

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
ACAMPUS SANTA INÊS
CURSO DE ENFERMAGEM BACHARELADO

ANA LUIZA CASTRO RODRIGUES

PANORAMA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS- MA:
uma análise epidemiológica

Santa Inês
2024

ANA LUIZA CASTRO RODRIGUES

PANORAMA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS- MA:
uma análise epidemiológica

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Campus Santa Inês, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra Eliane Mendes Rodrigues.

Santa Inês
2024

Rodrigues, Ana Luiza Castro.

Panorama da Hanseníase no município de Santa Inês-MA: uma análise epidemiológica. / Ana Luiza Castro Rodrigues. - Santa Inês - MA, 2024.

62 f.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Mendes Rodrigues.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem Bacharelado, Campus de Santa Inês, Universidade Estadual do Maranhão, 2024.

1. Epidemiologia. 2. Hanseníase. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU 616-002.73 (812.1)

ANA LUIZA CASTRO RODRIGUES

PANORAMA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS- MA:

uma análise epidemiológica

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Campus Santa Inês, comorequisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra Eliane Mendes Rodrigues.

Aprovado em: 05/02/2024.

BANCA EXAMINADORA

Eliane Mendes Rodrigues

Prof.^a. Dr.^a Eliane Mendes Rodrigues (Orientadora)
Universidade Estadual do Maranhão

Jessica Rayanne Vieira Araújo Sousa

Prof.^a. Esp. Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa
Universidade Estadual do Maranhão

Lúcia Camila O. Friedrich Sousa

Prof.^a. Esp. Lúcia Camila O. Friedrich Sousa
Universidade Estadual do Maranhão

*“A maior doença hoje não é a lepra
ou a tuberculose, é, antes, o
sentimento de não ser desejado”
Madre Teresa de Calcutá*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso. Aos meus pais, Rogério e Selijane por todo incentivo, toda abdicação e por não medirem esforços para que o meu sonho se tornasse real, sem vocês eu não conseguiria, obrigada. Ao meu irmão, Rian, pela parceria e companhia durante esses 5 anos. Ao meu filho, Nicolás, que é o grande amor da minha vida e a razão por trás de toda minha força e dedicação. Aos meus familiares, tio, tias e avós que contribuíram diretamente ou indiretamente na minha formação, em especial minha avó paterna, Eponina, que foi a base para minha educação. Aos amigos da Universidade, Wilnna, Joy e Ellen por se mostrarem sempre solícitas, em especial as minhas parceiras de faculdade e da vida, Stefane e Gabryelle pela contribuição e todos os momentos que passamos juntas, muito além dos muros da Universidade. A minha orientadora e tia, Eliane Mendes Rodrigues, por ter aceito esse trabalho, me guiado e contribuído durante o processo para a construção dele. A Universidade Estadual do Maranhão, ao Curso de Graduação em Enfermagem Campus Santa Inês, pela excelência de ensino e por proporcionar experiências que são de suma importância para minha formação profissional.

Por fim, expresso minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para realização deste trabalho. Muito obrigada!

RESUMO

A hanseníase por ser uma doença com grande potencial para desenvolver incapacidades é considerada uma doença de grande relevância para a saúde pública. O presente estudo tem como objetivo analisar o panorama da hanseníase no município de Santa Inês, Maranhão, no período de 2018 a 2022. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, subsidiado por dados secundários disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No período de 2018 a 2022 foram notificados 235 casos de hanseníase no município de Santa Inês - MA. O ano de 2018 teve a maior ocorrência do número de casos, com 71 (30,2%) e em 2021 obteve-se a sua menor ocorrência, com 32 (13,6%). A maioria das notificações foram encontradas na zona urbana de Santa Inês, na UBS Djalma Marques, sendo 57 casos o que corresponde a 24,3% dos casos notificados. A ocorrência de hanseníase foi maior no sexo masculino em todos os anos da pesquisa. Em relação a faixa etária, destaca-se as idades entre 40 a 49 anos com 43 (17,77%) dos casos notificados. A cor parda foi a mais acometida, contabilizando 71,7% dos casos notificados. Apresentou-se maior registro de casos multibacilares (MB), sendo em 2018 a maior incidência, com 68 (94,4%) casos. A forma dimorfa da hanseníase foi a mais incidente na classificação MB. Analisando o panorama da hanseníase no município de Santa Inês, no período de 2018 a 2022, se faz necessário a adoção de medidas que facilitem o diagnóstico precoce para impedir que a doença se propague para os casos mais avançados e não gere um comprometimento maior do indivíduo, quanto ao grau de incapacidade física.

Descritores: Epidemiologia; prevalência; hanseníase; Enfermagem.

ABSTRACT

Leprosy, as a disease with great potential for developing disabilities, is considered a disease of great relevance to public health. The present study aims to analyze the panorama of leprosy in the municipality of Santa Inês, Maranhão, from 2018 to 2022. It is a descriptive, cross-sectional epidemiological study with a quantitative approach, supported by secondary data available in the Information System of Notifiable Diseases (SINAN), available in the database of the Department of Information Technology of the Unified Health System (DATASUS). The sample consisted of 235 recorded cases of leprosy during the studied period. The distribution of consolidated cases occurred from 2018 to 2022 in the municipality of Santa Inês, Maranhão. The year 2018 had the highest occurrence of the number of cases, with 71 (30.2%) and in 2021 there was its lowest occurrence, with 32 (13.6%) cases per year in the municipality under study. The majority of notifications were found in the urban area of Santa Inês, the Djalma Marques Health Center had the highest incidence with 57 (24.3%) reported cases. The occurrence of leprosy was higher in males in all years of the survey. The most affected patients were those aged between 40 and 49 years old, with 43 (17.77%) reported cases. Brown skin color was the most affected, accounting for 71.7% of reported cases. There was a greater record of multibacillary (MB) cases, with the highest incidence in 2018, with 68 (94.4%) cases. The dimorphic form of leprosy was the most common in the MB classification, requiring measures to facilitate early diagnosis to prevent the disease from spreading to more advanced cases and not generating greater impairment in terms of the degree of disability.

Descriptors: Epidemiology; prevalence; leprosy; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Santa Inês/MA no período de 2018 a 2022 34
- Gráfico 2 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme o resultado do exame de baciloscopia, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022 43
- Gráfico 3 – Referente a avaliação neurológica (grau de incapacidade física) dos pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período de 2018 a 2022 48
- Gráfico 4 - Referente ao modo de entrada dos casos de hanseníase notificados em Santa Inês/MA, no período de 2018 a 2022 49
- Gráfico 5 – Referente ao modo de detecção do caso novo notificados em Santa Inês/Ma, no período de 2018 a 2022 50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados por zona de notificação, Santa Inês/MA, no período de 2018 a 2022.....	35
Tabela 2 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados por Unidades Básicas de Saúde - UBS, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2019	36
Tabela 3 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados por Unidades Básicas de Saúde - UBS, Santa inês/MA, no período entre 2020, 2021 e 2022.....	37
Tabela 4 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme o sexo, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022	39
Tabela 5 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a faixa etária, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022	39
Tabela 6 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a cor/raça, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.....	41
Tabela 7 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a escolaridade, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022	42
Tabela 8 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a classificação operacional, Santa Inês/MA, no período de 2018 a 2022	44
Tabela 9 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a classificação operacional no diagnóstico e o sexo, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.....	45
Tabela 10 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a forma clínica, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.....	45
Tabela 11 - Referente ao número de lesões cutâneas apresentadas pelos pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.....	46
Tabela 12 - Referente ao número de nervos afetados pela hanseníase em pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.....	47
Tabela 13 - Referente ao percentual de contatos de pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022	50
Tabela 14 - Referente ao esquema terapêutico dos pacientes com hanseníase notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.....	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

GIF - Grua de Incapacidade Física

HD - Hanseníase Dimorfa

HI - Hanseníase Indeterminada

HT - Hanseníase Tuberculóide

HV - Hanseníase Virchowiana

MB - Multibacilar

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB - Paucibacilar

PSF - Programa Saúde da Família

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2.OBJETIVOS.....	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Historia da Hanseníase no Brasil.....	16
3.1.2 Diagnóstico da Hanseníase.....	17
3.1.3 Aspectos Clínicos da Hanseníase	20
3.2 Classificação da Hanseníase	21
3.2.1 Hanseníase Tuberculóide (HT).....	21
3.2.2 Hanseníase Virchowiana (HV).....	22
3.2.3 Hanseníase Dimorfa (HD)	23
3.2.4 Hanseníase Indeterminada (HI).....	23
3.3 Epidemiologia da Hanseníase.....	23
3.4 Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH).....	25
3.4.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)	27
3.4.2 Atuação do Enfermeiro no controle da Hanseníase.....	29
4 METODOLOGIA	31
5 RESULTADOS.....	33
6. DISCUSSÃO	51
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, causada por uma bactéria do gênero *Mycobacterium leprae*, é transmitida ao ser humano através da liberação do bacilo pelo ar, sendo o homem a única fonte de infecção da doença (Barbosa *et al.*, 2014). Constitui importante relevância para a saúde pública, por ser considerada potencialmente incapacitante e por possuir alta capacidade de penetração em células nervosas, acometendo principalmente a pele e nervos periféricos, levando a alterações de sensibilidade e deformações historicamente permeadas por preconceito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divide a doença em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB). A primeira consiste em pacientes que apresentam até cinco lesões na pele. Já a segunda, o portador de hanseníase apresentam seis ou mais lesões e baciloscopia de raspado intradérmico positivo (Brasil, 2012).

Em algumas situações, os doentes não possuem lesões visíveis ou apresentam lesões que se tornam aparentes apenas após o tratamento, o que complica o diagnóstico. Nessas situações pode ser utilizado a classificação de Madri para facilitar o mesmo (Brasil, 2012).

Na classificação de Madri considera-se tanto as características clínicas quanto baciloscópicas: há dois grupos instáveis – indeterminada e dimorfa; e dois grupos estáveis tuberculoide e virchowiana. Ainda existe uma terceira classificação, mais utilizada em pesquisas, a de Ridley e Jopling que se baseia além dos critérios clínicos e baciloscópicos, também em imunológicos e histopatológicos, dividindo a hanseníase em: formas polares, tuberculoide-tuberculoide e virchowiana-virchowiana, e subdivide a dimorfa em dimorfa-tuberculoide, dimorfa-virchowiana e dimorfa-dimorfa (Brasil, 2012).

Segundo Neves *et al.* (2017), as diferentes formas clínicas da hanseníase dependem da resposta imunológica do hospedeiro frente a presença do bacilo. As expressões clínicas ocorrem desde uma resposta imunológica competente a uma menos efetiva, ou seja, de uma forma clínica localizada e não contagiosa a uma forma difusa e contagiosa.

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranque de países com maior incidência e o segundo lugar na prevalência mundial de hanseníase, ficando atrás somente da Índia. Concentra, com efeito, 90% dos casos registrados no Continente Americano, com média de 47 mil novos casos da enfermidade a cada ano. Nota-se que nos últimos 5

anos, a maior concentração destes casos deu-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (Brasil, 2022).

Segundo o Ministério da saúde, a partir de dados retirados do Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN). O Maranhão foi o segundo estado em número de casos confirmados da federação brasileira no ano de 2012, com 4.747 casos, seguido do Pará, com 4.784 casos (Brasil, 2014).

Em relação aos municípios do Maranhão, o maior número de casos notificados foi encontrado em São Luis (13,65%), seguido por Imperatriz (8,05%) e Timon(4,67%), que delimitam área de prevalência intermediária na região central do estado(Pacheco *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, faz-se necessário um estudo sobre a situação da hanseníase no município de Santa Inês para assim ser possível compreender como a doença se manifesta neste município e assim ter dados para para atuar de forma mais direcionada no combate a prevenção e tratamento da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o panorama da hanseníase no município de Santa Inês-MA, no período de 2018 a 2022.

2.2 Específicos

- Fazer um levantamento das características epidemiológicas dos pacientes notificados com hanseníase no município de Santa Inês-MA, no período de 2018 a 2022.
- Discutir sobre as variáveis presentes na ficha de notificação/investigação do Sistema de Notificação de Agravos - SINAN/2007, como dados gerais, dados individuais, dados de ocorrência e dados referentes a doença.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 História da hanseníase no Brasil

A hanseníase é uma das doenças mais antigas do mundo, e que carrega consigo um histórico de exclusão e muito preconceito ao longo de sua história. Antigamente, esta doença era conhecida como lepra e os indivíduos acometidos por esta moléstia eram excluídos do convívio familiar, assim como da sociedade em geral. Esses passavam a residir em “leprosários”, os quais eram hospitais-colônias que abrigavam os chamados “leprosos”, uma vez que esta medida era a única forma de prevenir a doença, a partir do entendimento das autoridades da época (CID *et. al.*, 2012).

O termo “lepra” foi proibido em documentos oficiais. A nomenclatura foi modificada a partir da intervenção do governo brasileiro com a lei 9.010 de 1995, onde passou-se a ser designada de hanseníase em homenagem a Gerhard Armauer Hansen, médico norueguês que descobriu o bacilo causador da doença, em 1873. Com a mudança no nome da moléstia, pretendia-se acabar com o preconceito e estigma que a doença carregava (Silveira *et al.*, 2014).

Em 1962, foi abolido o isolamento compulsório. Porém, a associação da doença lepra, considerada contagiosa, mutilante e incurável continuou pairando na realidade da sociedade. Desta forma, o preconceito foi mantido, e os portadores dessa doença continuaram cercados de medo e sofrimento (Silveira; Silva, 2006).

Com o passar dos anos e o aumento do número de casos de hanseníase no Brasil, esta doença passou a gerar preocupação para o Estado brasileiro, tornando-se um problema de saúde pública. A partir do século XX, academias e escolas de medicina passaram a engajarem-se no debate sobre medidas de prevenção e controle da doença, uma vez que apenas exilar os doentes não mostrava funcionalidade e controle da patologia (Brasil, 2001).

Até os anos 50, nenhuma doença era tão estigmatizada quanto a hanseníase, uma vez que o isolamento compulsório dividia opiniões médicas. O histórico de maus-tratos aos pacientes em hospitais-colônias e leprosários era constante e fazia parte da realidade do paciente com lepra. Neste contexto, pode-se deduzir que os caminhos percorridos em busca de alternativas de tratamento para a doença, caracterizada por preconceitos e estigmas, não foram fáceis (Santos *et al.*, 2008).

A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da doença no Brasil. De acordo com Claro (1995), “a hanseníase é uma doença de evolução prolongada com enorme potencial incapacitante, atingindo em especial a camada mais pobre da sociedade e que apresenta endemicidade em todas as macrorregiões do Brasil”.

3.1.2 Diagnóstico da Hanseníase

Levando em consideração que a hanseníase é uma doença curável em todas as suas formas, o seu maior problema não encontra-se apenas no âmbito social, mas vai além dele, o diagnóstico da hanseníase é um fator primordial para que o prognóstico da doença seja favorável (Talhari; Neves, 1989).

A hanseníase, pela sua própria base, vem resistindo à prática médica moderna, que se resume à mera consulta médica, ela, no entanto, exige um contato prologando com o paciente, e um vínculo entre médico-paciente-família, pois o paciente necessita de um acompanhamento num sentido muito mais amplo do que aquele realizado na prática médica (Claro, 2010).

Basicamente, o processo de diagnóstico da doença é realizado através do exame clínico, quando se faz a busca pelos sinais dermatoneurológicos da doença. Geralmente é considerado um caso de hanseníase, o indivíduo que apresenta um ou mais sinais e sintomas característicos da doença, como, lesão na pele com alteração da sensibilidade, espessamento neural acompanhado de alteração de sensibilidade e baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*, com ou sem história epidemiológica. O diagnóstico diferencia de outras doenças dermatológicas e neurológicas com sinais e sintomas semelhantes (Brasil, 2015).

Uma vez diagnosticado, o caso de hanseníase deve ser classificado, baseando-se nos sinais e sintomas da doença. A hanseníase é classificada em paucibacilar (PC) que é o caso com cinco ou menos lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido, e o caso multibacilar (MB) que consiste naqueles com mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido (Jopling *et al.*, 2005).

O diagnóstico, em síntese é subsidiado pela análise clínica e laboratorial. No diagnóstico clínico, é realizado um exame no indivíduo, para que se possa fazer uma avaliação dermatoneurológica, buscando identificar sinais clínicos da doença.

É importante, nessa etapa, fazer uma anamnese buscando informações sobre a história clínica, ou seja, presença de sinais e sintomas característicos da doença e sobre a história epidemiológica. Em resumo, o processo de diagnóstico clínico se dá pela anamnese, avaliação dermatológica a partir da identificação das lesões na pele e alteração da sensibilidade; avaliação neurológica pela identificação de neurites, incapacidade e deformidades; diagnóstico dos estados reacionais e classificação do grau de incapacidade física (Conti; Almeida & Almeida, 2013).

A pesquisa de sensibilidade das lesões de pele, ou em áreas que são suspeitas, é um recurso muito importante no diagnóstico de hanseníase e que deve ser executada com muita paciência e precisão no procedimento. Devem ser realizadas as pesquisas de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, e os resultados precisam se complementar (Jopling *et al.*, 2008).

Na avaliação neurológica, deve-se ter muita cautela, uma vez que o processo inflamatório dos nervos, neurite, é um aspecto importante e que pode ser silencioso, sem sinais e sintomas, assim como pode apresentar sinais e sintomas evidentes como dor intensa, hipersensibilidade, edema, perda da sensibilidade e paralisia dos músculos. É importante entender que em estado inicial, a neurite hanseníase não apresenta um dano neural e torna-se crônica à medida que evolui, passando a evidenciar o comprometimento dos nervos periférico, como perda da capacidade de suar (anidrose), perda dos pelos (alopecia), perda da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, e paralisia muscular (Lehman *et al.*, 2015).

Em relação ao potencial incapacitante, o profissional de saúde deve ter sempre uma atitude de vigilância nesse contexto, a partir de uma avaliação diagnóstica constante, a fim de evitar futuras deformidades e incapacidades. Dessa forma, a avaliação neurológica deve ser realizada no processo diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, na ocorrência de neurites e reações ou quando houver suspeita desta, durante o tratamento e sempre que o indivíduo apresentar queixas. Os principais nervos acometidos na hanseníase são os da face, braços e pernas (Opramolla, 2000).

As lesões neurológicas são analisadas pela avaliação neurológica, sendo constituída pela inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, mãos e pés (Ura, 2007).

A inspeção dos olhos visa verificar sinais e sintomas decorrentes da presença do bacilo, e o comprometimento de nervos que circundam os olhos. Basicamente consiste em perguntar ao indivíduo se ele sente ardor, coceira, vista embaçada, ressecamento dos olhos, pálpebras pesadas, lacrimejamento e outros. Também deve ser verificado se existe nódulos, infiltrações, secreções, vermelhidão, ausência de sobrancelha (madarose), cílios invertidos (triquíase), eversão, desabamento da pálpebra inferior (lagoftalmia) e opacidade córnea. A inspeção de nariz, mãos e pés deve ser feita investigando os sinais e sintomas decorrentes do comprometimento dos nervos que inervam essas regiões, atentando, no caso de pés e mãos para a força muscular (Stefani, 2008).

Outro meio importante no diagnóstico da hanseníase é a palpação dos troncos nervosos periféricos, em que o profissional deve sentar-se à frente do indivíduo e palpar os nervos das áreas determinadas, usando as polpas digitais do segundo e terceiro dedo, deslizando sobre a superfície óssea, acompanhando o trajeto do nervo, no sentido de cima para baixo. É importante verificar se há sinais como queixa de dor espontânea no trajeto do nervo, queixa de choque ou dor durante a palpação, simetria do nervo palpado, espessamento do nervo, alteração da consistência do nervo, alteração da forma do nervo e se o nervo apresenta aderências aos planos profundos. O diagnóstico da hanseníase inclui ainda, manobras para testar a força muscular e a amplitude dos movimentos das articulações dos dedos (Brasil, 2001).

Os estados reacionais da hanseníase ocorrem durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico, podendo acontecer antes ou depois, sendo esta a principal causa de lesão dos nervos e incapacidades provocadas pela doença. É necessário que o diagnóstico dessas reações seja feito o mais precocemente possível, para que seja feito o tratamento de imediato, prevenindo as incapacidades. Geralmente o diagnóstico desses casos é feito através de exame físico e dermatoneurológico do indivíduo, porém mesmo sendo identificada tal situação, não se contra-indica o tratamento da doença. É necessário, no entanto, atentar-se para os casos de reações pós-alta, comuns em esquemas de tratamentos quimioterápicos de curta duração, para que não sejam confundidos com os casos de recidivas da doença (Ura, 2007; Foss, 2003).

Os estados reacionais podem ser de dois tipos, o tipo I ou reação reversa, e reação do tipo II ou eritema nodoso hansênico (ENH). A reação do tipo I se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas e alterações na cor e edema nas lesões antigas, bem como dor e espessamento dos nervos. A reação do tipo II é o quadro clínico que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento dos nervos, além de mal-estar generalizado, nesse caso geralmente as lesões antigas permanecem sem alterações (Brasil, 2008).

No diagnóstico laboratorial temos o exame microscópico onde é observado o *Mycobacterium leprae*, diretamente no esfregaço de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de sítios de coletas selecionados, como os lóbulos auriculares e cotovelos. Nesse caso, essa alternativa é um apoio ao diagnóstico e como confirmação de recidiva. É importante atentar que nem sempre a baciloscopia dá um resultado positivo, mesmo o indivíduo sendo portador da doença, o que pode prejudicar o diagnóstico da doença, além de confundir muitos profissionais, pois a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase (Stefani, 2008).

A hanseníase, quando diagnosticada e tratada tardiamente, pode trazer graves danos à saúde do indivíduo, uma vez que essa patologia se constitui um problema de saúde pública que pode trazer sequelas severas para o resto da vida do paciente acometido, como as incapacidades físicas nas mãos, pés e olhos (Brasil, 2001).

A Hanseníase pode ser dividida como paucibacilar (PB) que consiste em pacientes que contém até cinco lesões na pele e, quando possível realizar o procedimento baciloscopia de raspado intradérmico, resultado negativo. E multibacilar (MB) que é quando o portador da hanseníase apresenta seis ou mais lesões e possui baciloscopia de raspado intradérmico positivo (Lima *et al.*,2009). Seguindo essa linha, a hanseníase pode ser subdividida em formas: Indeterminada;dimorfa; tuberculoide e virchowiana.

3.1.3 Aspectos Clínicos da Hanseníase

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen. Este consiste em um parasito intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e células dos nervos periféricos, que após instalado no organismo de um indivíduo infectado, se propaga. O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase, cujo contágio se dá através de uma pessoa doente, portadora

do bacilo, não tratada, que o elimina pelas vias respiratórias no meio exterior contagiando outros indivíduos. O aparecimento da doença e suas possíveis manifestações vão depender da resposta imunológica do indivíduo atingido e pode ocorrer após longos períodos de incubação (Brasil, 2015).

A moléstia de Hansen se caracteriza por ser uma patologia infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos como lesões na pele e nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a principal característica da doença, e que tem como consequência a incapacidade física, que pode inclusive evoluir para as deformidades (Claro, 1995, p. 192).

As lesões causadas pela doença apresentam diminuição da sensibilidade ou mesmo ausência desta, caracterizadas, geralmente, por: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas; placas que alteram a espessura da pele; infiltrações de forma difusa e sem bordas; tubérculos, que são caroços externos; e nódulos, como caroços subcutâneos. Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem acometer inclusive a mucosa nasal e cavidade oral, ocorrendo com maior frequência em face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas (Santos; Faria; Menezes, 2008).

A hanseníase também pode se apresentar através de lesões dos nervos periféricos, sendo que estas são geralmente decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos, que podem ser causados pela ação do bacilo nos nervos, como também pela reação do organismo ao bacilo (Neves *et al.*, 2017).

Nesse contexto, pode-se entender que inicialmente as manifestações se dão por lesões na pele, caracterizadas por manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, geralmente com sensibilidade diminuída ou ausência de sensibilidade. Caso não tratadas podem atingir nervos periféricos, ocasionando enfraquecimento muscular, e como consequência dando origem às incapacidades e às deformidades características da hanseníase (Cid *et al.*, 2012).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE

3.2.1 Hanseníase Tuberculóide (HT)

Nesta forma clínica, encontram-se lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas papulosas, e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas.

Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão, que pode, ainda, assumir aspecto tricofitóide, com descamação das bordas. Observa-se, ainda, as variedades infantil e a forma neural pura. A primeira manifesta-se em crianças conviventes com portadores de formas bacilíferas e localiza-se principalmente na face. Pode-se manifestar como nódulos, placas, lesões tricofitóides ou sarcoídicas. Na forma neural pura, não encontram-se lesões cutâneas. Há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave, em especial, quando atinge nervos sensitivo-motores. A baciloscopia resulta negativa. A HT, juntamente com a HI constituem as formas paucibacilares da hanseníase. Apesar da possibilidade de cura espontânea na HT, a orientação é de que os casos sejam tratados para reduzir o tempo de evolução da doença e o risco de dano neural (OMS, 2016).

3.2.2 Hanseníase Virchowiana (HV)

Trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao polo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Portanto, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a HV possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos e nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros (Brasil, 2018).

A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pelos nesse local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como facies leonina. O comprometimento nervoso ocorre nos ramúsculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos. Estes últimos vão apresentar deficiências funcionais e sequelas tardias. São sinais precoces de HV, a obstrução nasal, rinorréia serossanguinolenta e edema de membros inferiores. A HV apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa não tratados, importante foco infeccioso ou reservatório da doença (OMS, 2016).

3.2.3 Hanseníase Dimorfa (HD)

De acordo com Santos *et al.*, (2016) este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de um, ora de outro. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares)

Quando numerosas, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com frequência, levam a incapacidades físicas. (Brasil, 2017).

3.2.4 Hanseníase Indeterminada (HI)

As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele, frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada.

Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas ramúsculos nervosos cutâneos. A pesquisa de baciloscopia de raspado intradérmico revela-se negativa. A HI é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (OMS, 2016).

3.3 Epidemiologia da Hanseníase

A Organização Mundial de Saúde (OMS), frente ao grande número de casos no mundo, estipulou como meta aos países a redução da prevalência de hanseníase a 1 caso para cada 10.000 habitantes até o ano de 2015.

Seguindo essa mesma didática a Organização Mundial da Saúde definiu em

2016 as seguintes metas a serem atingidas até 2020: Eliminação do Grau 2 de Incapacidade Física entre os pacientes pediátricos com hanseníase; Redução de novos casos de hanseníase com Grau de Incapacidade 2 a menos de um caso por milhão de habitantes; Nenhum país terá leis que permitam a discriminação por hanseníase.

No âmbito nacional, o Ministério da Saúde (2019) estabeleceu estratégias de combate a hanseníase no período de 2019 a 2020 com a finalidade de alcançar as seguintes metas em 2022: Reduzir para 30 o número de crianças com incapacidade física grau 2; Reduzir para 8.83 por milhão de habitantes a taxa de pessoas com incapacidade física grau 2; Implantar nas unidades de federação canais para registro de práticas discriminatórias relacionadas a hanseníase.

De acordo com a Estratégia Nacional de Hanseníase, em 2018, no Brasil, foram reportados 28.660 novos casos de hanseníase e uma taxa de detecção geral de 13,70/100.000 habitantes, coeficiente classificado como alto. Desse número, 1705 casos foram identificados em menores de 15 anos, perfazendo a taxa de 3,75/1000.000, número que também é considerado alto.

Em relação ao número de pacientes diagnosticados com grau 2 de incapacidade física, foram relatados também no mesmo ano, 2019 casos, que perfaz uma taxa de 10,08 por 1 milhão de habitantes, número que ainda reflete a alta endemicidade da doença no país. (Estratégia Nacional Hanseníase, 2020).

Ainda em 2018, o Maranhão ocupou a segunda posição em número de casos diagnosticados, foram 3165, número que perfaz uma taxa de detecção de 44,94 por 100 mil habitantes e cerca de 11% do total de casos do país no mesmo ano, classificando o estado como hiperendêmico. Este dado se torna ainda mais preocupante, tendo em vista que no mesmo ano foi o estado com maior número de diagnóstico em menores de 15 anos em todo o país. Além disso, o Maranhão é o estado brasileiro que abarca o maior número de municípios em situação desfavorável de controle de hanseníase (Boletim Epidemiológico, 2020).

A avaliação do Brasil entre 2011 e 2013 demonstrou a presença de 10 *clusters*, abrangendo 621 municípios. Eles estavam localizados principalmente nos estados de Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Goiás, Rondônia e Bahia. Embora correspondessem a somente 14% da população brasileira, eles representam 44% dos novos casos diagnosticados em 2013 (Brasil, 2017; Who,2019).

No mundo, foram reportados 208.619 casos novos da doença em 2018 e

28.660 no Brasil. Do total de casos novos diagnosticados no país, 1.705 (5,9%) ocorreram em menores de 15 anos. Quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF), entre os 24.780 (86,5) avaliados no diagnóstico, 2.109 (8,5%) apresentaram deformidades visíveis (GIF2). Diante desse cenário, o Brasil é classificado como um país de alta carga para a doença, ocupando o segundo lugar na relação de países com maior número de casos registrados no mundo, estando atrás apenas da Índia (Brasil, 2017; OMS, 2019).

A atualização mundial sobre hanseníase, publicada em 2016, com base no banco de dados da OMS, mostram uma taxa de detecção da doença de 3 a cada 100.000 habitantes. O Brasil chama atenção dentro desses dados por ser, ainda, um dos países com maior prevalência da hanseníase. Junto com outros 12 países, apresenta 94% dos casos notificados em 2014. O país, junto com Índia e Indonésia apresenta mais de 10.000 notificações por ano cada (OMS, 2016)

Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste, em especial o meio-norte, destaca-se em número de casos, apresentando coeficientes de detecção com valores médios de 30/100.000 habitantes, em séries históricas que variaram de 19,60/100.000 em 1990 a 35/100.000 em 2008, o que justificou a classificação “muito alta” (Brasil, 2011). Fortalecendo tal estatística encontra-se o Maranhão como 4º colocado do Brasil em detecção de casos novos, 3º em menores de 15 anos de idade e, no geral, mais prevalente do Nordeste (Brasil, 2020).

3.4 Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)

A história da saúde pública no Brasil teve seu início na primeira década do século XIX. Inicialmente, Emílio Ribas em São Paulo e Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro, introduziram a teoria bacteriológica para intervenções no processo saúde-doença, esse processo consistia no resultado da exposição do ser humano aos efeitos insalubres do meio. A partir daí, seguindo o modelo de saúde pública norte-americano, surgiu o movimento médico sanitário, que tinha o saneamento como meio de garantir a saúde coletiva (Fleury, 2009).

As campanhas sanitárias foram criadas para combate de problemas específicos como, malária, febre amarela e saúde das crianças. Postos e centros de saúde, coordenados por sanitário foram inaugurados. Durante esse período, a assistência médica era tida como pouco eficaz. Em 1953, foi criado o Ministério da

Saúde e em 1956 o Departamento de Endemias Rurais, que mantiveram o mesmo modelo nas intervenções (Brasil, 1992).

Segundo Queiroz (1993) o modelo médico-sanitarista mostrou-se incapaz de conter a miséria e a degradação do estado de saúde da população, dando início ao movimento centrado na perspectiva do desenvolvimento, que buscava ações coordenadas de saúde. Nessa perspectiva, o desenvolvimento econômico era visto como condição indispensável para o alcance da saúde coletiva. Porém, a crise econômica e política em 1964, desviou os rumos do gerenciamento da saúde e este passou a ser gerido com financiamento e expansão de setores privados.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o que representaria as bases da reforma sanitária: O direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (Paulus Jr, 2006).

Em 1988, a Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e é criado o Sistema Único de Saúde, cuja implementação teve início em 1990 (Brasil, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade, a integridade e a equidade no atendimento. Foi estruturado de modo descentralizado, regionalizado, hierarquizado e democrático. O SUS é único porque segue os mesmos princípios em todo território nacional, sendo o município o maior responsável pela gestão do atendimento e por desenvolver ações de promoção e proteção à saúde (Carvalho, 1997).

É universal, pois destina-se a população, sem distinção e é integral, porque busca olhar o indivíduo em toda sua complexidade, prestando todo o atendimento necessário para a obtenção e manutenção da saúde, sendo equânime nessa prestação (Correia, 2000).

Organizado em redes de atenção, distribuídas em diferentes graus de complexidade, tem na atenção básica ou primária, a “porta de entrada” do sistema. No nível primário, devem ocorrer as medidas preventivas, o controle de agravos à saúde, a identificação e encaminhamento de casos que necessitem serviços mais complexos. A exemplo dos serviços primários, estão as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e programas como o

Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em níveis de maior complexidade, estão os serviços especializados, os hospitais, laboratórios e exames de alto custo, que devem ser acionados quando os problemas não forem solucionados na atenção básica (Brasil, 2017).

Em um sistema de saúde universal, integral e equânime, deve haver garantia na prestação de serviços em todos os níveis de complexidade e com a demanda tecnológica necessária para garantir resolubilidade. A porta de entrada do SUS, como já referido anteriormente, é a atenção básica. Nela, o indivíduo recebe consulta médica e de enfermagem, atendimento psicológico, nutricional, odontológico e social, entre outras áreas profissionais. Quando necessário, é encaminhado a centros especializados. Uma vez tendo feito exames, consultas ou procedimentos especializados, o indivíduo deve retornar ao nível de atenção primária para acompanhamento (Schwartz *et al.*, 2010).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) possui ações que visam orientar a assistência do serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde, como as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, promoção de saúde com base na educação permanente e assistência integral aos portadores deste agravo (Brasil, 2017).

O enfermeiro é essencial para o controle da hanseníase, cabe ao enfermeiro realizar medidas profiláticas visando o controle da hanseníase, como exames dos contatos intradomiciliares e comunicantes próximos, investigação epidemiológica, educação continuada da equipe de saúde e médicos, atendimento da demanda livre, investigação epidemiológica, e exame de grupos fechados (De Aduair, 2016).

3.4.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF). Utiliza princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) formulados na Conferência de Alma Ata, bem como fundamenta-se em premissas requeridas com a criação do SUS (Brasil, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Brasil, 2020).

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade Vieira *et al.*, (2015). Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

De acordo com o Ministério da saúde (MS), nos últimos anos houve grande expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, sendo considerada, enquanto estratégia prioritária de estruturação da atenção básica, a principal entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, operando como base de estruturação das redes de atenção, com suporte de serviços de apoio diagnóstico e assistência especializada (Brasil, 2015).

A ESF funciona por meio de equipes de saúde da família, a composição mínima de profissionais é de um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal, cumprimento de 40 horas semanais para todos os profissionais membros da equipe. As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas contendo até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, podendo ainda este número ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta (SESA/PR, 2020).

Starfield (2002) aponta que a acessibilidade, a localização, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são elementos essenciais para que a atenção primária seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Entende-se que a atenção primária resolutive implica na ampliação do acesso às demandas dos usuários, o que inclui horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e a capacidade de resolver as demandas trazidas pelos usuários.

Os ACSs são profissionais inseridos na ESF que podem contribuir ativamente para as ações de controle da hanseníase, devido a sua proximidade com a população. Eles são considerados os principais executores da busca ativa de suspeitos

dermatológicos na população, uma vez que a visita domiciliar é um instrumento de trabalho que permite a construção de vínculos de confiança com as famílias, sendo assim, os ACSs podem observar os hábitos da população de sua área, detectar os problemas, realizar a troca de informações e a transmissão de orientações em saúde (Brasil, 2015).

Dessa forma, as orientações realizadas pelos ACSs, durante as visitas domiciliares, podem ser consideradas a principal estratégia para promover e manter a sensibilização da comunidade em relação à hanseníase (Lanza, 2011).

3.4.2 Atuação do Enfermeiro no controle da Hanseníase

Atualmente os enfermeiros trabalham diretamente com ações de prevenção, promoção e controle da hanseníase, exercem o papel de organização dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (Brasil, 2011).

Na estratégia de Saúde da Família (ESF), o controle da hanseníase é realizado pelos enfermeiros, que desempenham papel estratégico na atenção integral e humanizada voltada para os pacientes, além da organização e execução dos serviços. Com a implantação da poliquimioterapia com dose supervisionada, a supervisão e a execução da mesma tornarão-se atribuições da enfermagem (Brasil, 2011).

As ações desenvolvidas pelos enfermeiros na prevenção e controle da Hanseníase se relacionam com a busca e diagnóstico dos casos e tratamentos, além da prevenção de incapacidades, administração do controle e sistema de registro da vigilância epidemiológica (Brasil, 2011).

Nascimento *et al.* (2011) comentam da importância do alcance da eliminação da referida doença e acrescenta ser necessário que as ações realizadas no âmbito da ESF estejam voltadas para a concretização dos princípios do SUS, principalmente da integralidade. Nesse contexto, a enfermagem é parte e motivadora para o trabalho coletivo, onde atua diretamente nas ações de controle da hanseníase, fazendo pesquisa com o portador, família e comunidade que o mesmo está inserido.

Algumas ações realizadas pelo enfermeiro como a consulta de enfermagem abre os caminhos para o encontro entre paciente e Unidade de Saúde. Nela será feito o histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. A escuta deve estar concentrada em todas as fases, pois uma boa conversa será determinante para o conhecimento e análise do perfil da saúde e da doença. A prática da

conversação depende do enfermeiro, esta busca a qualidade de vida com abordagem contextualizada e participativa (Silva *et al.*, 2009).

Outra ação que caracteriza da enfermagem é a sistematização de cuidados, onde compreende o diagnóstico precoce, realização dos exames dermatoneurológicos, prevenção de incapacidades, apoio psicológico durante o tratamento até a cura, conforme visto no Programa de Eliminação da Hanseníase (Brasil, 2010).

A consulta de enfermagem se torna essencial no estabelecimento do vínculo entre enfermeiro e a pessoa com hanseníase. Se o enfermeiro, durante a consulta, constrói um processo de confiança e compromisso com o usuário, motivando-o e, ao mesmo tempo corresponsabilizando-o, em todas as fases do processo de cuidado, a probabilidade de abandono deste é reduzida (duarte, 2009: p.189).

Para o controle da Hanseníase as ações vão além de ficar somente na unidade. As visitas domiciliares devem ser realizadas pelos enfermeiros e médicos quando necessário e pelos Agentes Comunitários de Saúde mensalmente. Esta ferramenta é compreendida como grande instrumento de trabalho, onde tem como proposta inicial a atenção domiciliar e a reinserção das pessoas a comunidade.

“É fundamental a reflexão sobre esta atividade no campo da assistência, principalmente no que concerne ao cuidado prestado pelo enfermeiro, de forma a compreender o indivíduo no contexto familiar e social em que se encontra inserido” (Nascimento, 2011).

Além de tudo isso ainda é função do enfermeiro, proporcionar educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, e principalmente, realizar consultas de enfermagem que proporcionem, dentre outras funções, a identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento da hanseníase (OMS, 2000).

4 METODOLOGIA

A sistematização do método possibilitou ao pesquisador o alcance dos objetivos propostos. Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos por esta pesquisa, este estudo caracteriza-se como quantitativa descritiva, documental, exploratória e de caráter retrospectivo, com variáveis quantitativas.

Ela foi construída a partir de dados secundários extraídos de forma online e gratuita na plataforma do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) disponíveis no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Situada na região Nordeste do país, Santa Inês é um município brasileiro com uma população estimada de 89.489 habitantes em 2020, e densidade de 202,76 hab./km², segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). A cidade fica a 243 km da capital do estado, São Luís. Localiza-se a uma latitude 03°40'00" sul e a uma longitude 45°22'48" oeste, estando a uma altitude de 24 metros.

Para o primeiro contato com o tema a ser pesquisado, inicialmente, foram feitas buscas e levantamento de dados para conhecer o padrão epidemiológico da hanseníase no Brasil, no estado do Maranhão, e por fim no município de Santa Inês, Maranhão. Esse primeiro levantamento parcial foi realizado através das publicações científicas referentes ao tema presentes nas bases de dados como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO e o Portal de Periódicos CAPES/MEC. Paralelamente a essa busca de referências científicas sobre o tema a ser pesquisado, a Coordenação do Programa de Hanseníase foi informada sobre a nossa intenção de pesquisa, dando início assim a coleta de dados através das bases de dados do DATASUS/SINAN com o intuito de levantar as informações referentes aos dados epidemiológicos dos casos notificados com hanseníase no município de Santa Inês – MA, no período de 2018 a 2022.

Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação e Agravo de Notificação (SINAN), disponíveis no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A coleta de dados foi orientada pela Ficha de Notificação de Eventos e Agravos – SINAN de hanseníase (ANEXO A) e ocorreu no período de julho a agosto de 2023. As variáveis incluídas na análise foram organizadas de acordo com as informações disponíveis no sistema, como os dados

gerais, dados individuais, dados de ocorrência e dados referentes a doença (ANEXO A).

Algumas variáveis foram analisadas por ano de ocorrência, separadamente, outras foram analisadas considerando o período da pesquisa, 2018 a 2022.

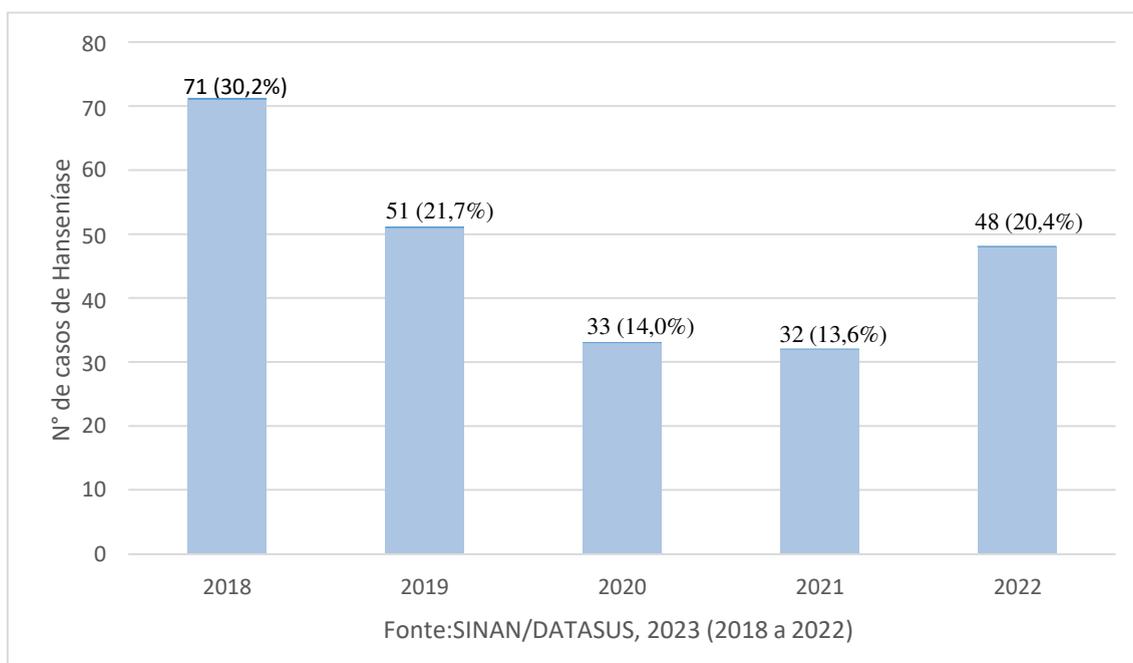
Os dados obtidos foram agrupados em uma tabela de Excel para análises detalhada de cada variável. Após análise dos dados os mesmos foram transcritos para tabelas, quadros e gráficos construídos no Programa Excel. Para análise dos resultados foram utilizadas outras pesquisas científicas que apresentassem temas semelhantes ao desta pesquisa.

Por utilizar dados secundários de domínio público e preservando a identificação dos sujeitos, esta pesquisa não necessitou do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Resolução nº 466/12.

5 RESULTADOS

A seguir apresentaremos os dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do município de Santa Inês – MA, notificados no período de 2018 a 2022, referente aos casos de hanseníase. As variáveis consideradas nesta pesquisa constam na ficha de notificação e investigação – SINAN/2007.

Gráfico 1 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Santa Inês/MA no período entre 2018 a 2022.



Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Conforme o gráfico 1, no período de 2018 a 2022, no município de Santa Inês – MA, foram notificados 235 casos de hanseníase. Nesse período, destaca-se o ano de 2018 com o maior número de casos, 71 (30,2%), seguido dos anos de 2019 com 51 casos (21,7%), 2022 com 48 casos (20,4%), 2020 com 33 casos (14 %) e menor ocorrência o ano de 2021 com 32 casos (13,6%). Entre os anos de 2018 a 2021 percebe-se uma redução das notificações dos casos de Hanseníase, ocorrendo uma inversão no ano de 2022, onde ocorreu aumento dos casos no município. Conforme a figura percebe-se uma redução mais significativa entre os períodos de 2018 a 2020, e menos significativa no período correspondente entre 2020 e 2021.

Tabela 1 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados por zona de notificação, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022.

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Zona	N	n	n	n	n	n
Urbana	69	44	28	25	45	211
Rural	2	7	5	7	3	24
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Conforme tabela 1, em relação a zona de ocorrência dos casos de hanseníase, a zona urbana apresentou um maior número de notificações, um total de 211 casos no período de 2018 a 2022. Analisando os dados separadamente, por ano, percebeu-se que no período de 2018 a 2021 houve uma redução das notificações dos casos de hanseníase, ocorrendo uma inversão entre os anos de 2021 e 2022, onde houve um aumento das notificações. Em relação a zona rural, diferentemente de zona urbana, ocorreu uma inversão desses números no decorrer dos anos, onde ocorreu um aumento nos anos de 2018 e 2019, de 2 para 7 casos da doença; e 2020 e 2021, de 5 para 7 casos da doença. Ainda em relação a zona rural, ocorreu uma redução dos casos nos anos de 2019 e 2020, de 7 para 5 casos, e em 2021 e 2022, de 7 casos para 3 casos. Fazendo uma análise geral do período estudado, embora tenha ocorrido oscilações entre a redução e aumento dos casos de hanseníase, na zona urbana e zona rural do município, percebeu-se que no total nos anos de 2018 a 2020 ocorreu uma redução dos casos de hanseníase no município de Santa Inês. Essas notificações aumentaram a partir de 2021, de 32 casos em 2021 para 48 em 2022.

Nas tabelas a seguir, tabela 2, 3 e 4, serão apresentados os dados referentes aos casos de hanseníase notificados no município de Santa Inês - MA, considerando as Unidades Básicas de Saúde - UBS, a zona de localização da UBS, se zona urbana ou zona rural, assim como o ano de notificação.

Com intuito de facilitar a compreensão dos dados optou-se por distribuir os resultados considerando a zona de localização da UBS, se zona rural ou urbana, e o ano de notificação, separadamente, ou seja, ano de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022. Os dados foram apresentados na tabela por ordem decrescente de número de notificações.

Tabela 2 – Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados por Unidades Básicas de Saúde - UBS, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2019

Variáveis	2018	Variáveis	2019
Zona Urbana (12 UBS)	n (%)	Zona Urbana (12 UBS)	n (%)
Djalma Marques	21 (29,6%)	Djalma	14 (27,5%)
Sabbak 2	13 (18,3%)	Ceplac	5 (9,8%)
Sabbak	7 (9,9%)	Aeroporto	4 (7,8%)
Aeroporto	5 (7,0%)	Sabbak	3 (5,8%)
Cohab	5 (7,0%)	Sabbak 2	3 (5,8%)
Jardim Brasília	4 (5,6%)	Coheb	3 (5,9%)
Canaã	4 (5,6%)	Canaã	3 (5,9%)
Palmeira	4 (5,6%)	Palmeira	3 (5,9%)
Ceplac	3 (4,2%)	Vila Militar	2 (3,9%)
Coheb	2 (2,8%)	Vila Marcony	2 (3,9%)
Vila Militar	1 (1,4%)	Jardim Brasilia	2 (3,9%)
Vila Marcony	0 (0,0%)	Cohab	0 (0,0%)
Total	69 (97,2%)		44 (86,2%)
Zona Rural (5 UBS)		Zona Rural	
Barro Vermelho	2 (2,8%)	Barro Vermelho	5 (9,8%)
São José do Aterrado	0 (0,0%)	São José do Aterrado	1 (2,0%)
Bom Futuro	0 (0,0%)	Bom Jesus	1 (2,0%)
Calango	0 (0,0%)	Calango	0 (0,0%)
Bom Jesus	0 (0,0%)	Bom Futuro	0 (0,0%)
Total	2 (2,8%)	Total	7 (13,8%)
Total geral	71 (100%)	Total geral	51 (100%)

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Conforme a tabela 2, considerando o período pesquisado, 2018 a 2022, o município de Santa Inês - MA possui 12 UBS na sua zona urbana e 05 UBS na zona rural. Quanto aos casos de hanseníase, no ano de 2018, o município de Santa Inês notificou 71 casos de hanseníase distribuídos entre a zona urbana com 69 casos (%) e 02 (2,8%) casos na zona rural. Após análise, percebeu-se que no ano de 2018, o Centro de Saúde Djalma Marques se destaca em relação as outras UBS, apresentando 21 notificações de hanseníase; na sequência aparece a UBS Sabbak 2 com 13 (18,3%) notificações; a UBS Sabbak 1 com 7 casos (9,9%); a UBS Aeroporto e Cohab com 5 (7,0%) notificações cada uma; UBS Jardim Brasília, Canaã e Palmeira, com o mesmo número de notificações, 4 (5,6%); UBS Ceplac com 3 (4,2%); UBS Coheb com 2 (2,8%), seguido da UBS Vila Militar com 1 caso notificado (1,4%) e por último aparece a UBS Vila Marcony sem nenhuma notificação de hanseníase no ano de 2018.

Já na zona rural de Santa Inês foram notificados 2 casos de hanseníase, sendo estes registrados na UBS do Barro Vermelho; as UBS de São Jose do Aterrado, UBS Bom Futuro, UBS Calango e UBS Bom Jesus não tiveram nenhuma notificação no ano de 2018.

No ano de 2019, conforme tabela 2, o município de Santa Inês notificou 51 casos de Hanseníase, sendo 44 casos na zona urbana e 7 casos na zona rural.

Em relação a zona urbana, a UBS Djama Marques se destaca com 14 (27,5%) notificações, seguida pela UBS Ceplac com 5 (9,8%) notificações e a UBS Aeroporto com 4 (7,8%) notificações. As UBS Sabbak, UBS Sabbak 2, UBS Coheb, UBS Canaã e UBS Palmeira apresentaram o mesmo número de notificações no ano de 2019, 3 (5,5%). Apresentando um menor quantitativo de notificações destacaram-se as UBS Vila Militar, UBS Vila Marcony e UBS Jardim Brasília com 2 (3,9%) notificações. A UBS Cohab neste mesmo ano não apresentou nenhuma notificação.

Já na zona rural, destaca-se a UBS Barro Vermelho com 5 (9,8%) notificações, seguida pela UBS São José do Aterrado e UBS Bom Jesus com apenas 01 caso notificado, cada uma. A UBS Calango e UBS Bom Futuro não apresentaram nenhuma notificação de caso de hanseníase.

Tabela 3 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados por Unidades Básicas de Saúde - UBS, Santa Inês/MA, no período entre 2020, 2021 e 2022.

Variáveis	2020		Variáveis	2021		Variáveis	2022	
Zona Urbana	n	%	Zona Urbana	n	%	Zona Urbana	n	%
Djalma	8	(24,2%)	Djalma	10	(31,3%)	Sabbak	7	(14,3%)
Aeroporto	4	(12,1%)	Sabbak	3	(12,5%)	Vila Marcony	6	(12,2%)
Sabbak	3	(9,1%)	Coheb	3	(12,5%)	Cohab	5	(10,2%)
Ceplac	3	(9,1%)	Sabbak 2	2	(6,3%)	Aeroporto	5	(10,2%)
Coheb	2	(6,1%)	Ceplac	2	(6,3%)	Djalma	4	(8,2%)
Canaã	2	(6,1%)	Canaã	1	(3,1%)	Sabbak 2	4	(8,2%)
Palmeira	2	(6,1%)	Palmeira	1	(3,1%)	Ceplac	4	(8,2%)
Vila Militar	2	(6,1%)	Vila Marcony	1	(3,1%)	Jardim Brasília	3	(6,1%)
Cohab	1	(3,0%)	Cohab	1	(3,1%)	Coheb	3	(6,1%)
Jardim Brasília	1	(3,0%)	Aeroporto	0	(0,0%)	Canaã	2	(4,1%)
Sabbak 2	0	(0,0%)	Jardim Brasília	0	(0,0%)	Vila Militar	2	(4,1%)
Vila Marcony	0	(0,0%)	Vila Militar	0	(0,0%)	Palmeira	0	(0,0%)
Total	28	(84,8%)	Total	24	(77,4)	Total	45	(93,7%)
Zona Rural			Zona Rural			Zona Rural		

Barro Vermelho	3 (9,1%)	Barro Vermelho	2 (6,3%)	S. José do Aterrado	3 (6,1%)
Bom Futuro	2 (6,1%)	S. José do Aterrado	2 (6,3%)	Barro Vermelho	0 (0,0%)
S. José do Aterrado	0 (0,0%)	Calango	2 (6,3%)	Bom Futuro	0 (0,0%)
Calango	0 (0,0%)	Bom Futuro	1 (3,1%)	Calango	0 (0,0%)
Bom Jesus	0 (0,0%)	Bom Jesus	0 (0,0%)	Bom Jesus	0 (0,0%)
Total	5 (15,2%)	Total	7 (22,6%)	Total	3 (6,3%)
Total geral	33 (100%)	Total geral	31 (100%)	Total geral	48 (100%)

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

No ano de 2020 no município de Santa Inês ocorreram 33 notificações de Hanseníase, sendo 28 notificações na zona urbana e 5 notificações na zona rural.

Conforme tabela 3, no ano de 2020, zona urbana de Santa Inês, a UBS Djama Marques se destacou com o maior número de notificações, 8 (24,2%) casos. Na sequencia aparece a UBS Aeroporto com 4 (12,1%) casos. Com 3 (9,1%) notificações aparecem as UBS Sabbak e UBS Ceplac. Na UBS Coheb, Canaã, UBS Palmeira e UBS Vila Militar tiveram 2 (6,1%) notificações. A UBS Cohab e UBS Jardim Brasilia aparecem com 1 (3,0%) notificação cada uma e as UBS Sabbak 2 e UBS Vila Marcony não apresentaram nenhuma notificação. Em relação a zona rural de Santa Inês, houveram 5 notificações, sendo 3 (9,1%) notificações na UBS Barro Vermelho e 2 (6,1%) notificações na UBS Bom Futuro. Sem nenhuma notificação aparece a UBS São José do Aterrado, UBS Calango e UBS Bom Jesus.

No ano de 2021 no município de Santa Inês ocorreram 31 notificações de Hanseníase, sendo 24 notificações na zona urbana e 7 notificações na zona rural.

Analisando o ano de 2021, conforme a tabela 3, a zona urbana de Santa Inês, a UBS Djama Marques se destacou com o maior número de notificações, 10 (31,3%) casos. Na sequencia aparece a UBS Sabbak e UBS Coheb com 3 (12,5%) notificações cada uma. Com 2 (6,3%) notificações aparecem as UBS Sabbak 2 e UBS Ceplac. A UBS Canaã, UBS Palmeira, UBS Palmeira, UBS Vila Marcony e UBS Cohab tiveram apenas 1 (3,1%) notificação cada UBS. A UBS Aeroporto, UBS Jardim Brasilia e UBS Vila Militar aparecem sem nenhuma notificação de Hanseníase no ano de 2021. Em relação a zona rural de Santa Inês, ocorreram 3 notificações, todas elas notificadas na UBS São José do Aterrado. Sem nenhuma notificação no ano de 2021 aparece a UBS Barro Vermelho, UBS Bom Futuro e UBS Calango.

No ano de 2022 no município de Santa Inês ocorreram 48 notificações de Hanseníase, sendo 45 notificações na zona urbana e 3 na zona rural. Em relação as

notificações ocorridas na zona urbana, no ano de 2022 (tabela 3), a UBS Sabbak se destacou com o maior número de notificações, 7 (14,3%) casos. Na sequência aparece a UBS Vila Militar com 6 (12,2%) notificações. Com 5 (10,2%) notificações, cada uma, aparecem as UBS Cohab e UBS Aeroporto. A UBS Dalma Marques, UBS Sabbak 2 e UBS Ceplac aparecem com 4 (8,2%) notificações, cada uma. Na sequência a UBS Jardim Brasília e UBS Coheb notificaram 3 (6,1%) casos de Hanseníase, cada uma. A UBS Canaã e UBS Vila Militar aparecem com o menor número de notificação.

Tabela 4 - Referente a distribuição dos casos de Hanseníase notificados conforme o sexo, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Sexo	N	n	n	n	n	n
Masculino	46	38	21	22	37	164
Feminino	25	13	12	10	11	71
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

A tabela 5 nos mostra a distribuição dos casos de notificação de Hanseníase considerando o sexo do paciente, englobando o período de 2018 a 2022. Conforme a tabela acima observa-se que no período estudado o maior número de notificações foi de pacientes do sexo masculino com 164 casos e 71 casos de pessoas do sexo feminino. Observa-se que o sexo masculino se destacou em relação ao sexo feminino. No ano de 2018 ocorreram 46 notificações de pessoas do sexo masculino e 25 notificações do sexo feminino. Em 2019 ocorreram 38 notificações de pessoas do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Já em 2020, 21 casos foram de pessoas do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Em 2021, 22 pessoas eram do sexo masculino e 10 pessoas do sexo feminino. Por fim, no ano de 2022, a tabela 5 nos mostra que 37 pessoas foram do sexo masculino e 11 pessoas do sexo feminino.

Tabela 5 - Referente a distribuição dos casos de Hanseníase notificados conforme a faixa etária, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Faixa etária	n	n	n	n	n	n
0 - 19	12	6	6	7	6	37
20 - 39	23	18	10	11	7	69
40 - 59	25	15	7	10	23	80
60 - 79	10	12	9	4	12	47
Acima de 80	1	0	1	0	0	2

anos						
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS (2023).

Analisando a faixa etária dos pacientes notificados no período de 2018 a 2022 (tabela 6), no município de Santa Inês, observa-se que a idade dos pacientes variou entre 6 e 94 anos.

Analisando separadamente por período, no ano de 2018, das 71 notificações de casos de Hanseníase, a faixa etária em que houve mais notificação foi entre 40 a 59 anos de idade (n 25), na sequência a faixa etária de 20 a 39 anos de idade (n 23). Ainda conforme a tabela acima, 12 pacientes tinham idade entre 0 a 19 anos; 10 pacientes entre 60 a 79 anos de idade e apenas 1 paciente tinha idade acima de 80 anos. No ano de 2019, a faixa etária que se destaca está entre 20 a 39 anos de idade (n 18), seguida pela faixa etária de 40 a 59 anos de idade (n 15). Dos casos notificados, 6 pacientes tinham idade entre 0 a 19 anos de idade, 12 entre 60 a 79 anos de idade e nenhum paciente tinha idade acima de 80 anos.

No ano de 2019, dos 51 casos notificados, a faixa etária que se destaca está entre 20 a 39 anos de idade (n 18), seguida pela faixa etária de 40 a 59 anos de idade (n 15). Dos casos notificados, 6 pacientes tinham idade entre 0 a 19 anos de idade, 12 entre 60 a 79 anos de idade e nenhum paciente tinha idade acima de 80 anos.

No ano de 2020, dos 33 casos notificados, a faixa etária que se destaca está entre 20 a 39 anos de idade (n 10), seguida pela faixa etária de 60 a 79 anos de idade com 9 casos notificados. Dos casos notificados em 2020, 7 pacientes tinham idade entre 40 a 59 anos de idade, 6 pacientes entre 0 a 19 anos de idade e apenas 1 paciente tinha idade acima de 80 anos.

Ainda analisando os casos notificados conforme a faixa etária, no ano de 2021, dos 32 casos notificados, a faixa etária que se destaca está entre 40 a 59 anos de idade (n 11), seguida pela faixa etária de 60 a 79 anos de idade (n 10). Dos casos notificados no ano de 2021, 7 pacientes tinham idade entre 0 a 19 anos de idade, 4 entre 60 a 79 anos de idade e nenhum paciente tinha idade acima de 80 anos.

No ano de 2022, foram notificados 48 casos de Hanseníase, considerando a faixa etária dos indivíduos, destaca-se a faixa etária entre 40 a 59 anos de idade (n 23), seguida pela faixa etária de 60 a 79 anos de idade (n 12). Dos casos notificados no ano de 2022, 7 pacientes tinham idade entre 20 a 39 anos de idade, 6 indivíduos entre 0 a 19 anos de idade e nenhum paciente tinha idade acima de 80 anos.

Tabela 6 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a cor/ raça, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	total
Raça/ Cor	n	n	n	n	n	n
Parda	53	34	21	21	37	166
Preta	10	9	6	6	4	35
Branca	5	8	4	4	5	26
Amarelo	3	0	0	0	0	5
Indígena	0	0	0	1	0	1
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS(2023).

A tabela 5 que nos traz a distribuição da hanseníase considerando a cor/ raça dos indivíduos notificados. Essa classificação segue a padronização existente na ficha de notificação do SINAN/ Hanseníase, sendo elas as cores parda, preta, branca amarelo e indígena. No ano de 2018, dos 71 casos notificados, observa-se na tabela 5 que a cor parda aparece em destaque com o maior número de notificações (n 53), seguida da cor preta (n 10), branca (n 5), amarelo (n 3) e a cor/raça indígena aparece sem nenhuma notificação. No ano de 2019, dos 51 casos notificados, a cor parda aparece ainda em destaque com 34 casos, seguidos da cor preta (n 9), cor branca (n 8). Não houve nenhuma notificação de indivíduos de cor amarelo e indígena.

Ainda analisando a tabela de cor/raça, no ano de 2020, dos 33 casos notificados, observa-se que a cor parda, aparece em destaque com o maior número de notificações (n 21), seguida da cor preta (n 6), branca (n 4), amarelo (n 3) e a cor/raça indígena aparecem sem nenhuma notificação. No ano de 2021, dos 32 casos notificados, a cor parda aparece ainda em destaque com 21 casos, seguidos da cor preta (n 6), cor branca (n 4). Neste ano houve uma notificação de um indígena, e nenhuma notificação de indivíduos de cor amarelo. Nos anos de 2020 e 2021 apresentaram dados semelhantes. No ano de 2022, das 48 notificações, a cor parda aparece com 37 casos, a cor branca com 5 casos, a cor preta com 4 casos. Não foi notificado indivíduos de cor amarelo e indígena. Observa-se na tabela que no período analisado a maioria dos indivíduos eram da cor/raça pardos e pretos.

Tabela 7 – Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a escolaridade, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Escolaridade	n	n	n	n	n	n
Analfabeto	14	12	6	3	5	40
1ª a 4ª série incompleta do EF	21	8	11	13	16	69
1ª a 4ª série completa do EF	1	3	1	2	5	12
5ª à 8ª série incompleta do EF	20	17	6	7	8	58
Ensino fundamental completo	0	5	2	3	6	16
Ensino médio incompleto	5	5	2	1	2	15
Ensino médio completo	9	1	3	3	4	20
Educação superior incompleta	1	0	0	0	1	2
Educação superior completa	0	0	1	0	0	1
Ignorado	0	0	1	0	0	1
Não se aplica	0	0	0	0	1	1
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS(2023)

Em relação a escolaridade dos indivíduos notificados com hanseníase, a tabela 6 nos mostra que dos 235 casos notificados, a maioria dos indivíduos (n 69) possuíam o grau de escolaridade de 1ª a 4ª série e o menor grau de escolaridade estava na educação superior completa.

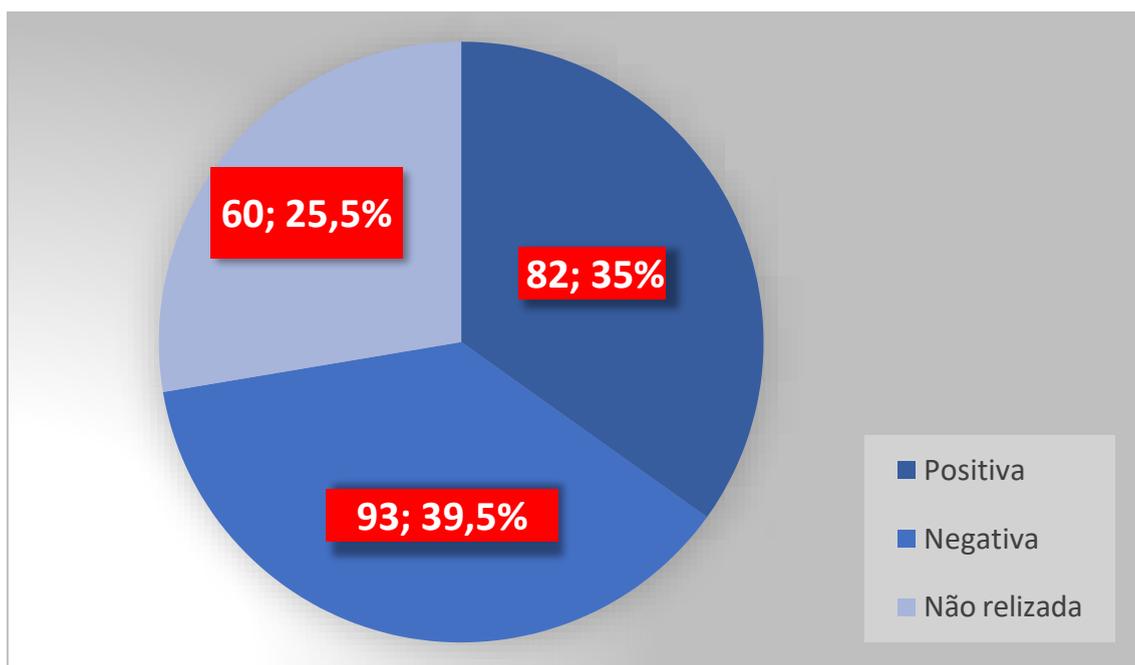
Analisando a tabela 6 que é referente a escolaridade dos indivíduos notificados, no ano de 2018, 21 indivíduos possuíam de 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 20 indivíduos possuíam de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; 14 indivíduos se declararam analfabetos; 9 possuíam o ensino médio completo, 5 possuíam o ensino médio incompleto; apenas 1 indivíduo possuía a 4ª série completa do Ensino Fundamental e apenas possuía o ensino superior incompleto. No ano de 2019, o nível de escolaridade que se destacou (n 17) foi de 1ª a 4ª série, seguido do nível analfabeto com 12 indivíduos. Na sequência destacou-se o nível de 1ª a 4ª série (n 8), o ensino fundamental incompleto e completo com igual número (n 5); o nível 4ª série completa com 3 indivíduos; o ensino médio completo aparece com 1 notificação. Não consta nenhum indivíduo com educação superior

incompleta e completa.

Ainda referente a tabela 6, no ano de 2020, 11 indivíduos possuíam de 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 6 indivíduos se declararam analfabetos; 6 possuíam de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; 3 possuíam o ensino médio completo; 2 possuíam o ensino fundamental incompleto e completo (n 2). No ano de 2021, analisando ainda a escolaridade, 13 indivíduos possuíam de 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 7 possuíam de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Com o mesmo quantitativo (n 3) aparecem os indivíduos com o nível de escolaridade analfabeto, ensino fundamental completo e ensino médio completo. Apenas 1 indivíduo possuía ensino médio completo. Em 2020 nenhum indivíduo se declarou com educação superior incompleta e completa.

Já no ano 2022, 16 indivíduos possuíam de 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 8 possuíam de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; 6 possuíam de 5ª a 8ª série completo do Ensino Fundamental; na sequência, aparece a 1ª a 4ª série completa (n 5); ensino médio completo (n 4); com uma notificação o indivíduo no educação superior incompleta.

Gráfico 2 - Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme o resultado do exame de baciloscopia, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022



Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

No gráfico temos os resultados dos casos notificados considerando a realização do exame da baciloscopia, se foi positiva, negativa, não realizada ou

ignorada. Conforme o gráfico acima, dos 235 indivíduos notificados, observa-se que maioria deles (n 93), equivalente a 39,5% da amostra, apresentaram o resultado de exame de baciloscopia negativa. Exame de baciloscopia com resultado positivo totalizaram 82 casos, 34,8%. Indivíduos que não realizaram a baciloscopia totalizaram 60, um percentual de 25,5%.

Tabela 8 – Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a classificação operacional, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Classificação Operacional	n	n	n	n	n	n
Multibacilar	67	48	32	33	43	244
Paucibacilar	4	3	1	0	5	11
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Em relação a classificação operacional dos casos notificados, a tabela 8 nos mostra que, no período de 2018 a 2022, o maior número de registros foi na forma multibacilar com 244 casos, e com um número menor de casos aparece a forma paucibacilar aparece com 11 casos notificados. No ano de 2018 a forma multibacilar se destaca com uma maior incidência (n 67) e menos incidência a paucibacilar com apenas 7 casos. Em 2019, a forma multibacilar se destaca com uma maior incidência (n 48) e menos incidência a paucibacilar com apenas 3 casos notificados.

Em 2020, seguindo o padrão dos anos anteriores, a forma multibacilar se destaca com uma maior incidência (n 32) e menos incidência a paucibacilar com apenas 1 caso notificado. No ano de 2021 a forma multibacilar aparece com 33 casos e nenhum caso de paucibacilar. Por fim, no ano de 2022, mantendo uma semelhança com os anos anteriores, a forma multibacilar se destaca com 43 casos e a paucibacilar com 5 casos notificados.

Tabela 9 – Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a classificação operacional no diagnóstico e o sexo, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
Clas. Operacional					n
Multibacilar	155	(94,5%)	64	(90,1%)	219
Paucibacilar	9	(5,5%)	7	(9,9 %)	16
Total	164	(100%)	71	(100%)	235

Fonte: SINAN/DATASUS (2023).

A distribuição dos casos de hanseníase conforme a classificação operacional e o sexo dos indivíduos. Dos 235 casos de hanseníase notificados, a maioria (n 219) foi classificada como multibacilar, em contrapartida, 16 casos foram classificados como paucibacilar. Detalhando ainda mais os resultados, observa-se que a forma multibacilar afetou mais os homens (n 156) do que as mulheres (n 63); já a forma paucibacilar afetou mais as mulheres (n 7) do que os homens (n 1).

Tabela 10 – Referente a distribuição dos casos de hanseníase notificados conforme a forma clínica, Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Forma Clínica	n	n	n	n	N	n
Dimorfa	44	30	23	18	32	147
Virchowiana	19	13	8	13	10	63
Tuberculóide	3	4	1	0	4	12
Indeterminada	2	3	0	0	2	7
Não Classificada	3	1	1	1	0	6
Total	71	51	33	32	48	235

Fonte: SINAN/DATASUS (2023).

Analisando a tabela 10 observa-se que dos 235 casos notificados em todo o período estudado, 147 corresponderam a forma clínica Dimorfa. Em todos os anos pesquisados esta forma foi a que apresentou o maior número de ocorrência, sendo em 2018 o ápice da sua incidência totalizando 44 casos notificados. Na sequência, a forma Virchowiana se apresenta com 63 casos totais no período estudado. A forma

Indeterminada foi a que menos pontuou no período de 2018 a 2022, totalizando 7 casos, ficando a frente somente da opção Não Classificada, que obteve 6 notificações.

Tabela 11 - Referente ao número de lesões cutâneas apresentadas pelos pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	Notificações	Percentual
Lesões Cutâneas	n	%
0	44	18,7%
1	37	15,7%
2	20	8,5%
3	14	6,0%
4	8	3,4%
5	13	5,5%
6	7	3,0%
7	4	1,7%
8	7	3,0%
9	5	2,1%
10	26	11,1%
11	3	1,3%
12	4	1,7%
14	1	0,4%
15	4	1,7%
16	1	0,4%
17	3	1,3%
19	2	0,9%
20	25	10,6%
21	1	0,4%
25	1	0,4%
30	3	1,3%
Vazias (Não informado)	2	0,9%
Total	235	100%

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Analisando a tabela 11, o quantitativo de lesões que os pacientes apresentavam no corpo variaram entre 0 a 30 lesões. Conforme a tabela 10, dos 235 pacientes notificados, a maioria (n 44), 18,7%, dos pacientes não apresentavam lesões cutâneas. Na sequência, 37 pacientes apresentaram apenas 1 lesão (n 37); 26 pacientes apresentaram 10 lesões (n 26). O maior número de lesões registrada, no período de 2018 a 2022 no município de Santa Inês/MA, foram 30 lesões cutâneas, situação apresentada em 3 pacientes

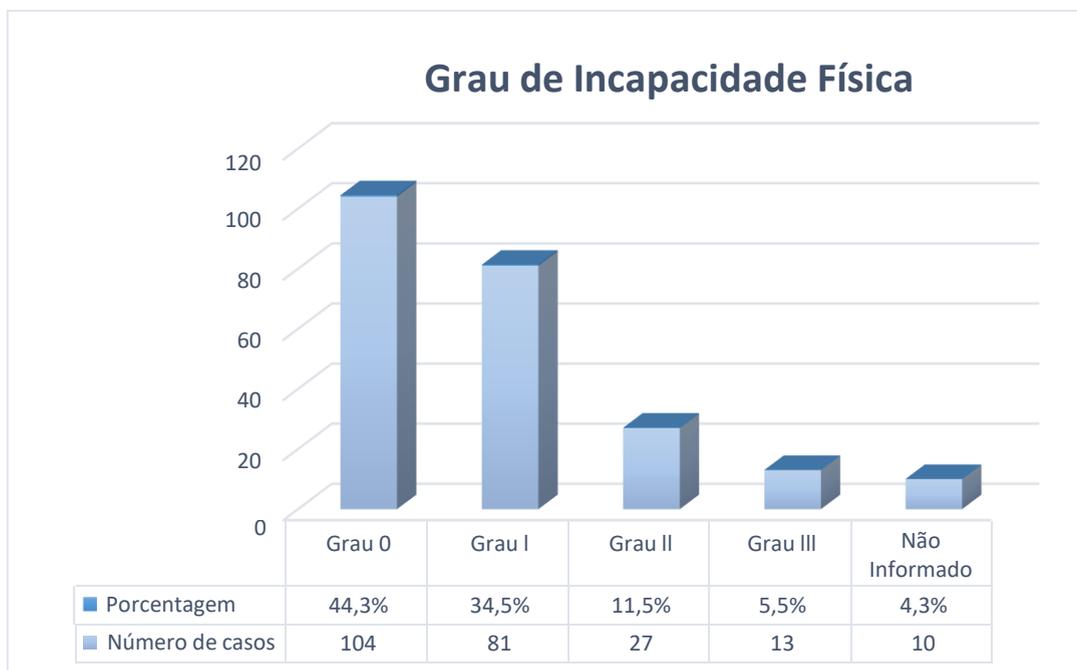
Tabela 12 - Referente ao número de nervos afetados pela hanseníase em pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	Notificações	Percentual
Nervos afetados	n	%
0	107	45,5%
1	22	9,4%
2	22	9,4%
3	7	3,0%
4	14	6,0%
5	18	7,7%
6	13	5,5%
7	2	0,9%
8	10	4,3%
9	2	0,9%
10	14	6,0%
13	1	0,4%
15	1	0,4%
17	1	0,4%
19	1	0,4%
Total	235	100%

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Analisando a tabela 12, em relação ao número de nervos afetados, percebe-se que eles variavam entre 0 a 19 nervos afetados, destacando-se o maior percentual entre 0 a 10 lesões. É perceptível que dos 235 indivíduos notificados, 107, que equivale a 45,5% da amostra, não apresentaram nenhuma alteração neural. Observa-se que 231 pacientes apresentaram de 0 a 10 lesões. Analisando esse grupo de 231 pessoas, 22 pessoas apresentavam apenas 1 alteração neural (9,4%); 22 pessoas apresentavam 2 alterações neurais (9,4%). É possível identificar que um número expressivo de pacientes apresentou de 4 a 8 alterações, conforme a tabela 12. Apenas 4 pessoas apresentavam um quantitativo superior a 13 alterações neurais

Gráfico 3 - Referente a avaliação neurológica (grau de incapacidade física) dos pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

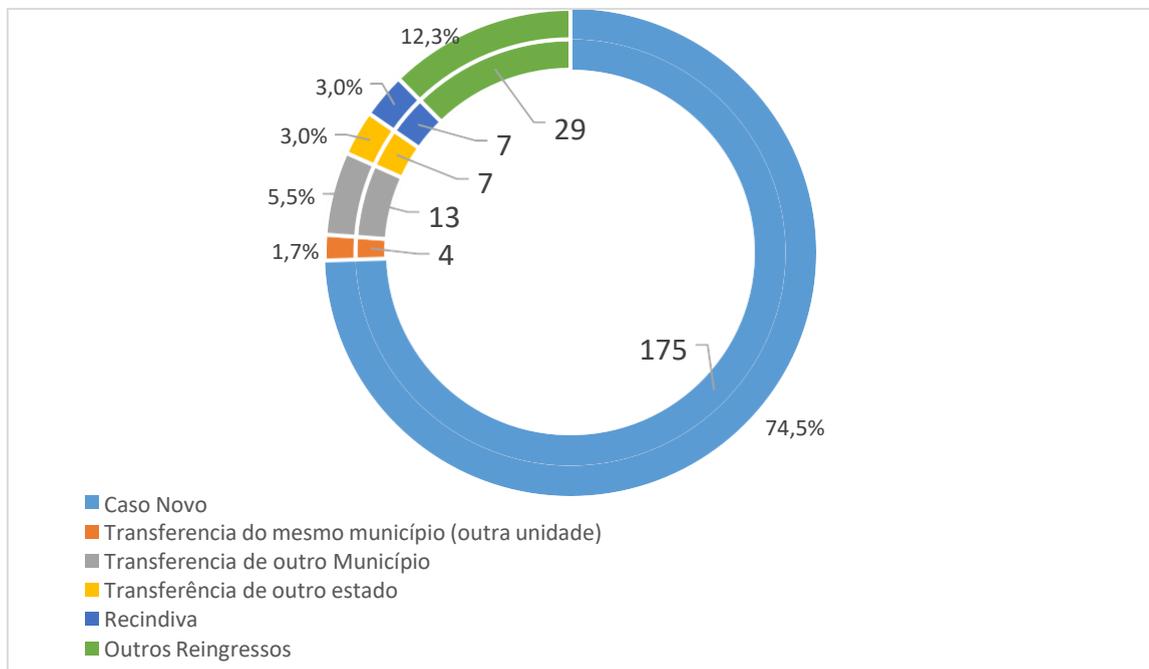


Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

No gráfico 3 estão descritos os resultados referentes a avaliação neurológica do paciente que identifica o grau de incapacidade física do indivíduo. O gráfico 3 nos mostra que os pacientes notificados no período estudado apresentaram grau de incapacidade que variou de grau 0 ao grau III, apresentando ainda casos classificados como não informados.

O grau 0 de incapacidade física conta com o maior número de casos, 104 casos (44,3%) dos casos notificados. O grau I de incapacidade física aparece com 81 casos (34,5%). As classificações GIF II e GIF III foram as que apresentaram o menor índice de notificações, com 27 casos (11,5%) o grau II e com 13 casos (5,5%) o grau III. Já o percentual de casos que não foram classificados soma um total de 10 casos que equivale a 4,3% da amostra estudada.

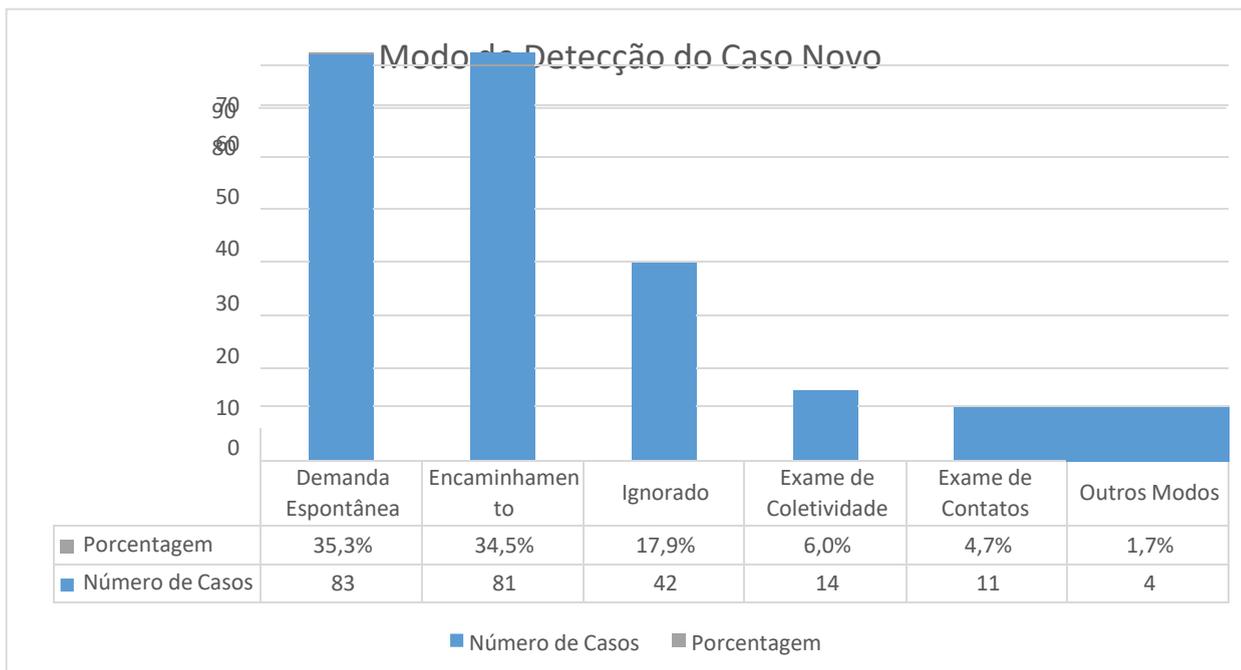
Gráfico 4 - Referente ao modo de entrada dos casos de hanseníase notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022



Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

No gráfico 4 são apresentados os resultados referentes ao modo de entrada dos casos de hanseníase notificados em Santa Inês/MA de 2018 a 2022. Analisando os resultados, dos 235 casos de hanseníase notificados, a maioria, 175 casos (74,8%) corresponde à casos novos de hanseníase. É seguido dos casos que chegaram por outras formas de reingressos com 29 casos (12,3%). Seguindo a mesma linha, 13 (5,5%) casos estão no grupo de indivíduos transferidos de outros municípios. Já com relação a indivíduos transferidos de outros estados totalizaram 7 notificações (3%). O percentual de modo de entrada por recidiva, totalizaram 7 casos, 3% do total. O menor índice de classificação como modo de entrada, a transferência do mesmo município, ou seja, vindos de outras unidades de saúde totalizaram apenas 4 notificações (1,7%).

Gráfico 5 - Referente ao modo de detecção do caso novo notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 e 2022



Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Com relação ao modo de detecção de casos novos, o gráfico 5 nos mostra que dos 235 casos notificados, 83 (35,3%) dos casos novos notificados, vieram por meio de demanda espontânea. Bem próximo a esse percentual, encontra-se os casos vindos a partir de encaminhamentos (n 81), correspondendo a 34,5% dos casos notificados. Na sequência com 42 (17,9%) casos temos a forma de detecção da hanseníase classificada como ignorada. A forma de detecção através de exames de contatos aparece com 11 casos (4,7%). Com um número menor de casos aparece a classificação outros motivos de detecção com 4 casos (1,7%).

Tabela 13 - Referente ao percentual de contatos de pacientes notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 a 2022

Variáveis	Notificações	Percentual
Contatos Examinados	n	%
0	32	13,6%
1	39	16,6%
2	38	16,2%
3	39	16,6%
4	32	13,6%
5	21	8,9%
6	10	4,3%
7	7	3,0%
8	7	3,0%

9	3	1,3%
10	4	1,7%
11	2	0,9%
12	1	0,4%
Total	235	100%

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

Analisando a variável referente ao número de contatos avaliados, presentes na tabela 13, observa-se que o número de contatos variou de 0 a 12 contatos. Consta na tabela acima que dos 235 pacientes notificados, 32 (13,6%) destes não tiveram nenhum contato avaliado; 39 (16,6%) pacientes tiveram apenas 1 contato avaliado; 38 (16,2%) pacientes tiveram 2 contatos avaliados; 39 (16,6%) pacientes tiveram 3 contatos avaliados; 32 (13,6%) pacientes tiveram 4 contatos avaliados; 21 (8,9%) pacientes tiveram 5 contatos avaliados. Ainda em relação a avaliação dos contatos, de 1 a 10 pacientes tiveram de 6 a 12 contatos avaliados.

Tabela 14 - Referente ao esquema terapêutico dos pacientes com Hanseníase notificados em Santa Inês/MA, no período entre 2018 e 2022

Variáveis	Notificações	Percentual
Esquema Terapêutico	n	%
PQT/PB - 6 doses	18	7,7%
PQT/MB - 12 doses	215	91,5%
Outros Esquemas Substitutos	2	0,9%
Total	235	100%

Fonte: SINAN/DATASUS (2023)

De acordo com o esquema terapêutico utilizado para os pacientes notificados, dos 235 casos, a maioria, 215, que corresponde a 91,5% da amostra, foram incluídos no esquema terapêutico PQT/MB – 12 doses supervisionadas; com um menor percentual citamos o esquema terapêutico PBT/PB - 6 doses supervisionadas com 18 casos notificados (7,7%). Outro esquema terapêutico correspondeu a menos de 1% da amostra (n 2).

6 DISCUSSÃO

Analisando o panorama da hanseníase no município de Santa Inês – MA, no período de 2018 a 2022, observa-se que ocorreu um aumento dos casos de hanseníase no município. No entanto houve uma redução significativa dos casos notificados nos anos de 2020 e 2021, tal fato pode estar relacionado a pandemia da COVID-19 que iniciou-se no final do ano de 2019, justificando a baixa de casos notificados, uma vez que, em 2022 esses casos voltaram a subir.

De acordo com Mahato (2020) as dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19 pararam ter agravado ainda mais a invisibilidade de pessoas com doenças negligenciadas, tais como a hanseníase. O ano de 2020 pode ter acarretado atrasos no diagnóstico da doença, uma vez que, muita pessoas podem ter evitado procurar postos de saúde para evitar contaminações pelo novo coronavírus, seguindo as medidas de isolamento e distanciamento social.

A ocorrência de hanseníase foi considerada alta no município de Santa Inês, mesmo com programas de prevenção e combate a hanseníase e assistência a pessoas contaminadas. O alto número de casos pode estar diretamente relacionada com alguma falha, podendo ser proveniente da prevenção, até o tratamento.

Neste estudo, observou-se uma maior ocorrência de casos do sexo masculino, isso pode ser justificado a partir de diversos fatores, como a menor frequência em consultas no posto de saúde, menor autocuidado com o corpo, demonstrando que provavelmente esse público masculino pode não ter tanta preocupação com a saúde, quando comparado às mulheres, sendo assim, possuem baixo acesso a informações, quando relacionado a questão de saúde, o que se torna um desafio para as políticas de prevenção a doenças na inclusão de programas de facilitem a inclusão destes (Souza *et al.*, 2018).

Melão *et al.* (2011) afirma que, as mulheres, por outro lado, tem um maior cuidado com o corpo, e por isso costumam ter mais acesso às informações, os programas de prevenção costumam atingir a maior parte da população feminina, por consequência possuem vantagem em um diagnóstico prévio e tratamento mais eficaz, o que explica nos estudos possuírem uma quantidade menor de casos de hanseníase. Guerra-Silveira *et al.*,(2013) relata que homens e mulheres raramente são afetados de forma simétrica por doenças infecciosas. Duas hipóteses são sugeridas em seu estudo: a hipótese fisiológica, que aponta as interações genéticas e fisiológicas

de cromossomos, hormônios sexuais e sistema imunológico como responsáveis por tornar determinado sexo mais suscetível a infecções, e a hipótese comportamental, que indica uma maior exposição de indivíduos masculinos ou femininos a fatores de contágio.

Pacheco *et al.* (2014) identificou que a maioria das pessoas com hanseníase apresentava idade superior a 15 anos, resultado que é semelhante ao encontrado neste estudo. Essa faixa etária pode ser resultado, principalmente, do longo período de incubação do bacilo, ao entrar em contato com o hospedeiro. Esse achado pode gerar um forte impacto socioeconômico para o município estudado, uma vez que esses pacientes podem estar em atividade trabalhista, além do impacto a mais para a saúde pública local, por conta de possíveis incapacidades físicas geradas pela hanseníase.

O acompanhamento dos indicadores em menores de 15 anos sinaliza a existência de focos ativos de transmissão e infecção recente, uma vez que, Schneider e Freitas (2018) relatam que um dos fatores de risco para para infecção pelo bacilo *Mycobacterium leprae* é o contato com pacientes portadores da forma multibacilar sem tratamento.

Em relação ao nível de escolaridade dos indivíduos notificados, as pessoas com menor escolaridade foram as mais afetadas nesse estudo, o contrário daquelas que possuem um nível escolar maior. Estes achados corroboram com com os estudos realizados por Freitas Alves *et al.* (2023) que comparou o nível de escolaridade de indivíduos acometidos por hanseníase em diversas regiões do Brasil. Dessa forma, a correlação entre a prevalência de casos de hanseníase e níveis educacionais mais baixos se deve a uma interação complexa de fatores socioeconômicos, culturais e de acesso aos cuidados de saúde. É notável que pessoas com menor nível de escolaridade possam enfrentar limitações no acesso a informações cruciais sobre saúde, inclusive aquelas relacionadas à hanseníase, como os sintomas, modos de transmissão, e disponibilidade de tratamento (Ribeiro *et al.*, 2022).

Segundo os dados deste estudo, a ocorrência da hanseníase foi maior em pessoas da cor parda, dados que divergem dos resultados de Santos *et al.* (2017), onde a maioria dos casos se deu na cor branca. Já no estudo de Goes *et al.* (2020) a cor preta foi considerada a mais incidente, fato que também diverge do presente estudo, no qual a cor preta ficou em segundo lugar com um percentual de 35 casos na tabela de classificações (Tabela 5). Porém, de acordo com os estudos realizados

por Sarmiento *et al.* (2015), a cor não é uma variável que se mostra determinante como parâmetro para avaliar incidência, devido as características miscigenadas existentes no país, o que pode levar a uma prevalência maior de variada raça/cor, dependendo do local onde for realizado o estudo.

No presente estudo, dos 235 casos notificados no período de 2018 a 2022, no município de Santa Inês, foi notificado apenas 1 caso de indígena acometido por hanseníase (Tabela 5). Esse fato pode estar diretamente relacionado a ausência de auto declaração por parte dos povos indígenas. Fato comprovado pela antropóloga Monique Rodrigues (2023), que recentemente ao conceder uma entrevista ao canal de informação (Brasil de Fato), citou:

Muitos povos, como estratégia de sobrevivência ou como um relativo sucesso das políticas de embranquecimento que passou pelo apagamento de diversas identidades no território nacional, não se autodeclaravam indígenas em censos anteriores, principalmente num contexto pré-Constituição de 1988, que favorecia a tutela e extermínio da população indígena por todo país.” (Rodrigues, 2023: p.1)

Segundo dados do Censo 2022 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem 1.693.535 de pessoas indígenas, o que representa 0,83% do total de habitantes do país. Contudo, a auto declaração ainda representa um problema; líderes indígenas fizeram uma grande mobilização, convidando os povos nativos de todo o país a se autodeclararem indígenas no último censo, que foi realizado em 2022 (IBGE, 2022).

Quanto a classificação dos pacientes notificados, a ocorrência de casos Multibacilares foram predominantes em todos os anos da pesquisa, o que está diretamente ligado a uma baixa imunidade e possivelmente um diagnóstico tardio que, quando acarreta um maior número de lesões, o que favorece a procura por um serviço de saúde (Ribeiro Junior, 2012). Em um estudo desenvolvido por Garcia *et al.* (2013), a minoria dos casos diagnosticados foi composto por maiores de 15 anos, classificados como PB, que segundo os autores, sugerem detecção precoce da doença, dados que divergem deste estudo.

No período estudado, em todos os anos de estudo, a forma clínica mais incidente se deu na forma dimorfa. Definida como uma forma intermediária com suas características clínicas parecidas com as formas tuberculóide e virchowiana, a sua maior incidência pode estar ligada ao fato de apresentar mais casos MB, o que tem impacto direto na continuação da transmissão de hanseníase (Vieira, 2015).

Neste estudo, ao se observar a classificação operacional, verifica-se que a forma MB foi incidente nos gêneros masculino e feminino em relação à forma PB. Esses dados são divergentes com os achados de Passos *et al.*, (2016), onde analisaram a hanseníase no estado do Maranhão, constatando que o número de casos MB é maior no sexo masculino, enquanto que PB são mais numerosos no sexo feminino. Apesar da grande maioria dos casos de hanseníase notificados no período entre 2018 e 2022 serem MB (Tabela 8), em relação as lesões cutâneas, o maior percentual foi o de pacientes que não apresentaram lesões, um percentual de 19,7% dos casos notificados (Tabela 10). Contudo, houve uma alta ocorrência de pacientes com 1 a 5 lesões. Pode-se obter uma relação desse dado com a maior predominância de sequelas nesses pacientes.

Quanto a avaliação do grau de incapacidade física, este estudo mostra que no momento do diagnóstico a maior parte dos pacientes apresentou grau 0 de incapacidade, totalizando 104 casos (44,3%) (Gráfico 4). Tais resultados corroboram com a pesquisa realizada por Santos *et al.*, (2018), que avaliou o perfil da hanseníase na capital do Maranhão, São Luis, onde 68,7% dos casos apresentaram grau 0 de incapacidade física no diagnóstico. Fato que também ocorreu na pesquisa realizada por Sarmiento *et al.* (2015) em Montes Claros, no estado de Minas Gerais, no qual os dados demonstraram que a maioria dos pacientes apresentou, no momento da pesquisa, grau 0 de incapacidade física. Observa-se, ainda no estudo supra citado, que embora a maioria dos pacientes tenham apresentado GIF 0, a quantidade de pacientes que apresentaram algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico foi levemente superior (121 casos), evidenciando que houve demora na realização do diagnóstico, uma vez que, quanto mais cedo se detecta um caso de hanseníase, menores são as chances do paciente vir a desenvolver incapacidades físicas.

Nesta pesquisa, 74,5% dos casos de hanseníase notificados entre 2018 e 2022 foram registrados como caso novo, definido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017) como aquele que nunca recebeu qualquer tratamento específico para a doença. O elevado número de casos novos permite inferir um aumento da incidência da hanseníase em Santa Inês/MA durante o período avaliado, evidenciando falhas nas ações de controle da doença por parte dos serviços de saúde e órgãos que atuam na vigilância da hanseníase.

Por outro lado destaca-se, uma baixa ocorrência de casos de recidiva da

doença, ou seja, a maior parte dos pacientes conseguiu responder de maneira satisfatória à terapia instituída, eliminando totalmente o bacilo do organismo. Tendo em vista que, de acordo com Bona *et al.*, (2015), dentre os principais fatores relacionados à ocorrência de recidiva estão a persistência bacilar, a resistência medicamentosa e erros na classificação operacional. Ainda no estudo de Bona *et al.*, (2015) uma pequena porcentagem dos casos, cerca de 4,3% (n 10) não tiveram o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, o que sugere fala dos profissionais de saúde na assistência prestada ao paciente com hanseníase ou despreparo dos mesmos em executar a avaliação. Carvalho e Araújo (2015) destacam que é essencial realizar a avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, com o intuito de identificar a presença de deformidades e incapacidade física, buscando prevenir o surgimento de danos em pacientes que ainda não possuem tais incapacidades, e tratar aqueles em que elas já estão presentes.

No que diz respeito ao modo de detecção do caso novo, observa-se no gráfico 5 que a maioria dos casos foram identificados como demanda espontânea, que registrou 83 casos (35,3%). Observa-se que apesar da detecção por meio de demanda espontânea ter sido elevada, a detecção através do exame de contatos e de coletividade foi considerada baixa, o que permite inferir que a busca ativa foi pouco implementada pelos profissionais nos serviços de saúde do município durante o período avaliado.

Conforme Vieira *et al.* (2016) a vigilância de contatos representa a principal estratégia de detecção ativa para a descoberta de novos casos, possibilitando o diagnóstico precoce e conseqüentemente o índice de transmissão da doença. Ainda de acordo com o gráfico 5, o elevado número de casos considerados ignorados no modo de detecção, cerca de 42 casos, pode ser um indicativo de falha no registro dos dados referentes ao tipo de entrada desses pacientes no sistema de informação, reforçando a necessidade de maior empenho por parte dos profissionais em realizar o preenchimento correto das informações requeridas na ficha (Menezes *et al.*, 2016).

Diante dos achados, faz-se necessário que as ações de busca ativa sejam priorizadas pelos profissionais de saúde, por meio do conhecimento de casos suspeitos, detecção precoce de portadores de hanseníase e prevenção da doença em indivíduos saudáveis, para que, dessa forma, seja executado um controle efetivo e significativo do agravo (Pinheiro, 2020).

O tratamento preconizado para hanseníase baseia-se na associação de

medicamentos denominada poliquimioterapia (PQT): rifampicina, dapsona e clofazimina. Esse esquema deve ser iniciado na primeira consulta, após a definição do diagnóstico (Brasil, 2017). A tabela 13 nos mostra que 91,5% dos casos de hanseníase notificados (n 215) no período de 2018 a 2022 foram tratados utilizando o esquema terapêutico PQT/MB/12, que consiste em uma dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina, 100mg de dapsona e de 300mg de clofazimina, o tratamento dura 12 meses. 18 casos do total de notificados encontrados nesta pesquisa foram tratados utilizando o esquema PQT/PB/6, que consiste em uma dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina, 100mg de dapsona e 300mg de clofazimina, a duração do tratamento é 6 meses. As doses terapêuticas devem ser reavaliadas levando em consideração peso, idade, alergias, entre outras individualidades (Brasil,2017). Ainda seguindo a tabela 13, uma pequena porcentagem dos casos, cerca de 0,9% (n2) foram tratados seguindo outros esquemas substitutos, o que entende-se por pacientes que por alguma razão não puderam utilizar os esquemas terapêuticos tidos como padrões.

Dados preliminares do Ministério da Saúde apontam que, em 2022, mais de 17 mil novos casos de hanseníase foram diagnosticados no Brasil. Em 2021, o número de registros alcançou 18 mil casos, com 11,2% dos pacientes considerados como grau 2 de incapacidade física. Os dados mostram ainda que o Brasil possui mais de 90% do número de novas notificações do continente americano. Devido à alta quantidade de registros anuais, a doença ainda é considerada um problema de saúde pública (Brasil, 2021).

CONCLUSÃO

Após análise do panorama da hanseníase no município de Santa Inês – MA, no período compreendido entre os anos de 2018 e 2022, conclui-se que a hanseníase é uma doença infecciosa crônica considerada uma doença negligenciada. A doença caracteriza-se pelo acometimento dermatoneurológico e, apesar de curável e dos esforços de órgãos governamentais nos últimos anos por meio de políticas públicas, representa ainda um grande problema para a saúde pública no mundo e no Brasil.

Houve uma maior ocorrência na forma operacional MB em todos os anos da pesquisa, com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, maior faixa etária e com baixo nível de escolaridade, o que demonstra a necessidade de medidas profiláticas para reduzir o índice de pessoas acometidas pela hanseníase.

A forma dimorfa da hanseníase foi de maior incidência da classificação MB, sendo necessário medidas que facilitem o diagnóstico precoce para impedir que a doença se propague para os casos mais avançados. Quanto ao grau de incapacidade, não foi possível detectar a sua interferência nos casos de incidência devido à falta de preenchimento na ficha de notificação do grau de incapacidade. Contudo, faz-se necessário e indispensável promover políticas públicas de saúde que visem a promoção da saúde a todos os habitantes, além de capacitação aos que atendem.

O diagnóstico precoce dos casos é difícil devido ao longo período de incubação e ausência de exames diagnósticos nesse período. A descoberta de novos antígenos de agente etiológico estimulou a busca por testes diagnósticos para esta fase inicial e vacinas para prevenção primária.

É fundamental portanto, uma estratégia de controle sustentada e adequada a situação de epidemia local, com planejamento e utilizando-se de todas as ferramentas disponíveis e adequadas de acordo com as evidências científicas conhecidas, que consiga atividades de informação, educação, e comunicação de grande alcance.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Rev Sociedade Brasileira Medicina Tropical**. Vol.36. Uberaba, 2003.

DUARTE, M.T.; Cassamassino; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. p. 100-107, 2009.

FILGUEIRA, N. A. **Condutas em clínica médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

BRASIL. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília: 2002.

BRASIL. **Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase**: manual de prevenção de incapacidades. 3. ed. Brasília: 2008.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Portaria nº 3.125/2010. **Diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase**. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis. Hanseníase Hoje. **Boletim Eliminação da Hanseníase das Américas**, 2000.

PARDINI, A. G; FREITAS, A. **Cirurgia da mão: lesões não-traumáticas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2011.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

LANZA FM, LANA FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 238-46.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

MERHY EE, QUEIROZ MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad Saude Publica**. 1993;9(2):177-84.

PAULUS A JR, CORDONI L Jr. Políticas públicas de saúde no Brasil. Espaço para a Saúde. 2006.

BRASIL. Portal da Saúde. Do sanitário à municipalização. Brasília (DF): MS; 2017

CARVALHO AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. Saúde e democracia: a luta do CEBES (2020)

CORREIA MVC. Que controle social. Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Pense SUS. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2017.

BARBOSA, D. R. M., ALMEIDA, M. G., & SANTOS, A. G. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012, Medicina (Ribeirão Preto), 47(4), 347-56. (2014)

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Brasil. Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase. Brasília, DF, 2017.

NEVES, D. C. O., et al. Tendência das taxas de detecção de hanseníase em jovens de 10 a 19 anos de idade nas Regiões de Integração do estado do Pará, Brasil, no período de 2005 a 2014. (2017)

PACHECO, M. A. B., AIRES, M. L. L., & SEIXAS, E. S. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil (2014)

LANA, F. C. F., et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle, Revista de Enfermagem UFSM, 4(3), 2014, 556-65.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2017.

GOES EF, RAMOS DO, FERREIRA AJF. **Racial health inequalities and the COVID-19 pandemic**. Trab. Educ. Saúde. 2020.

ANDRADE, NORONHA, MENEZES et al., **Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras** em 1998 e 2008. Econ Apl. 2013;17(4): 623-45

Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Lima PL, de Carvalho ACN, Diniz LG. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Enferm.** 2007;60(6):696-700

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase (2019-2022)** [Internet]. Brasília: MS; 2019 [acessado 2023 nov 16]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/Estrategia-Nacional CGHDE-Consulta-Publica-27mar.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico de hanseníase** [Internet]. Brasília: MS; 2020 [acessado 2023 dez 17]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-2020>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cobertura da Atenção Básica [Internet]. Brasília: MS; 2020 [acessado 2023 NOV 16]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistorico_CoberturaAB.xhtml

MENDES AO, COSTA CE, SILVA RC. Caráter clínico-epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena - MG e macrorregião no período de 2001 a 2010. **Rev Med Minas Gerais** 2014; 24(4):486-494

GORDON AS, GOMES JM, COSTA AC, SERRA MA. Incidência de hanseníase em menores de 15 anos acompanhados no município de Imperatriz, Maranhão, entre 2004 e 2010. **Arq Cienc Saúde Unipar** 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cobertura da Atenção Básica** [Internet]. Brasília: MS; 2020 [acessado 2023 set 20]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistorico_CoberturaAB.xhtml

RIBEIRO MD, SILVA JC, OLIVEIRA SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Rev Panam Salud Publica** 2018; 42:e42.

RODRIGUES RN, LEANO HA, BUENO IC, ARAUJO. Áreas de alto risco de hanseníase no Brasil, período 2001-2015. **Rev Bras Enferm** 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia prático sobre a hanseníase** [Internet]. Brasília: MS; 2017 [acessado 2023 DEZ 16]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>

MENDES AO *et al.*, Caráter clínico-epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena - MG e macrorregião no período de 2001 a 2010. **Rev Med Minas Gerais** 2014; 24(4):486-494.

Gonçalves NV, *et al.*, A hanseníase em um distrito administrativo de Belém, estado do Pará, Brasil: relações entre território, socioeconomia e política pública em saúde, 2007-2013. **Rev Pan-Amaz Saude** 2018; 9(2): 21-30.

BARBOSA DR, ALMEIDA MG, SANTOS AG. **Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012.** Med (Ribeirão Preto) 2014; 47(4): 347-356.

ARRUDA NM, Maia AG, Alves LC. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008.** Cad Saude Publica 2018; p 34.

ANEXO

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		Nº	
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2	Agravado/doença HANSENÍASE		3	
	4	5	6	7	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	
	10	11	12	13	
	14	Escolaridade			
	15	16			
Dados de Residência	17	18	19		
	20	21			
	22	23		24	
	25	26		27	
	28	29		30	
	Dados Complementares do Caso				
	31	32			
	33	34	35	36	
Atendimento	37				
	38				
Dados Lab.	39				
	40				
Tratamento	41		42		
	43				
Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Função	Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET	SVS 30/10/2007	