

Edson Felix Junior
junior.ed.2@hotmail.com

Enfermeiro, Faculdade Maurício de Nassau -
unidade mercês. Salvador (BA), Brasil.

Vanessa Cruz Santos
vanessacruz@hotmail.com

Graduanda do curso de Medicina da Universidade
Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de
Janeiro(RJ), Brasil.

Adenilza Santos da Paixão
adenilzasantos10@yahoo.com.br

Enfermeira, Faculdade Maurício de Nassau -
unidade mercês. Salvador (BA), Brasil.

Kelly Cruz Pimentel Sampaio
kel_sampaio56@hotmail.com

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva pelo
Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão
(IBPEX). Salvador (BA), Brasil.

Karla Ferraz dos Anjos
karla.ferraz@hotmail.com

Enfermeira, Doutora, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/
PPGENF/UFBA. Salvador (BA), Brasil

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2001 A 2015

*EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF LEPROSY IN BRAZIL IN
THE PERIOD 2001 TO 2015*

RESUMO

Introdução: a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada por *Mycobacterium leprae*, e que provoca lesões cutâneas e neurais. A produção de estudos sobre essa doença poderá contribuir para planejamento e realização de ações capazes de promover a sua redução. **Objetivo:** analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no Brasil no período de 2001 a 2015. **Método:** estudo ecológico realizado no DATASUS, a partir de dados secundários coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** o coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil no período de 2001 a 2015 reduziu de 26,29/100 mil habitantes (hab) em 2001, para 14,07 em 2015. Em 2003, esse percentual foi mais elevado na região Norte (77,53/100 mil hab); em todos os anos esteve mais presente no sexo masculino em, com maior representatividade em 2003 (31,14/100 mil hab). A detecção da hanseníase por exame na coletividade representou o maior coeficiente de detecção (481,54/100 mil habitantes) em 2009, e o tipo paucibacilar (14,85/100 mil habitantes) em 2006. O coeficiente de detecção de pessoas que saem do sistema de saúde após cura da doença reduziu de 214,56/100 mil hab em 2001 para 3,34/100 mil hab em 2015; e o número daqueles que saem devido ao abandono do tratamento aumentou de 1,61/100 mil hab em 2001 para 185,37/100 mil habitantes em 2015. **Conclusão:** apesar da detecção da hanseníase ter diminuído no Brasil no período estudado, ainda é elevada a taxa da doença, principalmente na região Norte, por isso é preciso intensificar as ações de saúde voltadas para prevenção dessa doença e redução do abandono ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE:

Hanseníase/epidemiologia. Hanseníase/diagnóstico.
Promoção da saúde

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is an infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, causing cutaneous and neural lesions. The production of studies on this disease may contribute in the planning and perform of actions that can contribute at least its reduction. **Objective:** to analyze the epidemiological profile of leprosy in Brazil in the period 2001 to 2015. **Method:** an ecological study carried out in DATASUS, from secondary data collected in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN). **Results:** the detection's coefficient of leprosy in Brazil from 2001 to 2015 reduced from 26.29 / 100 thousand inhabitants (hab) in 2001 to 14.07 in 2015, was higher in the North region (77.53 / 100 thousand inhabitants) in 2003, as well as in males in all years, with the highest representation in 2003 (31.14 / 100 thousand inhabitants). The detection of leprosy by examination in the community represented the highest detection coefficient (481.54 / 100 thousand inhabitants) in 2009, and the paucibacillary type (14.85 / 100 thousand inhabitants) in 2006. The detection's coefficient of people who leave of the health system after curing the disease reduced from 214.56 / 100 thousand inhabitants in 2001 to 3.34 / 100 thousand inhabitants in 2015; and those who leave due to treatment abandonment increased from 1.61 / 100 thousand inhabitants in 2001 to 185.37 / 100 thousand inhabitants in 2015. **Conclusion:** Although the detection of leprosy declined in Brazil in the period studied, it is still high, mainly in the North, so it is necessary to intensify the health actions aimed at the prevention of this disease and reduction of treatment abandonment.

Keywords: Leprosy/epidemiology; Leprosy/diagnosis; Health promotion.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada por *Mycobacterium leprae*. O bacilo possuiu tropismo por células do sistema reticuloendotelial e nervosas periféricas, sendo assim, ocasionando lesões cutâneas e neurais nos membros periféricos e olhos^[1]. As vias aéreas superiores através da mucosa nasal se estabelecem como a provável via de transmissão do bacilo através do contato íntimo e prolongado com o indivíduo bacilífero^[2].

Mundialmente a detecção de hanseníase é de 0,3/100.000 habitantes (hab). Destes, 94% foram registrados em 13 países e o Brasil está entre eles como o segundo país com maior número de casos registrados. Os índices de notificação indicam a intensidade na transmissão continuada da hanseníase, assim como a afirmação de um importante problema de saúde pública em países com alta endemicidade^[3].

No Brasil até a década de 1970, a hanseníase era denominada lepra, termo relacionado a diferentes lesões corporais associadas à punição divina, decorrente de um grave pecado ou ofensa a Deus, o que gerava o afastamento ou até a exclusão dos doentes pelos membros da sociedade. Esta exclusão fazia com que os doentes escondessem sua condição e até os dias atuais a palavra lepra carrega a conotação de que o indivíduo tem um problema de saúde que causa transtornos ao convívio social. A necessidade de se proteger da exclusão social faz com que os doentes se afastem de suas atividades sociais comuns e até mesmo de familiares, o que gera consequentes prejuízos ao tratamento adequado dos casos. Assim, a hanseníase traz na sua história uma bagagem de

preconceito e discriminação que evoluiu para a segregação social dos sujeitos que são vitimados por ela^[4].

A hanseníase é uma doença tratável e que apresenta cura ao final do tratamento, assim como o diagnóstico precoce e tratamento adequado proporcionam melhor prognóstico, minimiza a patogênese neural e contribui para a redução do surgimento de novos casos^[5].

O diagnóstico precoce da hanseníase e o seu tratamento adequado com a poliquimioterapia (PQT) pode evitar a evolução da doença, conseqüentemente reduzir a instalação das incapacidades físicas e disseminação do bacilo. As inaptidões e deformidades ocasionam complicações como: diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e interferência psicológica para o paciente. Os agravantes citados são os principais motivos associados pelo estigma social e preconceito inerente à hanseníase^[6]. A atenção primária da enfermagem desempenha um papel fundamental na educação em saúde e diminuição das complicações referentes ao estigma social e preconceito acerca da hanseníase. A enfermagem participa do recrutamento, realiza busca ativa da população, acolhimento e manutenção da continuidade terapêutica dos pacientes com a doença. Assim como a prática humanizada de esclarecer sobre a importância do tratamento para a cura e eliminação da hanseníase^[7,8].

A hanseníase é um antigo problema de saúde pública no país e representa ainda um dos mais importantes desafios para as autoridades de saúde pública brasileira. Além de contar com os agravos inerentes às doenças de origem socioeconômica e cultural, as pessoas portadoras da doença também são marcadas pelo estigma social e do próprio do paciente, assim como pela repercussão psicológica advinda das deformidades ocasionadas pela doença.

No Brasil, a história da hanseníase tem registros desde o período colonial. A existência do preconceito étnico favoreceu o estigma social em decorrência das deformidades geradas pela hanseníase, que se fazia presente principalmente entre os negros. Assim, o isolamento de escravos era crucial para controle e não disseminação da doença entre os indivíduos saudáveis^[9].

As pessoas infectadas pela doença eram levadas para leprosários, nome dado para os locais afastados das cidades onde os doentes eram isolados. O objetivo era controlar a doença evitando possível contágio. Com essas características, é possível entender os motivos atribuídos ao estigma social e exclusão da pessoa com a doença^[10]. Nesse sentido, esse preconceito transmitido pela doença compromete decisivamente a disposição desses doentes na busca de informações, na adesão ao tratamento e manutenção deste até alcançar o controle e ou a cura^[8].

Diante do problema de saúde pública e do estigma que a hanseníase representa, evidencia-se a necessidade de intensificar o desenvolvimento de ações direcionadas para o diagnóstico precoce, tratamento e cura dos pacientes^[11]. Para isso, se faz necessária a realização de estudos epidemiológicos que possam contribuir na identificação de populações mais acometidas por hanseníase no Brasil e regiões com maior endemicidade; dessa forma, será possível auxiliar no direcionamento das políticas públicas de controle da transmissão e busca ativa dos indivíduos em áreas de maior exposição à doença.

Diante do contexto, este estudo tem o objetivo de analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no Brasil de 2001 a 2015.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, realizado com dados secundários obtidos no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, no mês de agosto de 2017.

Foram incluídos dados sobre hanseníase (A30.0 – A30.9), conforme sua 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O recorte temporal adotado foi o período de 2001 até 2015, anos disponíveis para acesso no DATASUS.

As variáveis analisadas foram: Brasil e macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste); sexo (feminino, masculino); faixa etária (0-19, 20-64, 68-80); modo de detecção (encaminhamento, demanda espontânea, exames e coletividade); classe operacional de diagnóstico (ignorado, paucibacilar e multibacilar); tipo de saída (cura, óbito e abandono).

Os dados advindos no SINAN foram tabulados no TabWin e TabNete, analisados com auxílio do programa Microsoft® Office Excel 2016, para realização das análises descritivas. Para todas as variáveis foram calculados os coeficientes de detecção da hanseníase.

Para realizar os cálculos dos coeficientes citados, foi dividido o número de pessoas com hanseníase pelo número de pessoas da mesma população e ano, e multiplicou-se por 100 mil. Os dados da população brasileira utilizados foram do Censo Demográfico de 2010, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^[12].

Os resultados desta pesquisa foram gerados a partir de dados secundários e agregados, de acesso público. Diante disso, a pesquisa foi dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

O coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil no período de 2001 a 2015 reduziu de 26,29/100 mil hab em 2001 para 14,07 em 2015. Esse coeficiente apresentou, em 2003, um pico de 29,04/100 mil hab. Das macrorregiões, a região Norte apresentou maior coeficiente de detecção, 77,53/100 mil hab. em 2003 e a região Sul apresentou a menor, que foi de 3,47/100 mil hab. em 2015 (Tabela 1).

Tabela 1- Número de casos novos notificados e coeficientes de detecção de hanseníase no Brasil e macrorregiões de 2001 a 2015

Variáveis n (C.D.)*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	45.313 (26,29)	48.815 (27,25)	51.357 (29,04)	49.952 (27,51)	48.787 (26,49)	44.443 (23,79)	41.264 (22,42)	40.788 (21,51)	38.216 (19,96)	35.849 (18,80)	34.772 (18,07)	34.005 (17,53)	31.551 (15,69)	31.774 (15,65)	28.761 (14,07)
Norte	9.714 (73,34)	10.421 (77,17)	10.688 (77,53)	10.407 (72,41)	9.608 (65,37)	9.468 (63,03)	8.312 (56,74)	8.466 (55,91)	7.159 (48,87)	6.936 (43,72)	6.873 (42,70)	6.876 (42,06)	6.052 (35,57)	6.052 (35,06)	5.147 (29,40)
Nordeste	16.008 (33,12)	16.943 (34,69)	18.899 (38,29)	19.133 (37,94)	19.580 (38,38)	17.184 (33,30)	16.603 (32,22)	16.265 (30,64)	14.977 (27,95)	14.991 (28,24)	14.333 (26,79)	14.263 (26,46)	13.389 (24,00)	13.612 (24,23)	12.760 (22,56)
Sudeste	10.366 (14,11)	11.448 (15,38)	11.448 (15,14)	10.585 (13,68)	9.835 (12,53)	8.672 (10,90)	7.932 (10,19)	7.435 (9,27)	6.798 (8,40)	6.252 (7,78)	6.126 (7,57)	5.432 (6,66)	4.811 (5,70)	4.520 (5,31)	4.013 (4,68)

Sul	1.877 (7,37)	2.155 (8,37)	2.193 (8,43)	2.104 (7,90)	2.066 (7,66)	1.954 (7,16)	1.779 (6,65)	1.720 (6,26)	1.473 (5,31)	1.419 (5,18)	1.374 (4,99)	1.349 (4,86)	1.171 (4,07)	1.025 (3,53)	1.013 (3,47)
Centro-Oeste	7.327 (61,65)	7.821 (64,63)	8.123 (65,95)	7.686 (60,19)	7.665 (58,87)	7.082 (53,37)	6.482 (49,02)	6.300 (46,00)	5.988 (43,09)	5.942 (42,29)	5.837 (40,98)	5.813 (40,30)	5.821 (38,82)	6.213 (40,82)	5.623 (36,41)

* C.D.: coeficiente de detecção por 100 mil habitantes.

Ao analisar o coeficiente de detecção de hanseníase por sexo, verificou-se que este foi mais elevado no sexo masculino durante todo o período estudado, sendo maior no ano de 2003 (31,14/100 mil hab). Entretanto, devido à incompletude de dados, este coeficiente foi maior no ano de 2001 para o sexo ignorado (67,75 /100 mil hab). Das faixas etárias, houve maior coeficiente para a faixa etária de 20 a 64 anos em 2003(37,64 /100 mil hab) e menor para a faixa etária de 65 anos e mais, ocorrido em 2015(2,68/100 mil hab) (Tabela 2).

Tabela 2- Casos notificados e coeficientes de detecção de hanseníase no Brasil segundo sexo e faixa etária de 2001 a 2015.

Variáveis n (C.D.)*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sexo															
Feminino	20.451 (23,09)	22.403 (25,30)	23.771 (26,84)	22.823 (25,77)	22.439 (25,34)	20.425 (23,06)	18.459 (20,84)	18.105 (20,44)	17.151 (19,36)	15.892 (17,94)	15.315 (17,29)	14.740 (16,64)	14.165 (15,99)	14.337 (16,19)	12.705 (14,34)
Masculino	24.802 (23,49)	26.362 (29,77)	27.583 (31,14)	27.125 (30,63)	26.344 (29,75)	24.006 (27,11)	22.803 (25,75)	22.682 (25,61)	21.062 (23,78)	19.957 (22,53)	19.456 (21,97)	19.262 (21,75)	17.383 (19,63)	17.405 (19,65)	16.053 (18,12)
Ignorado	60 (67,75)	50 (56,46)	03 (3,38)	04 (4,51)	04 (4,51)	02 (2,25)	02 (2,25)	01 (1,12)	03 (3,38)	- (-)	01 (1,2)	03 (3,38)	03 (3,38)	02 (2,25)	03 (3,38)
Faixa etária (anos)															
0-19	7.114 (10,14)	7.467 (10,68)	8.241 (11,84)	7.787 (11,24)	7.254 (10,52)	6.204 (9,04)	5.555 (8,14)	5.288 (7,70)	4.654 (6,89)	4.355 (6,48)	4.119 (6,17)	3.857 (5,82)	3.932 (5,98)	3.913 (6,00)	3.486 (5,40)
20-64	33.345 (34,81)	36.223 (36,09)	37.804 (37,64)	36.759 (35,78)	36.187 (34,47)	33.086 (30,88)	30.734 (28,13)	30.616 (27,51)	28.748 (25,38)	26.859 (23,32)	26.083 (22,29)	25.464 (21,43)	23.086 (19,16)	23.245 (19,02)	20.942 (16,92)
65- 80 e mais	4.837 (4,83)	5.079 (4,93)	5.244 (4,93)	5.355 (4,88)	5.910 (4,69)	5.129 (4,40)	4.975 (4,14)	4.884 (3,94)	4.814 (3,76)	4.634 (3,49)	4.569 (3,32)	4.683 (3,27)	4.533 (3,04)	4.585 (2,96)	4.333 (2,68)

C.D.: coeficiente de detecção por 100 mil habitantes.

Quanto ao modo de detecção da hanseníase, o modo por exame na coletividade representou o maior coeficiente de detecção, ocorrido em 2009 (481,54/100 mil hab), e o menor a partir do exame de contato ocorrido em 2012 (0,99 /100 mil hab). Para outros modos de detecção não especificados o maior coeficiente foi em 2003 (427,97 /100 mil hab). Ressalta-se que o coeficiente para modo ignorado/branco foi mais elevado em 2001 entre todos os anos (415,04 /100 mil hab) (Tabela 3).

Segundo a classificação operacional de diagnóstico de detecção da hanseníase, o tipo multibacilar (MB) foi maior do que o tipo paucibacilar (PB) em todos os anos analisados, exceto no ano de 2006. O coeficiente de detecção do tipo MB foi o maior em 2003 (14,54/100 mil hab). Entretanto, o modo de detecção ignorado foi maior que os dois tipos citados 844,27/100 mil hab em 2001, com redução para 1,97/100 mil hab em 2014 (Tabela 3).

De acordo com o tipo de saída do indivíduo com hanseníase do sistema de saúde, aqueles que saem após cura reduziu de 214,56/100 mil hab em 2001 para 3,34/100 mil hab em 2015;

avaliando o óbito, reduziu de 417,31/100 mil hab e em 2001 para 127,31/100 mil hab em 2015; e devido ao abandono aumentou de 1,61//100 mil hab em 2001 para 185,37/100 mil hab em 2015 (Tabela 3).

Tabela 3 - Casos novos notificados e coeficientes de detecção de hanseníase no Brasil segundo modo de detecção, classificação operacional e desfecho clínico de 2001 a 2015.

Variáveis n (C.D.)*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Modo de detecção															
Encaminhamento	17.877 (10,16)	19.636 (11,01)	20.183 (11,17)	19.938 (10,90)	19.540 (10,55)	17.978 (9,59)	17.697 (9,34)	17.539 (9,15)	16.656 (8,60)	15.822 (8,09)	15.735 (7,97)	15.600 (7,82)	14.313 (7,11)	14.574 (7,18)	12.977 (63,45)
Demanda espontânea	21.412 (12,17)	22.679 (12,72)	24.783 (13,72)	23.624 (12,91)	22.884 (12,35)	20.910 (11,16)	19.027 (10,04)	18.189 (9,49)	17.280 (8,92)	15.871 (8,11)	15.047 (7,62)	14.790 (7,42)	13.135 (6,53)	12.708 (6,26)	11.497 (5,62)
Exame coletividade	1.092 (0,62)	1.603 (0,89)	1.309 (0,72)	1.548 (0,84)	1831 (0,98)	1.466 (0,78)	1.041 (0,54)	1.488 (0,77)	932 (481,54)	1.066 (0,54)	884 (447,82)	884 (443,68)	1.112 (553,14)	1.280 (0,63)	1.448 (0,70)
Exame contato	3.652 (2,07)	3.776 (2,11)	4.004 (2,21)	3.890 (2,12)	3.609 (1,94)	3.200 (1,70)	2.631 (1,38)	2.682 (1,40)	2.527 (1,30)	2.330 (1,19)	2.296 (1,16)	1.983 (0,99)	2.212 (1,10)	2.356 (1,16)	2.085 (1,01)
Outros modos	550 (312,70)	677 (374,13)	773 (427,97)	675 (3,69)	665 (359,16)	617 (329,35)	604 (318,79)	594 (310,13)	555 (286,75)	526 (269,05)	538 (272,54)	471 (236,39)	462 (229,81)	499 (2,46)	473 (231,35)
Ign/Bran-co	730 (415,04)	444 (249,05)	305 (168,86)	277 (151,43)	258 (139,34)	262 (139,85)	264 (142,34)	296 (154,54)	266 (137,43)	234 (119,69)	272 (137,79)	277 (139,02)	317 (157,68)	327 (161,26)	281 (137,44)
Classe Operacional de diagnóstico															
Ignorado	151 (844,27)	217 (121,72)	204 (112,94)	127 (69,43)	125 (67,51)	83 (44,30)	07 (3,69)	07 (3,65)	09 (4,65)	04 (2,04)	06 (3,03)	09 (4,51)	05 (2,48)	04 (1,97)	05 (2,44)
PB	20.934 (11,90)	22.829 (12,80)	24.881 (13,77)	23.739 (12,97)	22.779 (12,30)	20.338 (14,85)	18.239 (9,62)	17.413 (9,09)	16.062 (8,29)	14.262 (7,29)	13.235 (6,70)	12.267 (6,15)	10.927 (5,43)	10.537 (5,19)	8.854 (4,33)
MB	24.228 (13,77)	25.769 (14,45)	26.272 (14,54)	26.086 (14,26)	25.883 (13,97)	24.012 (12,81)	23.018 (12,14)	23.368 (12,20)	22.145 (11,44)	21.583 (11,04)	21.531 (10,90)	21.729 (10,90)	20.619 (10,25)	21.213 (10,46)	19.902 (9,73)
Tipo de saída															
Cura	38.376 (214,56)	41.872 (23,48)	44.013 (24,36)	43.062 (23,54)	43.360 (23,41)	38.202 (20,39)	35.403 (18,68)	35.225 (18,39)	32.573 (16,82)	29.986 (15,33)	29.302 (14,84)	28.045 (14,07)	26.274 (13,06)	23.248 (11,46)	6.829 (3,34)
Óbito	734 (417,31)	707 (396,57)	-	659 (360,28)	681 (367,80)	642 (342,70)	564 (297,68)	538 (280,89)	555 (286,75)	469 (239,90)	518 (262,41)	509 (259,98)	499 (248,26)	455 (224,39)	260 (127,17)
Aban-dono	2.844 (1,61)	2.644 (1,48)	-	2550 (1,39)	2.364 (1,27)	2.338 (1,24)	2.386 (1,25)	2.129 (1,11)	1.863 (0,96)	1.548 (0,79)	1.478 (0,74)	1.524 (0,74)	1.371 (0,68)	1.138 (0,56)	379 (185,37)

Ign: Ignorado. PB: paucibacilar. MB: multibacilar. *Coeficiente de detecção por 100 habitantes.

DISCUSSÃO

Nos resultados deste estudo evidenciou-se que o coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil reduziu no período de 2001 a 2015, sendo de 14,07/100 mil hab no último ano estudado. Entretanto, apesar dessa evidência, há uma ineficiência no controle dessa doença, pois, conforme objetivo de Desenvolvimento do Milênio estabelecido pela OMS, seria preciso ter eliminado a hanseníase até o fim de 2015, o que significa registrar no máximo um caso a cada 10 mil habitantes^[3].

Das macrorregiões brasileiras, a região Norte apresentou maior coeficiente de detecção da hanseníase. Esses resultados podem ser devido a maior parcela dos indivíduos com hanseníase morarem em regiões que apresentam condições precárias de habitação, nutrição e higiene, o que dificulta o controle da doença. O surgimento contínuo da hanseníase está também relacionado a fatores como: diagnóstico incompleto, despreparo dos profissionais da área da saúde nas ações assistenciais (tratamento dos doentes, controle e acompanhamento dos comunicantes) e educativas (trabalho de grupos, palestras, visitas domiciliares) que visem à prevenção da doença. Preconceitos

dos profissionais da área da saúde também constituem barreira para o desenvolvimento de um programa no controle junto ao doente e a seus comunicantes^[13].

A hanseníase, portanto, pode atingir indivíduo inserido em qualquer classe social, mas sua detecção é maior nos segmentos mais empobrecidos da população, devido à presença de condições socioeconômicas desfavoráveis, ou seja, condições precárias de vida e saúde, o que facilita a contaminação e a propagação do bacilo causador dessa enfermidade^[14].

Resultados de estudos realizados na região Norte do Brasil aponta que variáveis relacionadas à pobreza estão associadas à incidência elevada de hanseníase; por outro lado, municípios dessa região com maior cobertura do Programa Bolsa Família (PBF) apresentaram menor detecção e redução dessa doença. Isso pode ter ocorrido porque, após a implementação do PBF, foi possível reduzir as barreiras de acesso ao serviço de saúde, principalmente em unidades de atenção básica de famílias pobres^[15]. Favorecendo assim a redução do risco para a doença^[16].

O PBF consiste na transferência de renda para a população carente possibilitando para tais famílias condições melhores de alimentações, reduzindo a fome e insegurança alimentar e a desnutrição. Sabe-se que o aumento e /ou a diminuição da hanseníase está associada às condições socioeconômicas da população mais pobre, sendo que o PBF, juntamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), vem contribuindo para redução desta doença^[15].

Foi identificado nos resultados desse estudo que a hanseníase ocorre mais em pessoas do sexo masculino e adultos. Ela pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, crianças representam a menor parcela, por isso a presença de casos em crianças revela uma elevada endemicidade da doença e a transmissão continuada na comunidade. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo^[5]. A detecção entre crianças é de 8,8% do número total de casos registrados e publicados pela OMS, sendo 64% dos casos totais ocorrendo no sexo masculino^[3].

O modo de detecção da hanseníase identificado nesta pesquisa se deu predominantemente por meio do exame na coletividade, um modo de detecção realizado nas unidades ESF. Essa forma de detecção favorece o diagnóstico precoce, essencial para evitar a transmissão do bacilo para outras pessoas e complicações para a própria pessoa acometida pela doença. Importante também, porque o diagnóstico tardio e processo de tratamento inadequado da hanseníase resultam em consequências à implementação de terapia adequada e a prognóstico dos pacientes, afetando a vida social e econômica dos pacientes, o que resulta em maior estigmatização e discriminação da pessoa com a doença^[17].

O tipo MB foi mais recorrente em comparação ao PB. A hanseníase representa um grave problema de saúde pública, atingindo níveis endêmicos em diversos países. Dos casos da doença, 61% são classificados operacionalmente como MB^[3].

O diagnóstico da doença e a classificação operacional do paciente em PB ou em MB é importante, para que possa ser selecionado o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso. A classificação é baseada nos sinais dermatológicos, neurológicos e bacteriológicos, assim como interfere no manejo clínico do paciente, na avaliação dos comunicantes intradomiciliares e contribui para implementar ações de busca ativa que inviabilizam a disseminação da doença no ambiente de convívio^[5,18].

O Esquema terapêutico para hanseníase MB é administrado em 12 meses e o paubacilar em 6 meses, assim como se dá pela combinação das drogas em forma de blíster. Para adutos

PB o tratamento é feito com dose mensal de 600 mg de rifampicina (RFM), com administração supervisionada e dose mensal 100 mg supervisionada e 100 mg diária autoadministrada de dapsona (DDS). No caso de adultos MB segue com 600 mg de RFM mensal e supervisionada, 100 mg mensal supervisionada e 100 mg diária de DDS e 300 mg mensal supervisionada e 50 mg diária autoadministrada de clofazimina (CFZ). Para o tratamento de crianças as alterações são efetuadas apenas nas concentrações das drogas^[5].

Houve redução de pessoas que saem dos serviços de saúde sem cura da hanseníase, sendo uma das possíveis causas a forma prologada do tratamento. Esses achados são preocupantes, pois, quando não tratada, a hanseníase pode deixar graves sequelas no organismo do portador, comprometendo tato, olfato, visão e locomoção. Ou seja, os nervos da pele, das pernas e dos braços, quando alterados, dificultam a movimentação dos portadores; os olhos passam a não fechar, com a concomitante queda dos cílios; as extremidades do corpo, como dedos, orelhas e nariz podem ser lesados a ponto de o indivíduo sofrer mutilações em casos severos^[14].

Outro resultado preocupante é que houve elevação de abandono ao tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde e pela OMS. Sendo assim, se faz necessário ratificar a importância do tratamento regular, pois, quando o usuário não comparece às consultas agendadas mensalmente para a dose supervisionada da medicação, é considerado pelo serviço de saúde um paciente faltoso e mais vulnerável ao abandono do tratamento e, conseqüentemente, um contribuinte para a cadeia de transmissão de *M. leprae*. De forma geral, este abandono significa clinicamente a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase. Isso acentua a necessidade de atenção da equipe profissional viabilizar assistência em busca de uma melhor adesão ao tratamento^[14].

CONCLUSÃO

O coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil no período de 2001 a 2015 reduziu 46,4%. Entretanto continua elevado, pois está superior à meta proposta pela OMS para o ano de 2015. O coeficiente de detecção foi maior na região Norte do país, entre pessoas do sexo masculino e de faixa etária adulta, merecendo assim maior atenção às condições de saúde desse público alvo, em especial. A detecção da hanseníase por exame na coletividade foi maior em relação aos outros tipos, o que reforça a importância de ações que podem ser realizadas nas ESF para detecção precoce da doença.

Diante da redução de pessoas que saem do sistema de saúde após cura da hanseníase e aumento dos pacientes que abandonam o tratamento, recomenda-se a intensificação de ações de saúde voltadas para prevenção da doença, detecção precoce e tratamento de qualidade. A busca ativa é uma dessas ações que pode ser realizada pelas ESF no controle e corroborando as estratégias da OMS em eliminação da doença. Portanto, estudos posteriores se fazem necessários para avaliar a influência das políticas públicas de controle na magnitude dessa enfermidade no Brasil, assim como acompanhar a meta de eliminação da OMS e as notificações do SINAN, objetivando verificar a eficiência das estratégias de erradicação.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues LC, Lockwood DNJ. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. *Lancet Infect Dis.* 11:464-70, 2011.
2. Martins AC1, Miranda A, Oliveira ML, Bühner-Sékula S, Martinez A. Nasal mucosa study of leprosy contacts with positive serology for the phenolic glycolipid 1 antigen. *Brazilian journal of otorhinolaryngology.* 2010; 76 (5): 579-587.
3. World Health Organization. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. Índia, 2016. [acesso em 20 jul 2017]. Disponível: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf;jsessionid=24C2BC27CA1574B89DF9E557D8EFCFB9?sequence=17>
4. Bailardi KS. O Estigma da Hanseníase: Relato de uma Experiência em Grupo com Pessoas Portadoras. *Hansen Int.* 2007; 32 (1): 27-36.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Guia para o controle da hanseníase. [Internet] Brasília, Brasil, 2002. [acesso em 20 jul 2017]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf
6. Silva MCD, Paz EPA. Educação em Saúde no Programa de Controle da Hanseníase: A vivência da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery RevEnferm.* 2010; 14: 223-229.
7. Pedrazzani ES. Levantamento sobre as ações de enfermagem no Programa de Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1995; 3 (1): 109-115.
8. Carvalho Filho R, Santos SS, Pinto NMM. Hanseníase: detecção precoce pelo enfermeiro na atenção primária. *Revista Enfermagem Integrada.* 2010; 3(2).
9. Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade.* 2004;13(2): 76-88.
10. Cunha AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002;7(2): 235-242.
11. World Health Organization. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase (2011-2015). [acesso em 20 jul 2017]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniase.pdf
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro, 2011. [acesso em 20 jul 2017]. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>
13. Queiroz MS, Puntel MA. A situação epidemiológica da hanseníase no Brasil e em Campinas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p.

14. Lopes VAS, Range EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde Debate*. 2014;38 (103): 817-829.
15. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:70.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica – Dados. [Internet] Brasília, Brasil, 2016. [acesso em 20 jul 2017]. Disponível: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/Taxa-de-detec---o-geral-de-casos-novos-de-hansen--ase--estados--Brasil--2015..pdf>.
17. Sousa MWG, Silva DC, Carneiro LR, Almino MLBF. Perfil epidemiológico da hanseníase no estado do Piauí, período de 2003 a 2008. *An Bras Dermatol*. 2012; 87 (3): 401-407, 2012.
18. Eichelmann K1, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:554-63.