador: Domicio Aurélio de Sá.
Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães,
Recife, 2022.
Bibliografia: f. 51-54.

1. Hanseníase - epidemiologia. 2. Perfil de saúde. 3. Diagnóstico
da situação de saúde. I. Título.

CDU 616-002.73

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Mayara de Sá Cavalcanti de Melo

Perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 22 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Morgana Cristina Leôncio de Lima
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Prof. Domício Aurélio de Sá
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz



Documento assinado eletronicamente por **Domício Aurelio de Sa, Pesquisador em Saúde Pública**, em 15/04/2024, às 16:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **MORGANA CRISTINA LEÔNCIO DE LIMA, Usuário Externo**, em 15/04/2024, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3774738** e o código CRC **4CD5E6DE**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar a dádiva do adormecer e acordar todos os dias e por me dar forças durante essa longa caminhada na residência.

A minha família, em especial a nuclear, que me proporcionou viver a minha trajetória acadêmica até aqui, oferecendo todo suporte e incentivo para continuar na estrada da vida.

Ao meu companheiro da vida, Paulo, que está comigo em todos os momentos, sempre me escuta e incentiva, sendo meu porto seguro.

Ao meu orientador, Domicio, por todos os ensinamentos, discussões, aprendizados conjuntos e compreensão pelos momentos familiares tão delicados que passei.

A Morgana, que aceitou o convite para participar da minha defesa e me tranquilizou em todos os momentos em que conversamos.

Aos meus colegas de turma do Aggeu Magalhães, em especial: Gisele, Karolliny, Mirtes, Polyana, Rayane, Romário, Thalia e Virgínia. Vocês são profissionais brilhantes e sanitaristas comprometidos com o SUS!

A Gisele, juntas desde a Universidade de Pernambuco, formamos uma dupla e tanto! Nossa amizade ultrapassou os muros da universidade. Nós conseguimos e não vamos parar por aqui!

Aos meus preceptores durante o período da residência, em especial Kênia Brilhante, Natália Nunes, Marcelle Lemos, Tathiana Teles, Rebeca Bezerra e Débora Amaral. Vocês me ensinaram todos os dias como trabalhar no SUS em todas as adversidades possíveis.

A equipe da Vigilância Epidemiológica do Paulista, que me acolheu enquanto residente e posteriormente como diretora, me proporcionando uma experiência única no meu início de carreira como sanitarista.

A Secretaria Executiva de Atenção Básica, que tão bem me recebeu enquanto residente e agora tenho a felicidade de fazer parte enquanto gestão.

A Monica, minha atual chefe imediata e parceira de trabalho, compartilhando esse desafio de ser gestora no SUS diariamente.

RESUMO

MELO, Mayara de Sá Cavalcanti de. Perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista-PE. 2022. Trabalho de conclusão de residência (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

A análise do perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista, Pernambuco, tem grande importância para entender como a doença se comportou ao longo dos anos, contribuindo com o conhecimento da situação de saúde da população, fornecendo informações que possam ajudar o enfrentamento da problemática e subsídio no planejamento de ações e estratégias a serem adotadas no município. Considerando o período de 2011 a 2020, foram utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, referentes a hanseníase, de pessoas residentes no município do Paulista. A coleta dos dados foi realizada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), via Tabnet e para análise dos dados foram utilizadas planilhas eletrônicas para construção de tabelas e gráficos. Em Paulista, foram notificados entre os anos de estudo 958 casos de hanseníase. Do total de casos, 50,2% eram homens, 10% do total de casos ocorreram em menores de 15 anos, 42% das pessoas eram pardas, 14,6% possuíam ensino médio completo, 63,36% possuíam a doença na forma multibacilar, 41,1% possuíam lesões de forma clínica dimorfa, 46,6% das pessoas foram avaliadas no diagnóstico da hanseníase com grau zero de comprometimento neural. No período do estudo, a partir do ano de 2015 houve um aumento expressivo de casos novos diagnosticados com grau II de incapacidade física, uma redução na proporção de cura entre os casos novos e uma oscilação de abandonos, com destaque nos últimos três anos do estudo, onde a grande variação tende para um aumento no número de abandonos. A hanseníase ainda se apresenta como um agravo de saúde pública. No município do Paulista os dados são preocupantes, considerando diversos achados no estudo realizado, é essencial que o agravo seja visto como prioridade pelos gestores, com melhor organização de planos e metas ampliadas, subsidiando tomadas de decisão e execução de atividades.

Palavras-chave: hanseníase; perfil de saúde; diagnóstico da situação de saúde; saúde pública.

ABSTRACT

MELO, Mayara de Sá Cavalcanti de. Epidemiological profile of leprosy in the city of Paulista-PE. 2022. Residency completion work (Multiprofessional Residency in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

The analysis of the epidemiological profile of leprosy in the city of Paulista, Pernambuco, is of great importance to understand how the disease has behaved over the years, contributing to knowledge of the health situation of the population, providing information that can help to face the problem and subsidy in the planning of actions and strategies to be adopted in the municipality. Considering the period from 2011 to 2020, data from the Notifiable Disease Information System - Sinan, referring to leprosy, from people residing in the city of Paulista were used. Data collection was carried out at the Department of Informatics of the SUS (DATASUS), via Tabnet and for data analysis, electronic spreadsheets were used to construct tables and graphs. In Paulista, 958 cases of leprosy were reported between the years studied. Of the total cases, 50.2% were men, 10% of the cases occurred in children under 15 years of age, 42% of the people were brown, 14.6% had completed high school, 63.36% had the disease in the form multibacillary, 41.1% had dimorphous clinical lesions, 46.6% of people were evaluated at the diagnosis of leprosy with zero degree of neural involvement. During the study period, from 2015 onwards, there was a significant increase in new cases diagnosed with degree II of physical disability, a reduction in the proportion of cures among new cases and an oscillation of dropouts, especially in the last three years of the study. , where the large variation tends towards an increase in the number of dropouts. Leprosy still presents itself as a public health problem. In the city of Paulista, the data are worrisome, considering several findings in the study carried out, it is essential that the problem is seen as a priority by managers, with better organization of plans and expanded goals, supporting decision-making and execution of activities.

Keywords: leprosy; health profile; diagnosis of health situation; public health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	GERAL	12
2.1	ESPECÍFICOS	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	A HISTÓRIA DA HANSENÍASE	13
3.2	MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE - MORHAM	14
3.3	ESTRATÉGIA GLOBAL DE HANSENÍASE 2021 - 2030	15
3.4	A HANSENÍASE E SEUS ASPECTOS CLÍNICOS	16
3.5	VIGILÂNCIA EM HANSENÍASE	19
3.6	ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HANSENÍASE	22
3.7	AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE	23
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	25
4.2	PERÍODO DO ESTUDO.....	25
4.3	LOCAL DO ESTUDO	25
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	27
4.5	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	38
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO PAULISTA.....	38

6.2 PERFIL CLÍNICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO PAULISTA	40
7 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível e crônica, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que atinge principalmente pele, olhos e nervos periféricos. A doença pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade, tem uma evolução lenta e progressiva, e quando não tratada, pode evoluir para incapacidades e deformidades físicas na face, membros superiores e inferiores (MENEZES; TAVARES, 2021; BRASIL, 2022).

No Brasil, os casos diagnosticados de hanseníase devem ser notificados através da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por ser uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória (APARECIDA et al., 2017; BRASIL, 2022).

No ano de 2020 foram notificados à Organização Mundial de Saúde (OMS) 127.396 casos novos de hanseníase no mundo, 19.195 ocorreram na região das Américas, sendo 17.979 (93,6%) notificados no Brasil. Assim, o Brasil ocupa o triste segundo lugar no ranking mundial em prevalência da hanseníase, ficando atrás apenas da Índia (BRASIL, 2022).

Das notificações brasileiras em 2019, 24.780 (86,5%) pessoas que passaram pela avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico, 2.109 (8,5%) tinham deformidades físicas visíveis. Outro dado importante é referente ao número de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase, representando 5,9% (1.705) do total de casos (BRASIL, 2021).

Com a situação do Brasil referente a hanseníase, o país se enquadra como de alta carga da doença, o que lhe confere uma grande problemática de saúde pública. A partir disso, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, com objetivo de reduzir a carga da doença no país (BRASIL, 2022).

Em questões geográficas, as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil possuem uma alta concentração no número de casos de hanseníase, quando comparados com o Sul e Sudeste do país. Em menores de 15 anos, em 2015, a região Nordeste concentrou 53,1% dos casos novos de hanseníase, em contrapartida, a região Sul, uma das mais ricas, registrou apenas 0,6% dos casos, evidenciando que a distribuição maior de casos é em áreas mais pobres (BASSO; ANDRADE; SILVA, 2021; LEANO et al., 2018).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES PE), no

estado, de janeiro a setembro de 2022, foram registrados 1.148 casos novos de hanseníase e 55 casos em menores de 15 anos. A SES-PE ressalta que são necessários trabalhos contínuos para conscientização da sociedade sobre a doença e diminuição da incidência (PERNAMBUCO, 2020; PERNAMBUCO, 2022).

No município do Paulista-PE, região metropolitana do Recife, foram notificados 155 casos novos de hanseníase, em 2017. Desses casos, 51 (33%) na forma paucibacilar e 104 (67%) na forma multibacilar, sendo o segundo, indicativo de maior número de casos da doença na forma mais grave, que tem maior potencial transmissor (PAULISTA, 2019).

Na perspectiva de conhecer sobre a situação de saúde da população e entendimento da situação epidemiológica da hanseníase, a realização de um estudo epidemiológico pode fornecer dados relevantes para subsídio do planejamento, tomada de decisões e adoção de medidas para redução do número de casos da doença.

No cenário atual da hanseníase, a insuficiência de informações referentes à evolução e comportamento da doença ao longo dos anos no município do Paulista dificulta o conhecimento do perfil epidemiológico da enfermidade e o planejamento de ações estratégicas para o enfrentamento da problemática.

Nesse sentido, buscando responder “qual a situação epidemiológica da hanseníase no município do Paulista-PE?”. Assim, este estudo se propõe a fazer uma descrição do perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista, a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A execução do estudo poderá contribuir com o conhecimento da situação de saúde da população, fornecer informações que possam ajudar o enfrentamento da problemática, entender como a doença se comportou ao longo dos anos, subsidiar o planejamento de ações e estratégias a serem adotadas no município para uma melhor atenção aos cidadãos paulistenses.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista, Pernambuco.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico da hanseníase no município do Paulista-PE, no período de 2011 a 2020;
- Identificar a tendência evolutiva dos principais indicadores da hanseníase no município do Paulista, no período de 2011 a 2020.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A HISTÓRIA DA HANSENÍASE

Desde o século 6 a.C, já haviam relatos sobre a hanseníase, que era conhecida como lepra ou mal de Lázaro. A doença era associada a desonra, pecado e impureza, além de ser confundida com outras doenças de pele, por isso, muitas pessoas tinham preconceito com aqueles que eram atingidos pela enfermidade. As pessoas adoecidas eram retiradas do convívio social de forma compulsória, sendo enviados para leprosários, onde viviam isolados, pois não existia a cura para a doença e ninguém queria conviver com um “leproso” (CAVALIERE, 2011).

Em 1873, a bactéria causadora da hanseníase foi descoberta pelo médico bacteriologista e dermatologista Armauer Hansen, então muitos mitos sobre a origem e transmissão da doença foram anulados, porém, o preconceito persistiu e o método de isolamento foi reforçado, amparados na teoria que o isolamento era o caminho para a erradicação da doença (FERREIRA, 2019; CAVALIERE, 2011).

A hanseníase não existia no Brasil até a chegada dos colonizadores. Em 1496, diversas pessoas que tinham hanseníase chegaram às terras brasileiras, entre holandeses, franceses, espanhóis e portugueses. Essas pessoas durante muitos anos geraram focos da doença (FERREIRA, 2019).

No Brasil, em 1935 foi criado o Plano Nacional de Combate a Lepra, quando houveram a construção dos leprosários espalhados pelo país, onde as pessoas doentes eram isoladas de forma compulsória. Apenas em 1962, após o decreto 968, quase 90 anos após a descoberta da bactéria, o isolamento não era mais uma regra (CAVALIERE, 2011; SILVA *et al.*, 2022).

Ao longo do tempo, com o avanço das pesquisas, foram desenvolvidos medicamentos para o tratamento da doença, sendo recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1981. O tratamento é oferecido em todo o mundo de forma gratuita desde 1995, mesmo ano que o Brasil proibiu o uso do termo “lepra”, buscando minimizar o preconceito existente em torno da doença (CAVALIERE, 2011).

A hanseníase é ainda um problema de saúde pública no Brasil, embora não tenha mais essa condição global desde o ano 2000. Os programas de controle da doença carregam muitos desafios. O principal deles ainda é o estigma e discriminação, que afetam pessoas adoecidas e comumente causam sofrimento mental e exclusão social pelas famílias e comunidades. Outro ponto importante é a

visão e pensamento errôneos que apenas os pobres adquirem a doença, visto que afeta as populações mais carentes, que enfrentam péssimas condições socioeconômicas e sanitárias, contudo, é importante destacar que apesar dos fatores negativos ocorrerem em locais específicos, a doença pode atingir pessoas de qualquer idade, sexo ou classe social (LEANO *et al.*, 2018; PERNAMBUCO, 2020; PAULISTA, 2018).

3.2 MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE – MORHAN

O Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), é um movimento social organizado que surgiu em 1981, realizando atividades voltadas para a hanseníase através de ações de conscientização e construção de políticas públicas. Outro ponto de luta do MORHAN é a garantia dos direitos das pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares (MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, 2022).

A missão do MORHAN é possibilitar que a hanseníase seja entendida como qualquer outra doença que tem tratamento e cura, buscando a eliminação do estigma e preconceito que rodeiam o agravo desde os séculos passados. Enquanto visão, o movimento busca continuar sendo uma referência para informações e apoio a pessoa atingida pela hanseníase, assim como tornar o Brasil referência no tratamento e respeito aos direitos humanos das pessoas atingidas pela doença (MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, 2022).

Como movimento nacional, o MORHAN obteve várias participações em atividades e conquistas ao longo dos anos. Em 1987, foi garantido o direito ao transporte público gratuito para todas as pessoas acometidas pela hanseníase na cidade de São Paulo. Em 1988 foi criada uma nova portaria do MS para a hanseníase. No ano de 1989 foi realizada a primeira campanha na grande mídia brasileira sobre a hanseníase (MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, 2022).

Na década de 1990 ocorreu a queda da lei eleitoral em que os títulos de eleitor das pessoas atingidas pela hanseníase deveriam ser esterilizados. Em 1991 surgiu a nova legislação sobre o controle de doenças dermatológicas sanitárias, onde foram inseridos os componentes de educação em saúde e relação com o usuário. No ano de 1995 o MORHAN conquista a promulgação da lei 9010, que proíbe o uso do termo

“lepra” em documentos oficiais por qualquer órgão público governamental (MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, 2022).

Nos anos 2000 as conquistas continuaram. Em 2007, após muita pressão, foi aprovada a medida provisória 373, que instituiu pensão vitalícia às pessoas atingidas pela hanseníase que viveram a internação compulsória no país. Em 2008 o MORHAN cria e publica a *Cartilha Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do SUS* (MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, 2022).

O MORHAN possui núcleos por todo o Brasil. Os membros do movimento são voluntários, portanto, não recebem nenhum tipo de remuneração salarial. Em Pernambuco, atualmente, tem-se dois núcleos atuantes: Recife e Jaboatão. Os grupos são compostos principalmente de pacientes, ex-pacientes, acadêmicos da área da saúde, professores e profissionais de saúde, que realizam ações de mobilização comunitária, momentos de educação em saúde e incentivo e apoio para que os usuários busquem a garantia dos seus direitos (SANTOS *et al.*, 2019).

Em Recife, o movimento possui parceria com diversas entidades governamentais e não governamentais para realização de ações para a hanseníase, sendo algumas delas o Centro Social da Mirueira – CSM, a ONG Netherland Leprosy Relief (NLR) no Brasil, Nippon Foundation, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES PE, Secretarias municipais de saúde (em especial Recife e Paulista), Pastoral Carcerária, Arquidiocese de Olinda e Recife, entre outros (SANTOS *et al.*, 2019).

As principais ações realizadas pelo MORHAN são: Visitas a serviços de saúde, ações de educação em saúde para a sociedade, busca ativa de casos novos de hanseníase, oficinas de direitos e deveres para usuários acompanhados por Grupo de Autocuidado em hanseníase (GACs), formação de lideranças para voluntários do MORHAN, participação em eventos científicos para divulgar o movimento, visitas à pacientes e ex-pacientes de hanseníase, entre demais ações. (SANTOS *et al.*, 2019).

3.3 ESTRATÉGIA GLOBAL DE HANSENÍASE 2021 – 2030

A OMS desenvolveu a *Estratégia Global para a hanseníase (2021 - 2030) - Rumo à zero hanseníase*, com a meta de interrupção da cadeia de transmissão e zero casos autóctones, de forma a incentivar os países com alta carga da doença, como o

Brasil, a acelerarem suas atividades voltadas para o agravo (OMS, 2021).

Até o ano de 2030, a estratégia visa: 120 países com zero número de casos autóctones, 70% de redução do número anual de casos novos detectados, 90% de redução da taxa por milhão de habitantes de novos casos com grau de incapacidade 2 e 90% de redução da taxa por milhão de crianças de casos novos de hanseníase em crianças (OMS, 2021).

Enquanto pilares estratégicos e componentes da estratégia global de hanseníase, tem-se: implementar, em todos os países endêmicos, um roteiro zero hanseníase do próprio país; ampliar a prevenção da hanseníase integrada com a detecção ativa de casos; controlar a hanseníase e suas complicações e prevenir novas incapacidades; e combater o estigma e garantir que os direitos humanos sejam respeitados (OMS, 2021).

Na estratégia global, são elencados alguns desafios a serem enfrentados no caminho *Rumo à zero hanseníase*: o atraso na detecção; a capacidade limitada ou decrescente de experiência em hanseníase; a limitação do envolvimento das partes interessadas; o estigma e a discriminação; lacunas nas pesquisas; limitado acesso ou encaminhamento a serviços essenciais de cuidados; não implantação de sistemas de vigilância de rotina em muitos países; fracos sistemas de informação em saúde; resistência medicamentosa antimicrobiana (RAM); reações adversas aos medicamentos; emergências de saúde públicas que sobrecarregam os sistemas de saúde; transmissão zoonótica do *M. leprae* pelo tatu; migração de pessoas (OMS, 2021).

3.4 A HANSENÍASE E SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, acometendo principalmente pele e nervos periféricos, podendo causar lesões neurais e sequelas irreversíveis, quando diagnóstico tardio (BRASIL, 2020).

Os principais sinais e sintomas da hanseníase são: manchas na pele (brancas, vermelhas, acastanhadas ou amarronzadas); áreas de pele com alteração de sensibilidade (tátil, térmica e/ou dolorosa); sensação de formigamento ou fisgadas, principalmente nas mãos e pés; diminuição da força muscular e nódulos no corpo (por vezes avermelhados e dolorosos) (BRASIL, 2020).

A transmissão da hanseníase se dá a partir de contato próximo e prolongado com pessoas doentes que estão sem tratamento, através de secreções nasais, tosse, fala e espirro. É importante destacar que a hanseníase não se transmite através do toque, relações sexuais ou objetos, portanto, não há necessidade de isolamento da pessoa ou separação de uso de utensílios (BRASIL, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2022).

A hanseníase pode acometer pessoas de qualquer idade, entretanto, o aparecimento da doença em menores de 15 anos geralmente está associado com uma transmissão intradomiciliar ativa, um usuário bacilífero sem tratamento, deste modo, existe uma importância ímpar quando aparecem jovens menores de 15 anos com diagnóstico de hanseníase. O surgimento de crianças com hanseníase são um importante indicador de alta endemicidade da doença e ações insuficientes de vigilância, controle e educação em saúde (FUJISHIMA; LEMOS; MATOS, 2020).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico-epidemiológico, onde é realizado o exame clínico da pele e dos nervos, em busca de lesões/áreas de pele com alterações de sensibilidade (dolorosa, tátil e/ou térmica). Também é avaliado o comprometimento de nervos periféricos, em conjunto com a avaliação dermatoneurológica, assim como a realização de investigação do histórico familiar de casos de hanseníase (BRASIL, 2020, BRASIL 2022).

O exame baciloscópio para hanseníase, que consiste num esfregaço intradérmico do raspado de pele, é utilizado de forma complementar para dar suporte à classificação do tipo de hanseníase. Ressalta-se que, um resultado de baciloscopia negativo não exclui o diagnóstico da hanseníase (BRASIL, 2022).

A hanseníase possui uma classificação operacional baseada no número de lesões na pele identificadas no diagnóstico, são elas: a forma paucibacilar (PB) e multibacilar (MB). A forma PB é caracterizada como casos de pessoas que possuem até 5 lesões de pele, já a MB são pessoas com mais de 5 lesões (BRASIL, 2022).

A hanseníase paucibacilar apresenta duas possíveis formas clínicas da doença, a primeira é chamada de indeterminada, sendo a fase inicial, possui lesões com contornos mal definidos e sem acometimento de nervos. A hanseníase tuberculóide é a segunda forma da PB, onde se tem lesões em forma de manchas ou placas, bem definidas e geralmente com um nervo comprometido (podendo ocorrer inflamação do nervo) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2022).

A hanseníase multibacilar também apresenta mais duas formas clínicas:

borderline ou dimorfa e virchowiana. O tipo borderline/dimorfa se assemelha visualmente com a forma PB tuberculóide, porém com possível comprometimento de dois ou mais nervos e ocorrências mais frequentes de quadros reacionais. A forma virchowiana é a forma mais avançada da doença, onde existe a dificuldade de identificar quais áreas de pele são normais e quais são danificadas, podendo comprometer nariz, rins e aparecimento de neurite e eritema nodoso na pele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2022).

No momento do diagnóstico da hanseníase é primordial que seja realizada a avaliação de Grau de Incapacidade Física (GIF), com objetivo de analisar e monitorar a função neural, e se o usuário possui algum grau de incapacidade física, com finalidade de prevenir ou minimizar as possíveis complicações causadas pela doença. O instrumento para realização da GIF é o formulário de avaliação neurológica simplificada (ANS) (BRASIL, 2022; MORAIS; FURTADO, 2018).

A incapacidade física em hanseníase é classificada por graus, de 0 (Zero) à II (dois). Nessa avaliação o profissional utiliza a ficha de avaliação neurológica do Ministério da Saúde, fio dental e o kit de seis monofilamentos de *Semmes-Weinstein*, onde, seguindo a ficha do MS o profissional fará o passo-a-passo de inspeção e avaliação nos pontos específicos nas mãos, pés, olhos. Ao final, será feita uma soma referente aos pontos observados (MORAIS; FURTADO, 2018).

O grau zero significa ausência de incapacidade. O grau I (um) indica diminuição ou perda de sensibilidade em alguma das partes do corpo analisadas. O grau II é o estado mais avançado das incapacidades, com alterações motoras ou deformidades físicas visíveis (MORAIS; FURTADO, 2018).

O tratamento da hanseníase é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita, por meio da Poliquimioterapia única (PQT-U), um combinado das drogas rifampicina, dapsona e clofazimina. O tratamento pode durar de 6 à 12 meses, sendo a PB com duração de 6 meses e a MB com duração de 12 meses. (BRASIL, 2021).

A PQT-U é um tratamento comprovadamente eficaz, atuando na diminuição da resistência medicamentosa do bacilo, provocando sua morte. Durante o tratamento, o usuário toma doses supervisionadas por um profissional de saúde e as demais doses são auto administradas. Portanto, quando o tratamento é realizado de forma correta e completa, a cadeia de transmissão é interrompida e o paciente obtém a cura (BRASIL, 2022).

3.5 VIGILÂNCIA EM HANSENÍASE

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) define vigilância em saúde como um processo contínuo que envolve: coleta, consolidação e análise de dados, somado a divulgação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

A PNVS traz como uma de suas premissas, no artigo 4º (quarto), que a política deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, pressupondo a inserção de ações de vigilância em todos a Rede de Atenção à Saúde (RAS), portanto, todos os profissionais da saúde são serem vigilantes, em todos os níveis de atenção, sempre em articulação para construção de protocolos, linhas de cuidado, matriciamento da rede e definição de estratégias e fluxos da rede (BRASIL, 2022).

A Vigilância em Saúde se subdivide em: ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador. A vigilância epidemiológica é aquela que reconhece os agravos de notificação compulsória e investiga os acontecimentos de saúde-doença ocorridos num território específico, assim como atua no controle dos mesmos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

A vigilância epidemiológica em hanseníase tem por objetivos a detecção e tratamento dos casos novos, examinar e orientar os contatos dos casos novos de hanseníase e examinar e orientar a população que reside em áreas endêmicas para a doença, focando na detecção precoce para a quebra de cadeia de transmissão (BRASIL, 2022).

Para definição de caso de hanseníase, a pessoa precisa apresentar um dos seguintes sinais e/ou sintomas: lesões com área de alteração de sensibilidade (térmica/tátil/dolorosa), comprometimento de algum nervo periférico e/ou presença de bacilos *Mycobacterium leprae* na baciloscopia de raspado intradérmico ou biópsia de pele. É importante destacar que apenas uma baciloscopia negativa não exclui a doença (BRASIL, 2022).

A notificação de um caso de hanseníase deverá ser feita na semana epidemiológica da ocorrência do seu diagnóstico por meio da ficha de notificação/investigação da hanseníase no Sinan, que deverá ser preenchida por profissionais de saúde no local em que a pessoa foi diagnosticada, seja em serviços

públicos ou privados, em qualquer um dos três níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2022).

Quando a unidade de saúde recebe um caso suspeito de hanseníase em menores de 15 anos, além da ficha de notificação, deverá ser preenchida a ficha do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos (Pcid <15). O diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos com grau de incapacidade física 2 é um alerta, sendo considerado um incidente crítico de investigação imediata (BRASIL, 2022).

Na confirmação de um caso de hanseníase, deve ser feita de imediato uma investigação epidemiológica. A investigação tem por objetivo a descoberta de possíveis casos novos entre pessoas que conviveram ou convivem com o indivíduo diagnosticado com a doença e suas possíveis fontes de infecção, pois, as pessoas que convivem com aquela que está doente têm maior risco de adoecerem do que a população em geral (BRASIL, 2022).

A investigação epidemiológica é a principal medida para estabelecer a rede de contatos e a busca pelos possíveis demais casos de hanseníase a partir daquele que foi notificado. Sobre a busca ativa de contatos para realização do exame, a AB possui maior capacidade para esta atividade, considerando que as visitas domiciliares são uma excelente estratégia para busca desses indivíduos (BRASIL, 2022).

A vigilância de contatos como estratégia é uma das medidas mais eficazes para diagnóstico e controle da hanseníase. É importante identificar quais são os contatos domiciliares, definidos pelo MS como pessoas que morem ou tenham morado com a pessoa doente, pessoa que tenha ou tiveram convívio de forma próxima e prolongada, incluindo além dos familiares, vizinhos, colegas de escola e trabalho, de acordo com o grau de convivência (SANTOS *et al.*, 2019).

O rastreamento dos contatos identificados na investigação epidemiológica, assim como a examinação dos mesmos, tem como vantagem a possibilidade do diagnóstico precoce da doença em outras pessoas e a redução do risco de transmissão. Portanto, para cada caso novo identificado, é necessário a realização da investigação epidemiológica e o exame de contatos, para que haja a interrupção da cadeia de transmissão (SANTOS *et al.*, 2019).

Para os contatos que foram examinados e não houve diagnóstico de hanseníase na avaliação realizada, é recomendado pelo MS a realização de um exame físico uma vez ao ano durante cinco anos, independente da classificação

operacional do caso notificado. Após os cinco anos, as pessoas deverão ser orientadas que existe a possibilidade de surgimento de hanseníase no futuro, portanto, é importante que todos estejam atentos aos possíveis sinais e sintomas (BRASIL, 2022).

O acompanhamento do caso novo de hanseníase é primordial para a avaliação da efetividade do tratamento e qualidade da atenção prestada. O Boletim de Acompanhamento de casos no Sinan é o instrumento que identifica os casos de hanseníase que foram notificados pelas unidades de saúde. Os boletins deverão ser emitidos pela Vigilância Epidemiológica (VE) do município e serem encaminhados fisicamente para as unidades de saúde, para que façam as atualizações (BRASIL, 2022).

Os boletins deverão ser atualizados com as informações de acompanhamento e seguimento da evolução clínica dos usuários notificados. Após a atualização, as unidades deverão devolver os boletins para a VE, onde as novas informações serão inseridas no Sinan (BRASIL, 2022).

Os boletins contêm informações sobre a data do último comparecimento, classificação operacional atual, esquema terapêutico atual, número de doses de PQT-U administradas, número de contatos examinados, e quando houver encerramento, deve ter o tipo de encerramento, a data do encerramento e o grau de incapacidade na alta por cura. Além das informações anteriores, o instrumento também conta com um espaço para preenchimento do número de contatos registrados e examinados (BRASIL, 2022).

Nos critérios para encerramento do caso, a alta por cura deverá ser estabelecida considerando a regularidade da realização do tratamento em conjunto com a avaliação neurológica simplificada e orientação para os cuidados pós-alta. A saída por abandono se configura por não continuidade do tratamento por mais de três meses consecutivos para usuários paucibacilares e por mais de seis meses para os que possuem a forma multibacilar (BRASIL, 2022).

As pessoas que retornam ao tratamento para o mesmo ou outros serviços após abandono, deverão ser reavaliados para a definição da conduta terapêutica, notificados como “reingresso por abandono”. Os demais encerramentos são: transferência para o mesmo município, para outro município, para outro estado ou para outro país, óbito por hanseníase ou por outra causa, como erro diagnóstico (BRASIL, 2022).

3.6 ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HANSENÍASE

A Atenção Primária à Saúde (APS) compõe o primeiro nível de atenção à saúde, sendo a principal porta de entrada no SUS, atuando no âmbito individual e coletivo, com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2022).

No Brasil, a APS atua de forma descentralizada, tendo como sua principal estratégia governamental o Estratégia Saúde da Família (ESF), onde são ofertados aos usuários ações de educação em saúde, consultas, vacinas, exames, entre outros serviços apresentados na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) (BRASIL, 2022).

A Casaps traz como serviços voltados para a hanseníase: Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com hanseníase (em todas as idades) e abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase (BRASIL, 2019).

A estratégia de busca ativa de casos de hanseníase deve ser uma rotina inserida nas atividades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios. A descoberta de casos novos da doença ocorre por meio de detecção ativa e passiva. São ações estratégicas: busca sistemática de casos, investigação epidemiológica de contatos, exames de coletividade, exames em pessoas que chegam por demanda espontânea, educação em saúde para a comunidade, capacitação dos profissionais para identificação e manejo do agravo, busca em grupos específicos que possuem dificuldades por barreiras de acesso, entre outros (BRASIL, 2022).

O diagnóstico de hanseníase na AB é essencialmente clínico, realizado através do exame dermatoneurológico, para identificar lesões/áreas de pele com alteração de sensibilidade tátil e/ou térmica e/ou dolorosa e comprometimento neural. É importante destacar que, comprometimento neural sem lesão configura-se como um caso suspeito de hanseníase neural pura, e deverão ser encaminhados para unidades de saúde com maior complexidade para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2008).

As pessoas diagnosticadas com hanseníase deverão comparecer à unidade de saúde todos os meses, para receberem a dose supervisionada e também orientações e avaliações. Este também é o momento para dialogar com o usuário sobre a importância do exame de contatos, agendá-los e prosseguir com a investigação de

cada pessoa (BRASIL, 2008).

Quando o usuário comparecer à unidade, o mesmo deverá ser atendido pelo profissional médico ou enfermeiro, para que sejam identificados possíveis reações, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos que estão sendo utilizados no tratamento (BRASIL, 2008).

Os profissionais deverão orientar aos usuários e seus familiares sobre a necessidade e importância do autocuidado, que deverá fazer parte do cotidiano da pessoa durante o tratamento e após o mesmo, para evitar que haja maiores danos neurológicos. A consulta médica deverá ser realizada no mínimo uma vez a cada trimestre e em casos de intercorrências (BRASIL, 2008).

Em casos de intercorrências, reações adversas, estados reacionais e dúvidas no diagnóstico, as unidades de saúde deverão encaminhar esses usuários para serviços de referência de maior complexidade. Nessas situações, os profissionais deverão preencher o documento de referência e contra referência utilizado pelo município, constando as informações de: resumo da história clínica, data de início do tratamento, esquema terapêutico utilizado, número de doses administradas e tempo de tratamento (BRASIL, 2008).

A contra referência deverá sempre ser acompanhada de informações sobre as condutas realizadas no serviço de referência, assim como as condutas e orientações para seguimento do cuidado ao usuário atingido pela hanseníase no serviço de saúde de origem (BRASIL, 2008).

Os usuários em tratamento que não comparecerem na unidade de saúde para a dose supervisionada deverão receber visitas domiciliares, com objetivo de fazer a busca desse usuário, intervir nas possíveis causas em relação às faltas, orientá-los sobre a importância do tratamento correto e completo para o alcance da cura e evitar que haja uma situação de abandono do tratamento (BRASIL, 2008).

As pessoas atingidas pela hanseníase que possuem outras comorbidades como HIV/AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias e/ou endocrinopatias, deverão ser encaminhadas para acompanhamento às unidades de saúde com maior complexidade (BRASIL, 2008).

3.7 AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE

As práticas do autocuidado são técnicas e exercícios que o usuário, com apoio,

incentivo e capacitado devem realizar em casa ou em GACs, no período do tratamento e pós alta. As pessoas atingidas pela hanseníase devem ter cuidados diários, em especial com a face, mãos e pés, desde inspeção dos membros à utilização itens de proteção, se necessários, como óculos, proteção solar, entre outros (BRASIL, 2022).

A adesão ao autocuidado depende de diversas questões, visto que esses cuidados serão para toda a vida do usuário que foi atingido pela hanseníase, pois, embora haja a cura da doença, é necessário o tratamento para as sequelas deixadas pela enfermidade. A realização do autocuidado tem um papel essencial no tratamento da doença, minimização e prevenção de maiores sequelas que a hanseníase pode causar (CARVALHO *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2018).

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na orientação e incentivo às pessoas atingidas pela hanseníase sobre a realização do autocuidado, no diagnóstico, tratamento, alta e pós alta.

Os GACs são espaços que os usuários acometidos pela doença aprendem a identificar e conhecer o agravo, assim com suas limitações, aprendendo a praticar o cuidado consigo mesmo e com seu corpo, através de abordagens individuais e/ou coletivas. Para além de práticas de autocuidado, os indivíduos que participam de GACs podem trocar experiências entre si e criam vínculos sociais (LIMA *et al.*, 2018).

Nos GACs os indivíduos são vistos no seu contexto biopsicossocial, pois além de abordagens clínicas, também são trabalhados a autoestima, confiança, empoderamento e participação social. A inserção de GACs nos serviços de saúde são de importância ímpar no cuidado integral às pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares (LIMA *et al.*, 2018).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, observacional, de corte transversal com série temporal, a partir de dados secundários do Ministério da Saúde.

4.2 PERÍODO DO ESTUDO

O período selecionado foi de 2011 a 2020. A escolha desse período de análise dos dados do SINAN foi a partir do último ano com os dados consolidados pelo MS e os dez anos anteriores, possibilitando uma análise evolutiva da tendência temporal.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

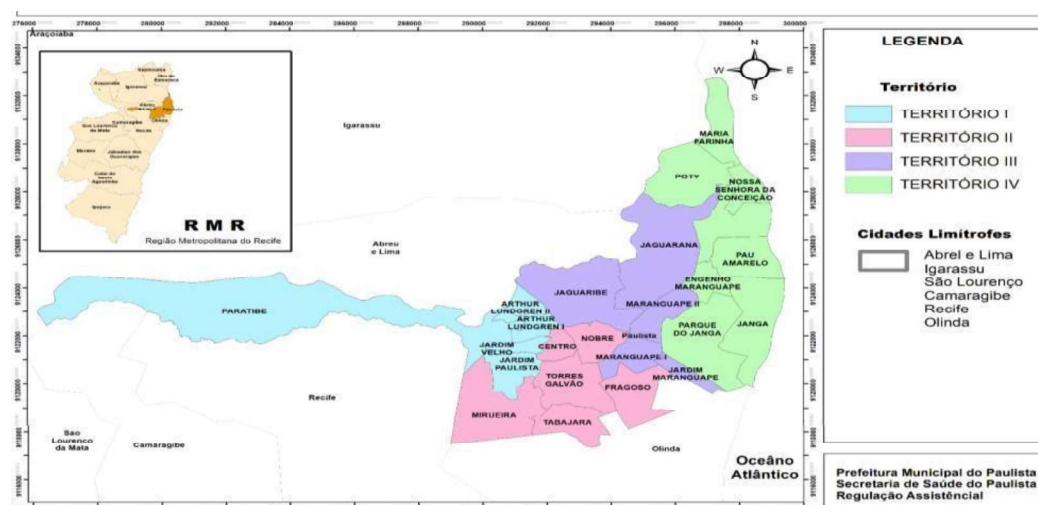
O estudo foi desenvolvido no município do Paulista, cidade no estado de Pernambuco, que faz parte da Região Metropolitana do Recife.

A escolha pelo município do Paulista para este estudo se deu por ser o município de moradia da autora, assim como foi um campo de estágio no período da residência de saúde coletiva e posterior espaço de trabalho enquanto gestão da vigilância epidemiológica do município.

O município do Paulista localiza-se na região metropolitana do Recife, ao norte do estado de Pernambuco. Sua população estimada para o ano de 2020 foi de 334.375 pessoas. É um dos 19 municípios que compõem a I Regional de Saúde do estado, sendo o terceiro município com maior densidade demográfica da Região de Saúde (BRASIL, [s.d.]; PAULISTA, 2019).

Paulista é um Município constituído por 24 bairros, divididos em quatro regiões Político Administrativas, sendo elas: regional de Paratibe (Paratibe, Artur Lundgren I, Artur, Lundgren II, Jaguaribe, Jardim Velho), regional de Jardim Paulista (Jardim Paulista Baixo, Jardim Paulista Alto, Mirueira e Mumbeca), regional de Maranguape (Jardim Maranguape, Alameda Paulista, Uruba, Jaguarana, Engenho Maranguape, Maranguape I, Maranguape II, Riacho de Prata I e Riacho da Prata II) e regional das praias (Enseadinha, Janga, Pau Amarelo, Nossa Senhora do Ó, Nossa Senhora da Conceição e Maria Farinha) (PAULISTA, 2018).

Figura 1 - Territorialização da Saúde do Município do Paulista, Pernambuco.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde do Paulista.

Quanto à estrutura de saúde de Paulista, destaca-se a Atenção Básica (AB), onde o município conta com 40 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 44 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 26 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Além da AB, o município conta com Centros de Saúde, equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Academia da Saúde (PAULISTA, 2022).

A cobertura de Atenção Básica no município do Paulista para o ano de 2020 foi de 50,50%, com estimativa de 148.350 pessoas cobertas pela ESF (BRASIL, 2022).

Para os serviços da rede especializada, Paulista conta com cinco policlínicas; uma pronto clínica; uma rede de saúde mental com Centros de Atenção Psicossocial (transtorno mental e álcool e outras drogas) e residências terapêuticas; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente; Centro de Reabilitação; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (PAULISTA, 2022).

Enquanto rede complementar, o município realiza exames laboratoriais de rotina, alguns exames de imagem (ultrassonografia, mamografia e radiologia), exames audiológicos e consultas especializadas em oftalmologia (PAULISTA, 2022).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelo universo de casos de hanseníase registrados no SINAN, no período de 2011 a 2020, residentes no município do Paulista-PE.

Foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Pessoa: sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.
- Lugar: município de residência.
- Doença: classificação operacional no diagnóstico, forma clínica, avaliação de grau de incapacidade no diagnóstico, modo de entrada e tipo de saída (cura e abandono).

4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados sobre a hanseníase no município do Paulista-PE foi realizada no Sinan, por meio de tabulação direta no banco de dados disponibilizado pelo DATASUS, via Tabnet.

Na análise dos dados foram utilizadas planilhas eletrônicas para a construção de tabelas e gráficos.

A partir dos dados coletados, foram analisados os seguintes indicadores:

- Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase;
- Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos;
- Taxa de detecção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
- Proporção de casos novos de hanseníase segundo variáveis relativo à pessoa: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade;
- Proporção de casos novos de hanseníase segundo variáveis relativo à doença: classificação operacional, forma clínica e grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
- Proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade

física no diagnóstico;

- Proporção de cura e abandono entre os casos novos de hanseníase;

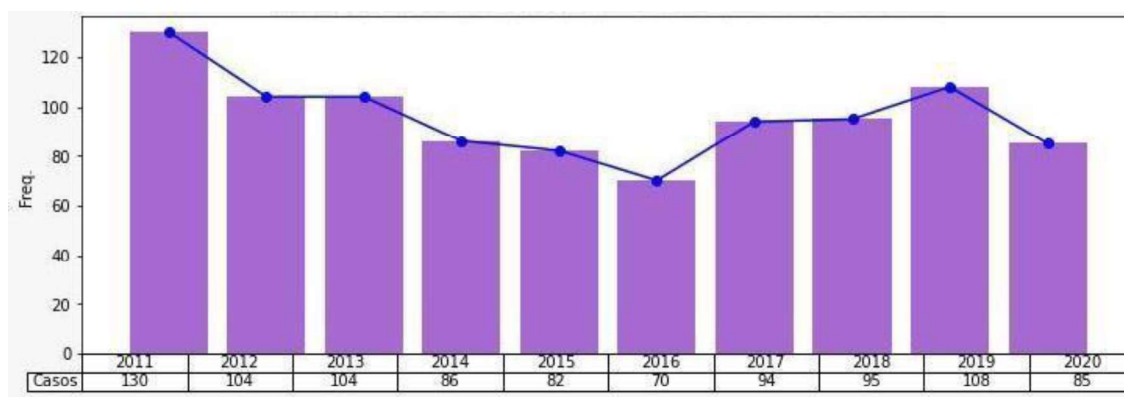
4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa se deu a partir da coleta de dados secundários de acesso público no DATASUS, nesse sentido, não sendo necessário o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

5 RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2020 foram notificados no Sinan 958 casos novos de hanseníase, sendo o ano de 2011 o ano com o maior número de notificações (130), correspondendo a 13,56 % do total e ano de 2016 com menor número (70), representando 7,30% do total de casos da série histórica. Observa-se uma tendência de queda de casos novos até 2015, contudo, a partir de 2016 há uma reversão, onde ocorre um aumento do número de casos.

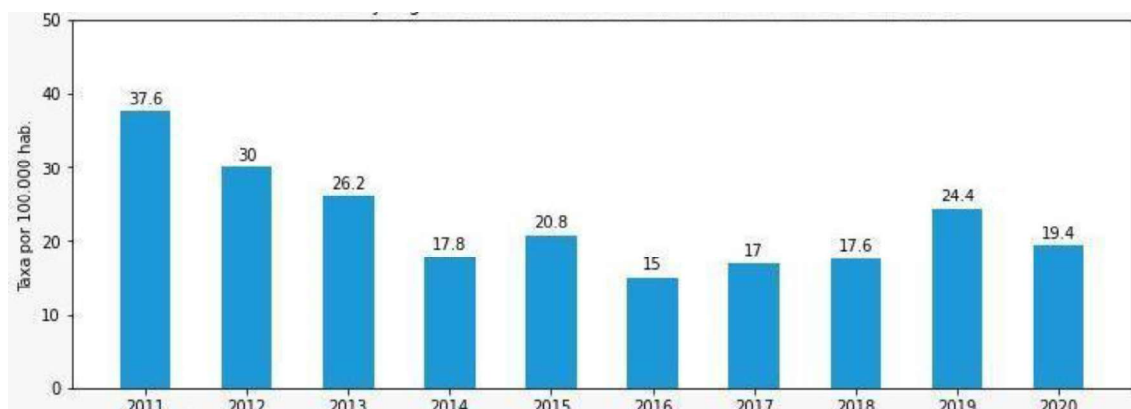
Gráfico 1 – Distribuição de casos notificados de hanseníase. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Quanto à detecção geral de casos novos de hanseníase, apresentada no gráfico 2, o ano de 2011 se destaca com a maior taxa de detecção (37,6), em contrapartida, o ano de 2016 apresenta uma taxa de 15, sendo a menor de toda a série histórica do estudo. A partir de 2017 há uma reversão da tendência de queda de número de casos, em relação aos anos anteriores.

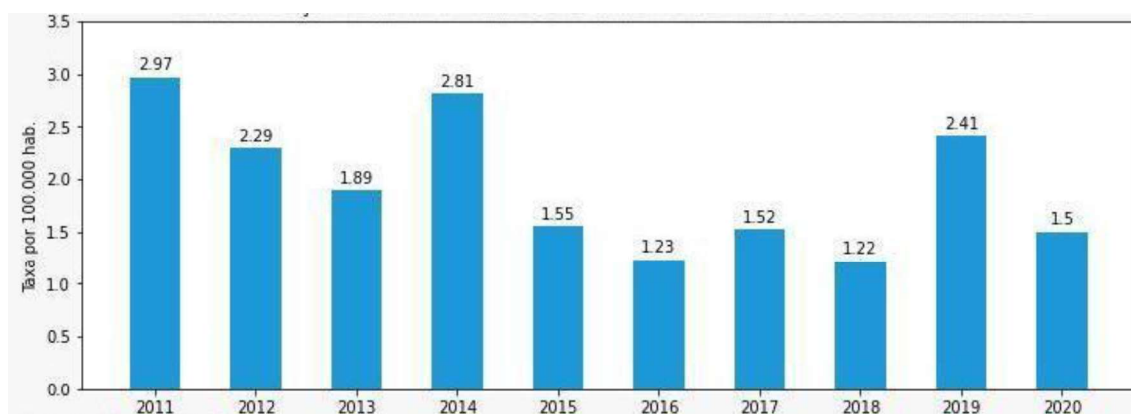
Gráfico 2 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Referente à taxa de detecção em menores de 15 anos, o ano de 2011 apresentou a maior taxa, com 2,97%. Em contrapartida, o ano de 2018 possui a menor taxa da série histórica (1,22).

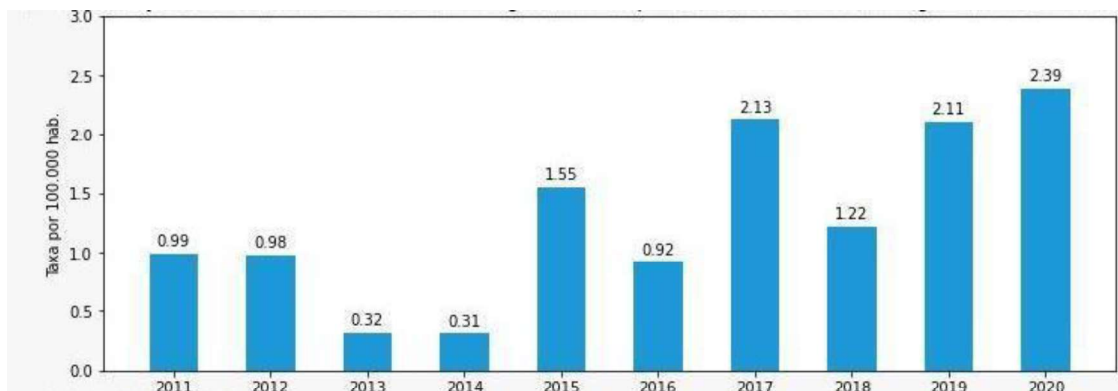
Gráfico 3 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Quanto à taxa de detecção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, o ano de 2014 apresenta a menor taxa (0,31) e o ano de 2020 se destaca com a maior taxa de 2,39.

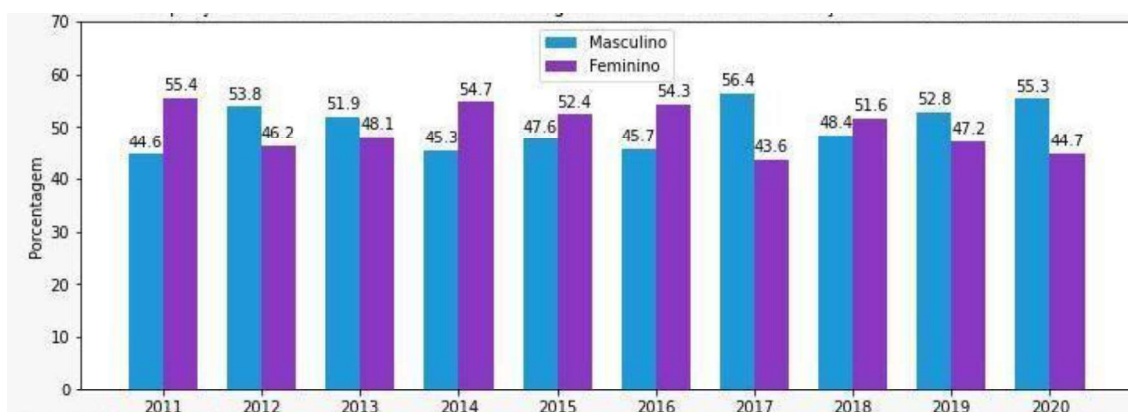
Gráfico 4 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Na distribuição de casos por sexo, a população masculina representa 50,2% (481) do número total, enquanto a população feminina representa 49,8% (477), com uma pequena diferença de 0,4% entre os sexos. No gráfico 5 percebe-se oscilação de predominância de ambos os sexos.

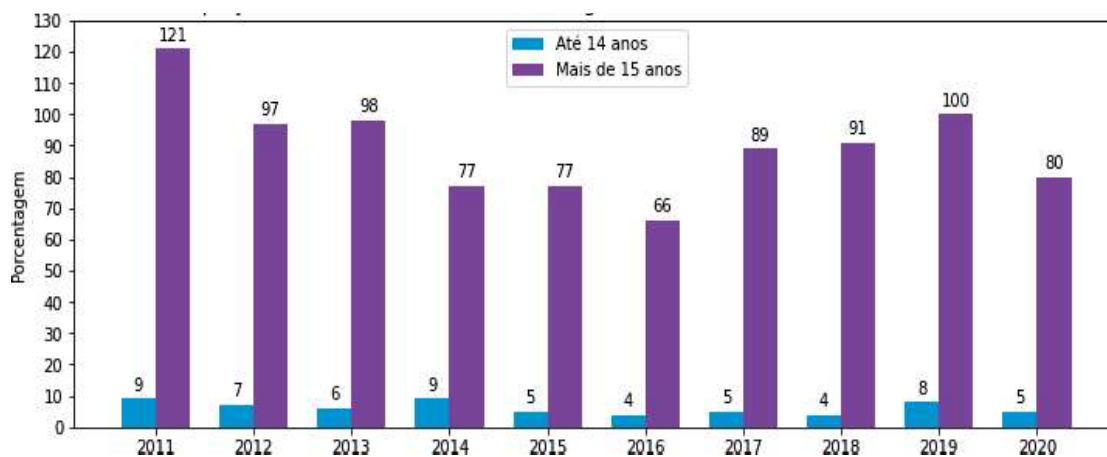
Gráfico 5 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo e ano de notificação. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Quanto à distribuição de casos por faixa etária, destacam-se os casos em menores de quinze anos, que aparecem em todos os anos, com destaque para o ano de 2019, onde quase 10% do total de casos notificados de hanseníase foram nessa faixa etária.

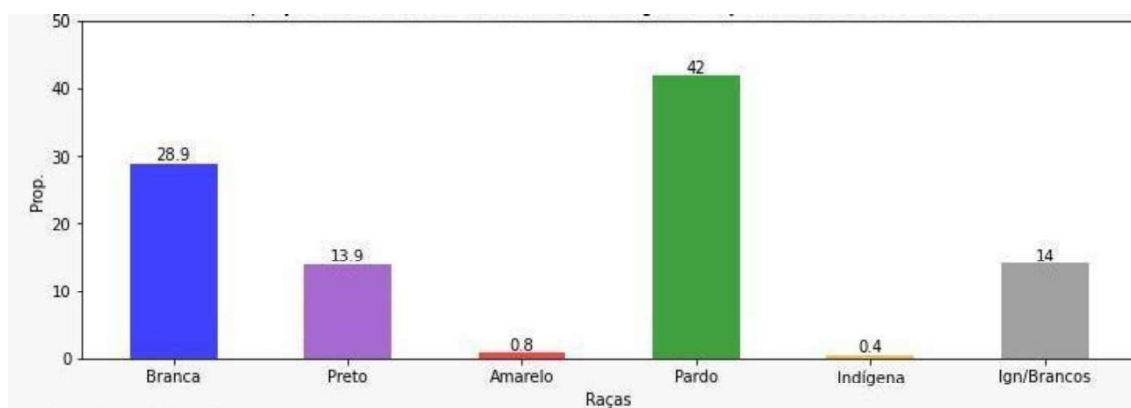
Gráfico 6 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo faixa etária hans. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Quanto a raça, a maioria dos usuários autodeclararam-se pardos, representando 42% (402) das notificações realizadas. Para a cor branca, tem-se 28,9% (277), 13,9% (133) das pessoas consideraram-se pretas, 0,8% (8) amarela, 0,4% (4) indígena, somadas a 14% (134) das notificações com a informação “raça” em branco ou ignorado.

Gráfico 7 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.

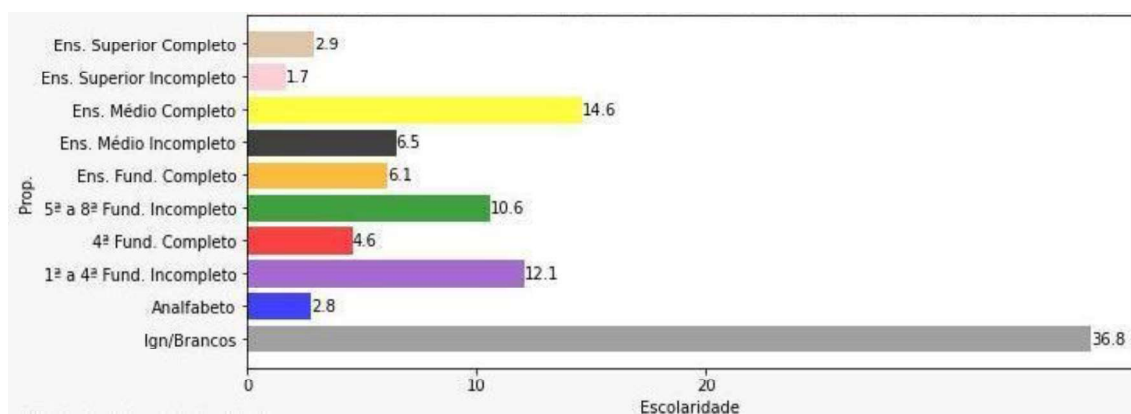


Fonte: SINAN – 2021

Considerando o preenchimento do campo escolaridade nas notificações de hanseníase nos anos do estudo, o campo ignorado ou em branco destacou-se como

mais expressivo nas notificações somando 36,8% (353), seguido de 14,6% (140) que possuíam ensino médio completo, 12,1% (116) com ensino fundamental I incompleto, 10,6% (102) informaram ter ensino fundamental II incompleto, 6,5% (62) com ensino médio incompleto, 6,1% (58) tinham ensino fundamental II completo, 4,6% (44) possuíam ensino fundamental I completo, 2,9% (28) das pessoas tinham ensino superior completo, 2,8% (27) eram analfabetos, e 1,7% (16) ensino superior incompleto.

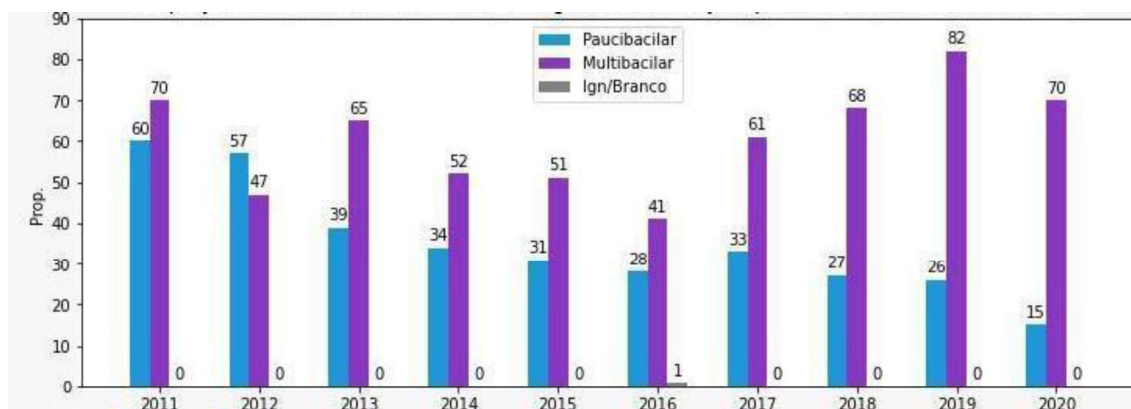
Gráfico 8 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo escolaridade. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Quanto à classificação operacional, 63,36% (607) das pessoas foram diagnosticadas na forma multibacilar da doença, 36,54% (350) foram classificados na forma paucibacilar e 0,1% (1) teve o campo ignorado ou em branco. No gráfico 9, a série histórica mostra que a forma multibacilar apenas não foi predominante no ano de 2012. Após o ano de 2016 é possível observar o aumento de casos na forma multibacilar.

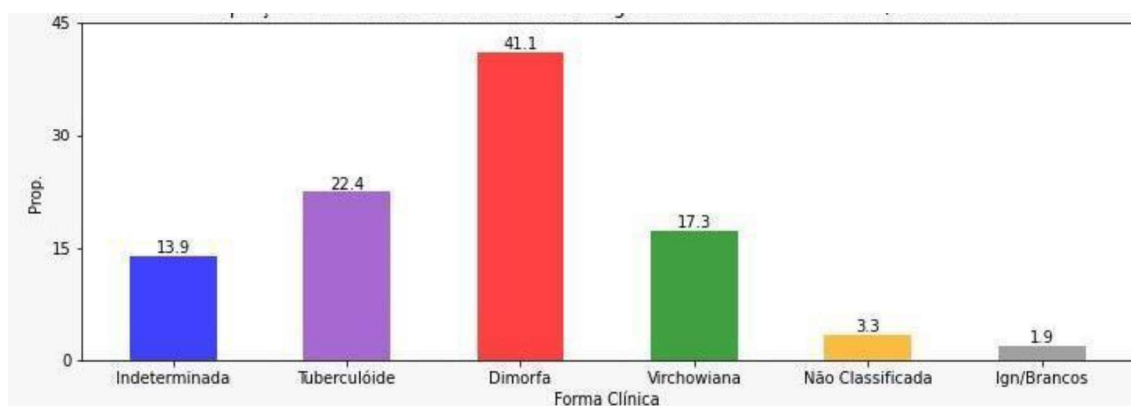
Gráfico 9 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo classificação operacional. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

Dos casos notificados de hanseníase em Paulista entre 2011 e 2020, a maioria dos casos, somando 41,1% (394), foram diagnosticados com a forma dimorfa da doença, seguidos de 22,4% (215) casos na forma tuberculóide, 17,3% (166) dos casos virchowianos, 13,9% (133) classificados como indeterminados, 3,3% (32) não classificados e 1,9% (18) com o campo em branco ou ignorado.

Gráfico 10 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo forma clínica. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.

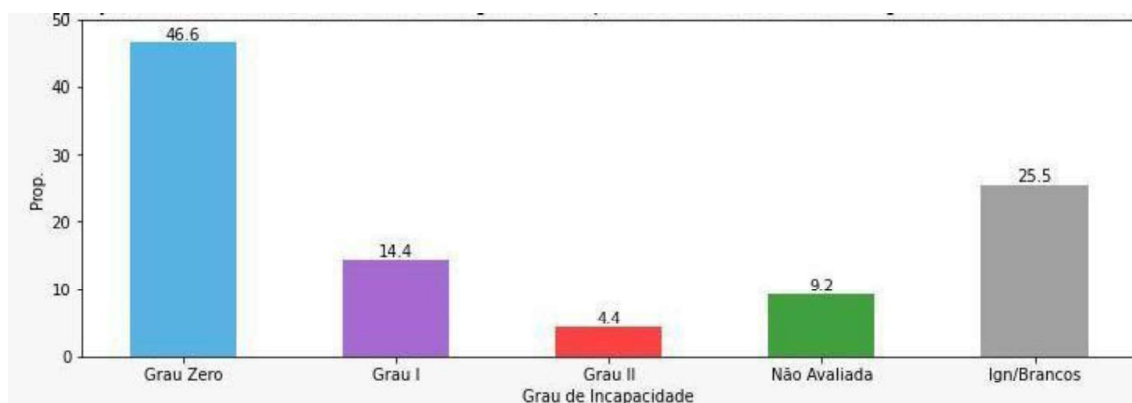


Fonte: SINAN – 2021

Em relação a avaliação de incapacidade física no momento do diagnóstico, 46,6% (446) das pessoas estavam com grau zero, 25,5% (244) dos casos não tiveram preenchimento do campo na ficha, 14,4% (138) possuíam grau I no momento da avaliação, 9,2% (88) não foram avaliados e 4,4% (42) tinham grau II no diagnóstico.

Os casos não avaliados e os não preenchidos no campo da ficha somam mais de 34%, portanto, para essas pessoas não se sabe se havia algum comprometimento neural ou físico no momento do diagnóstico.

Gráfico 11 – Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.

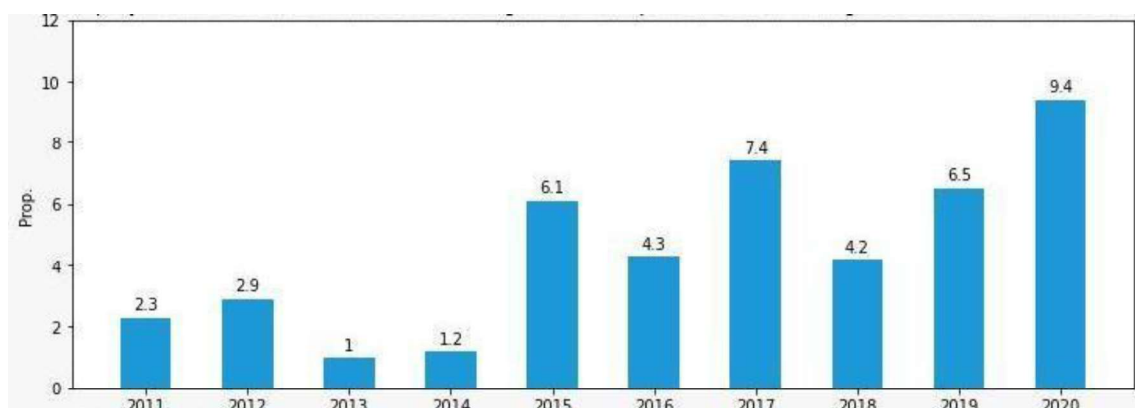


Fonte: SINAN – 2021

Para os diagnósticos de hanseníase com grau II de incapacidade física tem-se 42 pessoas ao longo dos 10 anos do estudo, representando 4,4% do total de casos de hanseníase notificados entre 2011 a 2020. Observando a série histórica, a partir do ano de 2015 houve um aumento expressivo da proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com grau II de incapacidade física.

Quanto à taxa de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, o ano de 2014 apresenta a menor taxa (0,31) e o ano de 2020 se destaca com a maior taxa de 2,39.

Gráfico 12 – Proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no diagnóstico. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



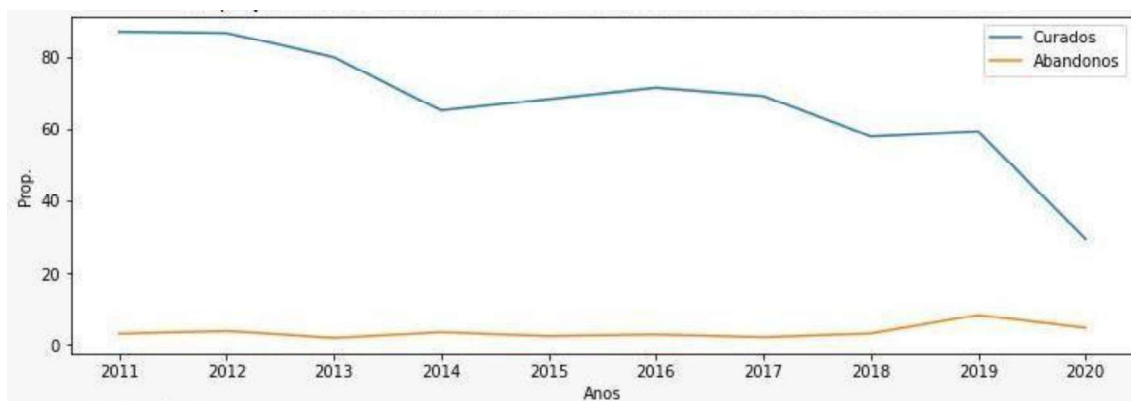
Fonte: SINAN – 2021

Entre os anos de 2011 e 2020 o município do Paulista apresentou uma redução da proporção de cura entre os casos novos de hanseníase, sendo 86,92% a maior proporção alçada no ano de 2011 e a menor proporção em 2020, com 29,41%. No intervalo entre os anos, houve uma variação significativa na proporção de curas.

Em relação aos abandonos de tratamento, o ano de 2019 apresentou um elevado número de usuários em abandono, representando 8,33% (9) do total de casos novos diagnosticados no ano. Já em 2013 foi registrada a menor proporção de pessoas em abandono da série histórica, com 1,92% (2) dos casos.

Na sequência historial de cura e abandono pode-se observar a diminuição do número de curas dos casos novos de hanseníase entre os anos do estudo, em contrapartida, os abandonos apresentam uma mínima variação entre os anos de 2011 a 2018, com um pico elevado no ano de 2019 e decaída em 2020.

Gráfico 13 – Proporção de cura e abandono entre casos novos de hanseníase. Paulista, Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: SINAN – 2021

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO PAULISTA

No município do Paulista, entre os 10 anos do estudo da série histórica, 50,2% das notificações de hanseníase são do sexo masculino. Na distribuição por sexo ao longo dos anos, é possível observar que existe uma considerável variação percentual entre homens e mulheres, onde no ano de 2017 essa diferença ficou em torno de 12,8% entre os sexos. Quanto à predominância, existe uma oscilação de ambos os sexos.

A predominância de casos de hanseníase no sexo masculino está presente no cenário nacional brasileiro e em Paulista. No Brasil, entre os anos de 2016 e 2020, 55,5% do total de casos novos registrados ocorreram em pessoas do sexo masculino (BRASIL, 2022).

Uma diversidade estudos realizados em diferentes regiões do país evidenciam os homens como população mais atingida pela hanseníase, como os achados feitos por Goiabeira *et al* (2018) no estado do Maranhão; no estado do Ceará, nos estudos de Moura *et al.* (2016); na capital do Pará (Belém), por Fujishima, Lemos e Matos (2020); e no Mato Grosso, num estudo sobre perfil epidemiológico da hanseníase por Menezes e Tavares (2021).

É importante saber que, embora acometa homens e mulheres, a hanseníase continua acometendo mais o sexo masculino, contudo, a diferença de casos entre sexos vem diminuindo nos últimos anos. Uma reflexão importante sobre o público masculino é que este grupo tradicionalmente busca menos as unidades de saúde, portanto, existe possibilidade de um diagnóstico tardio da doença (MENEZES; TAVARES, 2021; MOURA *et al.*, 2016).

Em discussão no estudo de Goiabeira *et al.* (2018) são levantadas as possíveis causas da incidência da hanseníase ser maior em homens, entre elas: maior exposição do homem ao bacilo, provavelmente em seus locais de trabalho, menor procura pelos serviços de saúde e menor importância dada às alterações físicas.

Em termos de classificação da faixa etária, para hanseníase são considerados dois grupos: os menores de quinze anos e quinze anos ou mais. No Paulista, em todo os anos do período do estudo os maiores de quinze anos foram maioria, contudo, no ano de 2019 quase 10% do total de casos ocorreram em crianças, o que é um dado

preocupante.

A hanseníase é uma doença com longo período de incubação, de dois a sete anos, por isso, muitos consideram como uma doença que atinge adultos. Todavia, em locais endêmicos, existe uma exposição maior ao bacilo, por isso, é extremamente importante avaliar a doença nos menores de quinze anos, pois, é um indicativo de alta propagação do bacilo por uma transmissão ativa recente (LEANO *et al.*, 2018).

No quesito raça/cor, o estudo evidenciou a população parda como predominante em 42% das notificações de casos novos de hanseníase em Paulista. O boletim epidemiológico da hanseníase no Brasil também traz que a maioria dos casos ocorrem na população parda, somando 58,9% do total das notificações brasileiras.

A proporção de casos novos de hanseníase para a cor parda é observada na população brasileira em geral e também no município do Paulista. Não existem muitos estudos que falem sobre a relação da raça com o surgimento da hanseníase, todavia, no estudo de Loiola *et al.* (2018), é discutido que essa predominância pode estar relacionada com a mistura de raças existentes no país.

Quanto à escolaridade, das notificações de hanseníase em Paulista nos anos da série histórica estudada, 14,6% dos usuários tinham concluído o ensino médio, o que diverge do cenário nacional entre os anos de 2016 e 2020, onde 40,9% dos casos notificados de hanseníase possuíam ensino fundamental incompleto.

Os achados sobre a escolaridade das pessoas atingidas pela hanseníase em Paulista convergem com o estudo de Loiola *et al.* (2018), onde 26% dos casos notificados em São Luiz, no ano de 2016, possuíam ensino médio completo. Achados de ambos os estudos divergem de demais pesquisas brasileiras, onde a predominância é de baixas escolaridades.

Embora as notificações de hanseníase tenham apontado que uma parcela da população atingida pela doença tenha concluído o ensino médio, um fator que também chama atenção é a predominância de 36,8% das notificações que possuem o campo escolaridade não preenchido ou ignorado.

O instrucional de preenchimento da ficha de notificação/investigação que consta no SINAN, no portal do MS, estratifica os campos da ficha como de preenchimento obrigatório e essencial. Dados sobre raça/cor, escolaridade, endereço e ocupação são elencados como essenciais de preenchimento, com isso, muitas vezes acabam sendo negligenciados. Porém, é sabido da importância dessas

informações para conhecer o perfil das pessoas que adoecem por hanseníase.

O mau preenchimento das fichas de notificação contribui para gerar dados deficientes e não condizentes com a realidade, podendo ocorrer um diagnóstico do processo saúde-doença de forma errônea. Dados qualificados são essenciais no levantamento de informações para planejamento e tomada de decisões (MARQUES; SIQUEIRA; PORTUGA, 2020).

6.2 PERFIL CLÍNICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO PAULISTA

A detecção geral de casos novos de hanseníase em Paulista, entre os anos de 2011 e 2020 variou entre 37,6 (2011) e 15 (2016). De acordo com o estudo publicado pelo MS em 2022, sobre o perfil epidemiológico da hanseníase segundo níveis de atenção à saúde, no Brasil, entre os anos de 2015 e 2019 a atenção básica foi responsável pela grande parte das notificações de hanseníase no país. Em Pernambuco, no ano de 2019, mais de 73% das notificações de casos novos de hanseníase foram da AB.

Nesse sentido, a AB tem um grande potencial para aumentar sua capacidade de diagnosticar, tratar e curar as pessoas atingidas pela hanseníase. A realização de atividades na atenção primária é a melhor estratégia para o controle da hanseníase, pois é um espaço propício para divulgação da doença, acesso ao diagnóstico, suporte no tratamento e a cura, além de subsidiar a redução do estigma e preconceito que cercam esta doença secular (BRASIL, 2022; RAMILE *et al.*, 2020).

Embora seja sabido sobre o potencial existente na AB para a redução de casos de hanseníase, é importante destacar a dificuldade existente dos profissionais em diagnosticar a doença. A hanseníase possui algumas características que podem ser confundidas com outras doenças dermatológicas, o que contribui para um diagnóstico tardio e evolução do agravo para deformidades físicas (LEANO *et al.*, 2018)

A detecção em Paulista entre os anos de 2011 e 2020, conferiu uma variação da taxa que caracteriza o município como de detecção alta a muito alta, de acordo com a classificação de taxas de incidência por cem mil habitantes, do Ministério da Saúde (2022).

A partir da observação dos achados do estudo, no gráfico 2, é possível inferir que houve uma inversão na tendência de detecção de casos novos da doença, onde anteriormente encontrava-se em queda e a partir do ano de 2017 houve um aumento

progressivo do número de casos detectados. É importante lembrar que, entre os anos de 2015 e 2018, a hanseníase esteve dentre as doenças prioritárias para incentivo de ações pelo Programa Sanar, o que pode ter levado ao aumento da capacidade de detecção do município para a hanseníase (PERNAMBUCO, 2022).

No Brasil, em 2020, a taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase foi de 8,49 casos a cada cem mil habitantes, caracterizando o país como de média endemicidade para a doença, contudo, os dados brasileiros destoam da situação epidemiológica do Paulista, que se apresenta com maior gravidade (BRASIL, 2022).

A detecção de casos está intimamente ligada à capacidade que o sistema tem de realizar uma boa vigilância da doença. Na revisão integrativa de Santos *et al.* (2019), os estudos sobre risco para infecção e adoecimento entre contactantes de hanseníase, evidenciam que os contatos domiciliares possuem maior risco de adoecer pela enfermidade, portanto, a vigilância ativa dessas pessoas é primordial para a detecção precoce de possíveis novos casos.

Existem diversas recomendações para a eliminação da hanseníase, contudo, algumas problemáticas enfrentadas pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) são apontadas como fatores que refletem na dificuldade do alcance das metas, como por exemplo: poucos profissionais capacitados, falta de insumos para realização do exame dermatoneurológico e baciloscópico, poucos recursos para divulgação de sinais e sintomas e baixas medidas de vigilância (RAMILE *et al.*, 2020).

Os profissionais atuantes na AB brasileira têm muitas necessidades, como materiais adequados e oferta de treinamentos para o manejo da hanseníase, contudo, é importante ressaltar que esses trabalhadores devem ser sensíveis a causa e comprometidos com a assistência, para que assim seja possível trilhar o caminho para a eliminação da doença no país (LEITE *et al.*, 2019).

Além da atuação dos profissionais da AB, para o planejamento, execução de atividades, acompanhamento e monitoramento das ações para o controle da hanseníase, assim como uma maior resolutividade das problemáticas da doença, o município do Paulista conta com uma coordenação para o programa municipal de controle do agravo, organizada dentro da Vigilância Epidemiológica.

Reuniões para estudos de casos são citados por Ramile *et al.* (2019) como de grande importância para o esclarecimento de dúvidas, conforme os profissionais que são mobilizados em relação à doença, mais se tornam experientes e capazes de fazer uma tomada de decisão eficaz.

Ainda existe muita falta de informações sobre a hanseníase, esta é uma problemática citada no estudo de Moura *et al.* (2016), uma vez que se o usuário não conhece a doença, não há suspeição e conseqüentemente não há busca do serviço de saúde para tal.

Além da falta de informação sobre a hanseníase, o estudo de Silva *et al.* (2022), traz em sua discussão o estigma como elemento que interfere nas condutas das problemáticas envolvendo a hanseníase, que implica sobre a qualidade de vida do paciente e até mesmo busca pelo tratamento da mesma.

Dessa forma, faz-se necessário a disseminação de informações sobre a hanseníase em diversos espaços, buscando chegar junto da comunidade para que possam participar de forma ativa no combate à hanseníase, difundindo o conhecimento sobre diagnóstico, transmissão, cura, esclarecimento de dúvidas e afastamento do preconceito (RAMILE *et al.*, 2020).

A detecção de hanseníase em menores de 15 anos, significa que existem fontes ativas da doença ao redor destes jovens. O município do Paulista alcançou sua maior detecção da hanseníase nesse público no ano de 2011, com 2,97 casos a cada cem mil habitantes, classificando-se como uma cidade com alta taxa de detecção para a doença nessa faixa etária. Em contrapartida, no último ano da série histórica, em 2020, a taxa de detecção em menores de 15 anos declinou, ficando em torno de 1,5 a cada cem mil habitantes, classificada como média taxa de detecção (SCHNEIDER; FREITAS, 2018).

Embora haja uma tendência de redução na taxa de detecção da hanseníase em menores de quinze anos no cenário brasileiro, passando de 5,22 (2011) para 1,99 (2020), o panorama paulistense diverge dessa realidade, pois há uma grande oscilação das taxas ao longo da série histórica (BRASIL, 2022).

Geralmente, os casos de hanseníase diagnosticados em menores de quinze anos têm contato com algum adulto bacilífero, provavelmente multibacilar, mas as crianças tendem a adquirir a doença na forma paucibacilar. Em um estudo realizado com 1.592 escolares no Pará, 4% dos estudantes foram diagnosticados e 9,4% dos seus contatos intradomiciliares foram positivos para a doença. A maioria dos contatos eram multibacilares (BASSO; ANDRADE; SILVA, 2021).

É importante destacar que, no ciclo da vida que compreende essa faixa etária escolar, os jovens estão ampliando suas relações sociais, e lesões na pele visíveis e deformidades/incapacidades físicas podem interferir na autoestima dos indivíduos e

afetar as relações com outras pessoas, impactando inclusive em baixo rendimento escolar e discriminação e preconceito (SCHNEIDER; FREITAS, 2018).

A presença de casos de hanseníase em menores de quinze anos ratifica a necessidade de busca de casos nesta população. No ano de 2013, o MS iniciou a “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma”, nas escolas, o que viabilizou o diagnóstico de diversos casos em crianças no país (BASSO; ANDRADE; SILVA, 2021).

O alto nível de endemicidade da doença no Brasil proporciona uma grande exposição das pessoas ao bacilo, incluindo a população em seus primeiros anos de vida. Portanto, a detecção de casos de hanseníase em menores de quinze anos é grave e tem relação direta com alguma fonte de exposição ativa (SANTOS *et al.*, 2019).

Menores de quinze anos com hanseníase é uma situação séria, pois significa que existem casos que não estão sendo detectados ou tratados para quebrar a cadeia de transmissão. Vale ressaltar que, embora os contatos domiciliares tenham uma grande importância, a transmissão também ocorre extra domicílio, sendo necessário a busca de contatos extradomiciliares (LEANO *et al.*, 2018).

No cenário pernambucano, a série histórica de 2015 a 2019 mostra que, a proporção de grau II detectados na AB passou de 4,4% para 6,9%. Os dados sobre essa crescente são preocupantes. A Estratégia Global de Hanseníase versa sobre alguns fatores que se relacionam com essa alta proporção de casos com grau II, entre eles a falta de capacidade para diagnosticar, baixa busca e exame de contatos, falta de conscientização da comunidade e o estigma e preconceito que cercam a doença (BRASIL, 2022).

A existência de grau de incapacidade física I e II no momento do diagnóstico da hanseníase reflete a necessidade urgente de planejamento e execução de estratégias para diagnóstico precoce da doença, assim como medidas de prevenção e controle na busca de minimizar as incapacidades físicas (LIMA *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Lima *et al.* (2018), com pacientes de serviços de referência para tratamento de hanseníase em Pernambuco, 50% dos usuários entrevistados já tinham incapacidade física instalada, indicando possíveis diagnósticos tardios relacionados a fatores da doença, profissionais e sociais.

O alto número de casos novos com grau II é consequência do atraso na detecção, relacionados a pouca capacidade para diagnosticar, não existência de um

teste, baixa busca de contatos, falta de conscientização da comunidade e o estigma associado à doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

O estigma e preconceito existente contra as pessoas acometidas pela hanseníase vem do desconhecimento da doença, modo de transmissão, existência de tratamento e cura. A falta de informação é um gargalo para a cura da hanseníase (LOIOLA *et al.*, 2018).

A taxa de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, apresentou seu maior pico em 2020, com a taxa de 2,39, enquanto o ano de 2014 apresenta a menor taxa (0,31).

As elevadas taxas de detecção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física têm relação com a não realização do diagnóstico precoce desses casos, o que pode refletir na dificuldade dos serviços em realizar o diagnóstico oportuno (RAMILE *et al.*, 2020).

Para prevenção e controle de incapacidades físicas, é importante que as pessoas diagnosticadas com hanseníase pratiquem o autocuidado, que são diretamente ligadas aos cuidados com os olhos, face e membros (superiores e inferiores), pois são as principais áreas afetadas pela doença (CARVALHO *et al.*, 2019).

A possibilidade da hanseníase gerar incapacidades físicas naqueles que são acometidos pela doença são um fator agravante, pois, mesmo após o tratamento e obtenção da cura, os cuidados ultrapassam a finalização do tratamento medicamentoso (SILVA *et al.*, 2022).

As incapacidades e deformidades físicas trazem consigo uma desestruturação da imagem corporal, as pessoas muitas vezes possuem dificuldade de se enxergar e manter sua autoestima positiva. O estigma e preconceito ainda estão presentes na sociedade de forma muito intensa. Com isso, a adesão do autocuidado pode propiciar a prevenção e melhora das sequelas da hanseníase (CARVALHO *et al.*, 2019).

As sequelas que a hanseníase pode causar é um fator determinante sobre a queda na qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença, podendo levar ao afastamento de suas rotinas de trabalho e problemas emocionais relacionados ao estigma e preconceito (BORDON *et al.*, 2019).

Uma vez o indivíduo com uma sequela de hanseníase, os cuidados precisam ser tomados pelo resto da vida. O papel do profissional de saúde nesse processo é importantíssimo, para auxiliar os usuários a reconhecerem e trabalharem suas

limitações, nas suas individualidades. É importante que o profissional estimule os usuários a realizarem o autocuidado, visando minimizar e prevenir sequelas mais graves decorrentes do agravo (CARVALHO *et al.*, 2019).

Considerando que a hanseníase causa um impacto para além das questões biológicas, é importante considerar que ações voltadas para diminuição do estigma e preconceito são de fundamental importância, nesse sentido, o movimento social MORHAN tem atuado por muitos anos e se mantém firme na luta pela garantia de direitos das pessoas atingidas pela hanseníase e reintegração social (BORDON *et al.*, 2019; MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, 2022).

Então, para usuários com incapacidades físicas, a reabilitação é necessária para que suas necessidades sejam atendidas e que o indivíduo seja reinserido nas suas atividades normalmente, cumprindo seus deveres e gozando dos seus direitos, livre de qualquer estigma e preconceito (MENEZES; TAVARES, 2021).

Entre os anos de 2011 e 2020, 63,36% do total de casos notificados de hanseníase em Paulista foram classificados em formas clínicas multibacilares, o que demonstra um cenário preocupante no município. Na série histórica, apenas o ano de 2012 possui mais casos paucibacilares.

As pessoas que são acometidas pela forma multibacilar da hanseníase têm o risco aumentado em nove vezes para a chance de desenvolver alguma incapacidade física, que é considerada a mais grave complicação da doença. O alto número de casos na forma clínica mais grave é um quadro inquietante em Paulista (CARVALHO *et al.*, 2019).

Em um estudo epidemiológico realizado no Rio de Janeiro, foi observado que os casos diagnosticados por meio da vigilância de contatos apresentaram formas clínicas menos graves e menor carga bacilar. Considerando esse estudo, é primordial que a detecção da doença seja precoce (SANTOS *et al.*, 2019).

O Brasil é um país com alta carga de hanseníase, por isso, os profissionais de saúde precisam estar capacitados e aptos para realizar o manejo da doença. Os cursos de graduação em saúde infelizmente não ofertam uma carga horária suficiente para o estudo da hanseníase, nesse sentido, atividades extracurriculares e atividades de extensão são apontadas como contribuições importantes para a preparação desses profissionais para atuarem no controle da doença (BORDON *et al.*, 2019; MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA

HANSENÍASE, 2022; RAMILE *et al.*, 2020).

Na série histórica deste estudo, em relação à forma clínica da hanseníase, 41,1% (394) dos casos foram notificados enquanto dimorfa (multibacilar). A forma virchowiana também chama atenção, compreendendo 17,3% dos casos, uma porcentagem bastante expressiva.

Considerando o período de estudo dos casos notificados de hanseníase em Paulista, juntas, as formas multibacilares dimorfa e virchowiana somam mais de 58% dos casos diagnosticados.

As pessoas que possuem a hanseníase na forma multibacilar, que foram principais formas predominantes nas notificações realizadas no município do Paulista, representam a maior fonte de propagação do bacilo, o que é alarmante no município (GOIABEIRA *et al.*, 2018).

Na revisão realizada por Santos *et al.* (2019) diversos estudos apontaram que os contatos domiciliares apresentam maior risco de adoecimento. Dentre os estudos elencados, um deles traz que contatos de pacientes com hanseníase multibacilar na forma virchowiana possuem 3,8 vezes mais chances de desenvolver a doença do que contatos de outras formas clínicas.

A forma clínica dimorfa pode levar a um extenso acometimento de nervos e neurites agudas. Já a forma virchowiana, podem ocorrer deformidades, atrofia muscular, edemas em membros inferiores e nódulos, podendo ocorrer também infiltração facial e acometimento de troncos nervosos (BRASIL, 2022).

Existem vários fatores que contribuem para a alta incidência de hanseníase observada no Brasil, para esse índice, pode-se considerar o diagnóstico tardio, controle de contatos, abandono de tratamento, baixo conhecimento sobre a doença, precárias condições de vida e baixa cobertura para assistência (MOURA *et al.*, 2016).

A avaliação de incapacidade física no momento do diagnóstico é primordial, pois possibilita a identificação de possíveis complicações no usuário, além de saber como ele chegou para o início do tratamento e também é um indicador epidemiológico importante (SILVA *et al.*, 2022).

O caderno 21, da AB, aborda sobre ações de promoção e vigilância a serem incorporadas na AB, para o enfrentamento das doenças emergentes e endemias, entre elas a hanseníase. O exame neurológico aparece como uma atividade a ser realizada no nível primário de atenção à saúde, assim como a avaliação de grau de incapacidade física, com a utilização da ficha de avaliação neurológica do Ministério

da Saúde (MORAIS; FURTADO, 2018).

A Estratégia Global de Hanseníase traz como um dos desafios a serem enfrentados a capacidade limitada de experiência em hanseníase em todos os níveis de atenção à saúde, e isso aparece em quase todos os países que são endêmicos.

O estudo de caso de Bordon *et al* (2019) aponta que a AB tem ferramentas para manejar a hanseníase, e deve assumir seu papel na resolutividade de casos utilizando-se das ferramentas de baixa densidade tecnológica e alta complexidade.

A presença de grau de incapacidade física no indivíduo é um dos principais agravantes causados pela hanseníase, acarreta diversos problemas além do físico, envolvendo também questões mentais e sociais, como o preconceito, exclusão e interferências na realização de atividades laborais e do cotidiano (MOURA *et al.*, 2016).

Após o diagnóstico da hanseníase, o usuário precisa realizar todo o tratamento de forma correta e completa para obter a cura da doença. Quando a pessoa inicia a terapia sem nenhum tipo de incapacidade física e segue as orientações dos profissionais, a ação da medicação no bacilo que provoca a resposta imunológica, minimiza as chances de aparecimento de deformidades e incapacidades físicas, por isso é tão importante a realização do tratamento integralmente (MOURA *et al.*, 2016).

Entre os anos de 2011 e 2020, o município do Paulista apresentou uma tendência de queda em relação a proporção de cura nos casos novos de hanseníase, sendo a maior taxa de 86,92% no ano de 2011.

Em todo o território nacional, entre os anos de 2010 e 2015, existe uma redução na porcentagem de alta por cura, o que também é observado em Paulista. Essa tendência decrescente levanta a hipótese da fragilidade no sistema de saúde, relacionado a qualidade dos atendimentos nos serviços de saúde, em especial sobre a não seguridade de adesão ao tratamento pelos usuários (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Sobre os abandonos de tratamento, na série histórica, o ano de 2019 apresentou a maior proporção, com 8,33% de usuários em abandono, e em 2013 foi registrada a menor proporção com 1,92% dos casos. Considerando os parâmetros do Ministério da Saúde sobre abandono, a taxa menor que 10% é considerada boa para o município do Paulista.

O abandono do tratamento por muitos usuários está relacionado a diversos motivos. Uma pesquisa realizada no município do noroeste paulista, entrevistou 35

pessoas atingidas pela hanseníase, e entre as principais causas que levaram ao abandono do tratamento estão: efeitos adversos das medicações, preconceito, negação da doença, vontade própria, acesso ao medicamento, longa duração do tratamento, entre outros (GOUVÊA *et al.*, 2020).

É recomendado pelo MS que sejam utilizados os cartões de aprazamento ou agendamento de consultas para que seja registrado a data de retorno do usuário ao serviço de saúde, como forma de monitorar a adesão do paciente ao tratamento (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

A busca ativa de usuários que não comparecem às UBS é de extrema importância para evitar com que haja o abandono de tratamento. Um estudo realizado no município de Canaã dos Carajás, no estado do Pará, identificou que, na cidade, um dos motivos que influenciavam o não comparecimento na unidade de saúde era a distância da residência até a UBS, limitando o acesso ao usuário. Portanto, a criação de estratégias de monitoramento e busca ativa são necessárias para efetivação do tratamento (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

7 CONCLUSÃO

A hanseníase configura-se como um problema de saúde pública no Brasil. O planejamento e a execução de ações são necessários para que o país consiga atingir as metas do MS e da estratégia global.

Os dez anos considerados para o estudo do perfil epidemiológico da hanseníase em Paulista, demonstraram que a população em sua maioria que adoece por hanseníase é masculina, parda e possui ensino médio completo.

Na distribuição dos casos de hanseníase notificados ao longo dos anos do estudo, é possível observar uma tendência histórica de queda entre os anos de 2011 e 2015, porém, no ano de 2016 há uma tendência de reversão dessa queda, podendo estar relacionada com a maior capacidade do município em diagnosticar casos de hanseníase.

Outro fator que pode ter contribuído com um aumento no número de casos detectados é o Programa Sanar, sendo Pernambuco o estado pioneiro com um programa específico para enfrentamento de algumas doenças negligenciadas, fortalecendo a capacidade de resposta aos agravos.

Em aspectos clínicos, o município encontra-se com um nível de detecção de alta a muito alta na população geral, e alta para menores de quinze anos; alto número de casos multibacilares; formas clínicas dimorfa e virchowiana mais frequentes; usuários em sua maioria com grau zero no diagnóstico, entretanto, com um considerável número de acometidos pela doença com grau II; com percentual de cura considerado regular; e abandono com uma porcentagem boa.

A gravidade dos altos números de casos multibacilares sugerem que existe um atraso muito grande no diagnóstico da hanseníase e que as pessoas que continuam sendo expostas, futuramente também serão acometidas pela doença.

A cobertura de Atenção Básica do Paulista está em torno de 50,50%, segundo dados do portal E-Gestor para o ano de 2020. Nesse sentido, considerando que a AB é a porta de entrada do SUS e o principal serviço para diagnóstico da hanseníase, é urgente fomentar a ampliação dos serviços e ampliar a cobertura da AB no município (MOURA *et al.*, 2016).

Os estudos apontam que a principal estratégia de diagnóstico precoce está na vigilância e abordagem de contatos, sendo a principal estratégia de detecção ativa (SANTOS *et al.*, 2019).

A realização de treinamentos sobre hanseníase para os profissionais de saúde é indispensável para subsidiar o diagnóstico precoce e a interrupção de cadeia de transmissão, assim como formar multiplicadores de conhecimentos em diversos espaços da sociedade.

As ações de educação em saúde são de grande importância no processo de esclarecimento da população sobre a hanseníase, que deve ocorrer em todos os locais no território. Divulgar a doença é propiciar a quebra do estigma e preconceito que cercam a doença.

No Plano Municipal de Saúde do Paulista, a hanseníase aparece em apenas um espaço, como uma atividade de vigilância em saúde: *Realizar atividades de Educação popular sobre hanseníase e tuberculose nas USF*. Considerando o panorama da hanseníase no município do Paulista, o agravo precisa ser visto como prioridade dos gestores, como organização de planos e metas mais ampliadas, tomadas de decisão e para execução das atividades.

A existência da coordenação do programa de controle de hanseníase em Paulista é primordial, contudo, é necessário que exista uma equipe com mais profissionais para que a coordenação tenha condições de executar o programa no município. Nesse sentido, a ampliação do quadro de recursos humanos é imprescindível.

O Ministério da Saúde em sua campanha pela hanseníase no ano de 2018 lançou o slogan "Hanseníase". Identificou. Tratou. Curou". As palavras utilizadas para formar essa frase têm uma importância extremamente relevante. É preciso conhecer a hanseníase para identificá-la, orientar o usuário para que ele se trate e obtenha a cura

As questões relacionadas ao estigma e preconceito ainda estão enraizadas nas comunidades e causam problemas sérios quanto a exclusão das pessoas atingidas pela hanseníase, portanto, são barreiras a serem superadas para chegar à zero hanseníase (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

Como principais limitações do estudo, têm-se as informações obtidas pelas bases de dados oficiais do MS, dependendo diretamente da atualização on-line do município e a escassez de literatura atual sobre a hanseníase, sendo necessários mais estudos e pesquisas sobre o agravo.

REFERÊNCIAS

- APARECIDA, D. *et al.* **Prevalência de casos de hanseníase**. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 11 (suplo.10), pag. 4045–55, out. 2017.
- BASSO, M. E. M.; ANDRADE, R. F.; SILVA, R. L. F. **Tendência dos indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico da região amazônica**. Revista gaucha de enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 42, p. 1 - 11, 2021.
- BORDON, B. P. *et al.* **O manejo da hanseníase na Atenção Básica: um relato de caso**. Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde, Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 01, pag. 48 – 53, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **TABNET**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde – Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 119 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>. Acesso em: 26 nov. 2022
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 85 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Acometida pela Hanseníase**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 33 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 16/2021-CGDE/DCCI/SVS/MS**. 2021. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf. Acesso em: 28 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5ª ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor - Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.xhtml>. Acesso em: 1 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase>. Acesso em: 17 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Hanseníase 2022**. Número especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 54 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase no Brasil**. Perfil epidemiológico segundo

níveis de atenção à saúde. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CARVALHO, P. S. *et al.* **Autocuidado em hanseníase**: comportamento de usuários atendidos na rede de atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil*, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 398 - 405, jul. 2019.

CAVALIERE, I. **Hanseníase na história**. In-Vivo – museu da vida, 02.dez.2021. Disponível em: <https://www.invivo.fiocruz.br/historia/hanseniase-na-historia/>. Acesso em: 03 jul. 2022.

FERREIRA, I. N. **Um breve histórico da hanseníase**. *Humanidades & tecnologia em Revista*, [s.l.], vol. 16, p. 436 – 454, dez. 2019.

FUJISHIMA, M. A.; LEMOS, L. X. O.; MATOS, H. J. **Distribuição espacial da hanseníase em menores de 15 anos de idade, no município de Belém, estado do Pará, Brasil**. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, [s.l.], v. 11, p. 1 – 9 , ago. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Vigilância em saúde**. [s.l.]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>. Acesso em: 14 nov. 2022.

GOIABEIRA, Y. N. L. A. *et al.* **Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica**. *Revista de Enfermagem UFPE, Recife*, v. 12, p. 1507, jun. 2018.

GOUVÊA, A. R. *et al.* **Interrupção e abandono no tratamento da hanseníase**. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10591–10603, jul/ago. 2020.

LEANO, H. A. M. *et al.* **Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase**. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Ceará, v. 18, n. 6, p. 832 - 839, jan. 2018.

LEITE, T. R. C. *et al.* **Avaliação da estrutura da atenção primário à saúde na atenção à hanseníase**. *Enfermagem em foco*, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 73 – 78, 2019.

LIMA, M. C. V. *et al.* **Práticas de autocuidado em hanseníase**: face, mãos e pés. *Revista gaucha de enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 39, p. 1 - 7, out. 2018.

LOIOLA, H. A. B. *et al.* **Perfil epidemiológico, clínico e qualidade de vida de crianças com hanseníase em um município hiperendêmico**. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1 - 6, ago. 2018.

MARQUES, C. A.; SIQUEIRA, M. M.; PORTUGAL, F. B. **Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil**. *Ciencia e Saude Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 891–900, mar. 2020.

MENEZES, A.; TAVARES, R. **Perfil epidemiológico da hanseníase no estado de Mato Grosso**: estudo descritivo. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, v. 19, pag. 1–5, 2021.

MORAIS, J. R.; FURTADO, L. **Grau de incapacidade física de pacientes com**

hanseníase. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 12, p. 1625 - 1632, jun. 2018.

MOURA, A. D. A. *et al.* **Perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro**. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro v. 24, p. 1 – 6, 2016.

MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE. **MORHAN**. Rio de Janeiro, RJ: MORHAN, 2022. Disponível em: <https://morhan.org.br/quem-somos-2/>. Acesso em: 7 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Rumo à zero hanseníase. Estratégia Global de Hanseníase 2021 - 2030**. 1. ed. Nova Delhi: Índia, 2021. 30 p.

PAULISTA. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Paulista 2018-2021**. Paulista, PE: Secretaria de Saúde, 2018. 73 p.

PAULISTA. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Paulista, PE, 2019. 187 p.

PAULISTA . Prefeitura Do Paulista. **Portal da Saúde**. Paulista, PE: Prefeitura do Paulista, 2022. Disponível em: <http://www.paulista.pe.gov.br/site/saude>. Acesso em 10 ago. 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Hanseníase em Pernambuco: Informe – Hanseníase**. Pernambuco, 2022. 3 p .

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Janeiro Roxo: SES promove ações sobre a hanseníase**. Pernambuco, 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/janeiro-roxo-ses-promove-acoes-sobre-hanseniasi>. Acesso em: 21 jul. 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual De Saúde De Pernambuco. **Programa Sanar – Doenças Negligenciadas**. Pernambuco, 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-sanar-doencas-negligenciadas>. Acesso em: 14 dez. 2022.

RAMILE, T. *et al.* **Ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa**. Vitale – revista de ciências da saúde, [s.l], v. 32, n. 3, p. 175 – 186, jul. 2020.

RIBEIRO, M. D.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, S. **Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação**. Revista Panamericana de Salud Pública, [s.l], v.42, p. 1–7, 2018.

SANTOS, K. C. B. *et al.* **Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 576–591, abr. 2019.

SANTOS, M. F. L. *et al.* **MORHAN Pernambuco: ações em prol do combate à hanseníase em recife e região metropolitana nos anos de 2016, 2017 e 2018**. Patologia: doenças bacterianas e fúngicas, Ponta Grossa, p. 95 - 97, 2019.

SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. **Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016**. Cadernos de Saúde Pública, [s.l], v. 34, n. 3, p. 1 - 11 2018.

SILVA, A. C. M. *et al.* **Hanseníase**: um problema além da cura. Research, Society and Development, [s.l], v. 11, n. 9, p. 1 - 11, jul. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (Brasil). **Hanseníase**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/2350-2/>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SOUSA, G. S. ; SILVA, R. L. F. ; XAVIER, M. B. **Hanseníase e Atenção Primária à Saúde**: uma avaliação de estrutura do programa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 230–242, mar. 2017.