









Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais, 2011 a 2019

Fernanda Moura Lanza¹ , Kelly Júlia de Amorim¹ , Kenny Simone Gomes da Guarda¹ , Larissa Silva¹ , Joseane da Silva² , Sarah Lamas Vidal³ , Nayara Figueiredo Vieira⁴ , Rayssa Nogueira Rodrigues⁵ 

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais, entre os anos de 2011 a 2019. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, que utilizou dados secundários disponíveis em acesso aberto na Sala de Apoio à Gestão Estratégica e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde referentes aos casos confirmados e notificados da hanseníase de residentes no município de Divinópolis, Minas Gerais, no período de 2011 a 2019. **Resultados:** No período do estudo foram notificados 57 casos de hanseníase, todos em pessoas acima de 20 anos, sendo a maioria em homens (50,9%), de raça/cor parda (49,1%) e com ensino fundamental incompleto (26,3%). A forma clínica predominante foi a dimorfa (38,4%) seguido pela tuberculoide (29,8%), classificação operacional multibacilar (56,2%), sendo que a maioria dos casos (93%) deram entrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como caso novo. Quanto à avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, 7% (n=4) dos casos foram notificados com grau 2. No que se refere ao tipo de saída, 87,9% dos casos tiveram alta por cura. **Conclusão:** Os dados epidemiológicos apontam que o diagnóstico da hanseníase em Divinópolis está sendo realizado tardiamente, o que contribui para manutenção de uma prevalência oculta.

Palavras-chave: Hanseníase, Atenção primária à saúde, Vigilância em saúde pública, Estudos descritivos.

1. Universidade Federal de São João del-Rei. Curso de Enfermagem, Divinópolis, (MG), Brasil.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, (MG), Brasil.
3. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, (MG), Brasil.
4. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, (GO), Brasil.
5. Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, (MG).



INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença tropical negligenciada¹ que ainda persiste como problema de saúde pública em 23 países subdesenvolvidos e em desenvolvimento². Está diretamente relacionada às condições socioeconômicas desfavoráveis e vulnerabilidade social^{1,3}. Uma coorte de 100 milhões de brasileiros mostrou que há associação entre a falta de rede de esgoto, moradia, educação e até mesmo emprego, com o risco de desenvolver hanseníase³.

O Brasil continua sendo o segundo país no mundo em número absoluto de casos novos diagnosticados², mesmo com a redução dos diagnósticos e notificações que ocorreram devido aos problemas operacionais causados pela pandemia da COVID-19⁴. Juntamente com a Índia e a Indonésia, esses três países foram responsáveis por 74% dos casos novos notificados em 2020². Especificamente, no ano de 2020, o Brasil notificou 17.979 casos novos de hanseníase, sendo 80,1% multibacilares e 8,4% já com grau 2 de incapacidade física instalada no diagnóstico².

Um estudo que georreferenciou os casos notificados no período de 2001 a 2015 mostrou que o Brasil possui uma distribuição heterogênea dos casos de hanseníase, apresentando 26 clusters que atingem apenas as regiões centro-oeste, norte e nordeste. O estado de Minas Gerais está situado fora da área de clusters⁵ e possui 73,5% (n= 627) municípios silenciosos, ou seja, que não registraram nenhum caso novo em 2020⁶. No Brasil, estudo recente evidenciou que o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) resultou no aumento da proporção de casos diagnosticados na atenção primária à saúde (APS), mas os autores concluíram que a satisfatória disponibilidade da ESF ainda é insuficiente para o controle da doença⁷.

A heterogeneidade da endemia hanseníase nos territórios⁸ aponta a necessidade de planejamento das ações conforme o diagnóstico epidemiológico e operacional¹, sendo que tanto no Plano Nacional⁹ e no Estadual¹⁰ da hanseníase existem recomendações para a vigilância da doença independentemente do nível de endemicidade. Mesmo havendo um compromisso político direcionando a construção de uma rede de atenção horizontalizada, hierarquizada, integral e integrada para atenção à saúde de pessoas com hanseníase e seus familiares⁹⁻¹⁰, que têm os serviços de APS como porta preferencial de entrada, pesquisas apontam que existem dificuldades na

integração das ações de controle da hanseníase (ACH) nesse ponto de atenção^{7-8,11}.

Pesquisa epidemiológica realizada em Divinópolis evidenciou que a organização dos serviços de saúde no município contribui para a realização tardia do diagnóstico, apontando para a necessidade da integração efetiva das ACH na APS¹². O conhecimento da epidemiologia local da doença permite monitorar e avaliar os procedimentos de vigilância em hanseníase¹³, tendo como finalidade a redução da carga de doença⁹⁻¹⁰.

Destaca-se que os serviços de APS do município de Divinópolis são campos de formação de estudantes da área da saúde de duas universidades públicas e duas universidades privadas, além de três Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde. Nesse sentido, esse cenário utilizado para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde deve ser orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com conhecimento das prioridades e necessidades do sistema.

Diante do exposto, o presente estudo traz como problema o seguinte questionamento: como foi o comportamento epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis entre os anos de 2011 a 2019? O objetivo do estudo é analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais, entre os anos de 2011 a 2019.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico descritivo que utilizou dados secundários referentes aos casos de hanseníase notificados em residentes do município de Divinópolis, Minas Gerais. Divinópolis é o décimo segundo município mais populoso do estado de Minas Gerais, possui uma população estimada em 238.230 habitantes e conta com 42 unidades APS, das quais dez são unidades básicas de saúde convencionais e 32 unidades da ESF, sendo essas últimas responsáveis por uma cobertura de 46,3% da população¹⁴.

Em relação à hanseníase, o serviço de saúde de Divinópolis segue as recomendações do Ministério da Saúde (MS)⁹ e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais¹⁰ para a organização da rede de atenção, inclusive com publicação de portaria municipal que dispõe sobre a descentralização da hanseníase no município¹⁵. Têm-se as unidades de APS como porta de entrada tanto para identificação precoce dos casos

como também para o acompanhamento dos casos já diagnosticados até a alta do paciente¹⁵, exceto nos casos que exigem acompanhamento na média e/ou alta complexidade conforme preconizado pelo MS. A vigilância epidemiológica também tem, dentro desse contexto, o papel importante na alimentação das informações no sistema de informação¹⁵.

A população do estudo foi relacionada aos casos de hanseníase de residentes do município de Divinópolis notificados no período de 2011 a 2019. Justifica-se a longa série temporal uma vez que as alterações operacionais que ocorreram estarão diluídas ao longo do período, o que proporciona uma melhor aproximação da realidade epidemiológica da doença¹².

Os dados foram coletados por informações disponíveis em acesso aberto no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no mês de fevereiro de 2021, pelo endereço eletrônico <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/casos-de-hansenia-se-desde-2001-sinan/> que apresenta dados agregados relativos à doença do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O SINAN é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. A Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase e o Boletim de Acompanhamento são essenciais para a composição e a atualização dos indicadores epidemiológicos e operacionais, os quais subsidiam as avaliações das intervenções e embasam o planejamento de novas ações¹⁶.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, forma clínica, classificação operacional, modo de entrada, avaliação do grau de incapacidade física avaliados no diagnóstico e na alta, tipo de saída.

Também foi utilizado a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), pelo endereço eletrônico <https://sage.saude.gov.br/>, que disponibiliza, em acesso aberto, informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento. Sobre a hanseníase, coletou-se, na SAGE, os seguintes indicadores: (i) Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes; (ii) Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e (iii) proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

Os dados extraídos do DATASUS e do SAGE foram tratados no software Microsoft Office Excel 2016. De acordo com as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase¹⁶, foi realizado o cálculo da (i) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano e (ii) Proporção de casos novos de hanseníase com grau de Incapacidade física avaliado no diagnóstico.

O estudo respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e como os dados foram obtidos de forma agregada e em bancos de dados de livre acesso, justifica-se a ausência do parecer de um Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

RESULTADOS

No período do estudo foram notificados 57 casos de hanseníase de residentes do município de Divinópolis, sendo que 100% desses casos foram em pessoas com idade acima de 20 anos (dados não mostrados em tabela). A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos casos. Destaca-se que 50,9% dos casos foram em pessoas do sexo masculino.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos de hanseníase residentes no município de Divinópolis, Minas Gerais, notificados no período de 2011 a 2019.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	28	49,1
Masculino	29	50,9
Escolaridade		
Analfabeto	2	3,5
Ensino fundamental incompleto	15	26,3
Ensino fundamental completo	2	3,5
Ensino médio incompleto	3	5,3
Ensino médio completo	1	1,8
Ignorado/Branco	34	59,6
Raça/Cor		
Branca	21	36,9
Preta	4	7,0
Parda	28	49,1
Ignorado/Branco	4	7,0

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN/DATASUS.

Quanto à escolaridade dos indivíduos acometidos pela hanseníase no município de Divinópolis, destaca-se que a ficha de notificação da maioria dos casos (59,6%) apresentava essa informação de forma ignorada ou em branco. Entre aqueles com a escolaridade informada, a maioria possuía ensino fundamental incompleto (26,3%). Em relação à raça/cor, aproximadamente metade dos casos (49,1%) foram pardos. A respeito desta característica, houve quatro (7%) fichas de notificação sem o devido preenchimento da informação.

Em relação às características clínicas (Tabela 2), a forma clínica predominante foi a dimorfa (38,4%) seguido pela tuberculose (29,8%). Ao avaliar a classificação operacional, ressalta-se a classificação operacional multibacilar (56,2%), sendo que a maioria dos casos (93%) deram entrada no SINAN como caso novo.

Verifica-se ainda na Tabela 2, quanto à avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, 7% (n=4) dos casos foram notificados com grau 2. No que se refere ao tipo de saída, importante mencionar que houve um abandono (1,7%) e 87,9% dos casos tiveram alta por cura. Destaca-se novamente ausência de informações na ficha do SINAN relacionadas à forma clínica (5,3%), avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico (5,3%) e na alta (45,6%), além do tipo de saída (3,4%).

Em relação aos indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, o Gráfico 1 apresenta a taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes. Com exceção dos anos 2011 e 2016, o município apresenta média endemidade, com maiores taxas nos anos 2013 e 2014, respectivamente.

Ao calcular o indicador proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano, esse indicador no ano de 2012 foi de 30% e, em 2013, 10%, ambos parâmetros altos. Nos demais anos, o parâmetro foi de 0% (dados não mostrados em gráfico).

Sobre os indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase, o Gráfico 2 mostra a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, que teve um desempenho regular em 2012 (75%) e em 2016 (77,8%). Nos demais anos, teve bom desempenho, com 100% curados.

Tabela 2. Características clínicas dos casos de hanseníase residentes no município de Divinópolis, Minas Gerais, notificados no período de 2011 a 2019.

Variáveis	N	%
Forma clínica		
Indeterminada	6	10,6
Tuberculose	17	29,8
Dimorfa	22	38,4
Virchowiana	9	15,9
Não classificada (em branco)	3	5,3
Classificação operacional no diagnóstico		
Paucibacilar	25	43,8
Multibacilar	32	56,2
Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico		
Grau 0	43	75,4
Grau 1	7	12,3
Grau 2	4	7,0
Não classificada (em branco)	3	5,3
Avaliação do grau de incapacidade na cura		
Grau 0	25	43,8
Grau 1	3	5,3
Grau 2	3	5,3
Não classificada (em branco)	26	45,6
Modo entrada		
Caso novo	53	93,0
Outros ingressos	4	7,0
Tipo de saída		
Cura	50	87,9
Transferência para outro município	3	5,3
Óbito	1	1,7
Abandono	1	1,7
Não preenchido (em branco)	2	3,4

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do SINAN/DATASUS.

Já em relação à proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, que mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos dos casos da doença, aumentando a detecção oportuna de casos, o desempenho foi regular nos anos 2012 (85,7%) e 2013 (77,8%). Nos demais anos, teve bom desempenho, com mais de 90% dos contatos avaliados (dados mostrados no gráfico 2).

A proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico foi inferior a 100% nos anos 2015 (83,3%), 2017 (85,7%) e 2019 (80%), mantendo como desempenho regular. Nos demais anos da série histórica, esse indicador ficou bom, ou seja, $\geq 90\%$ (dados não mostrados em gráfico).

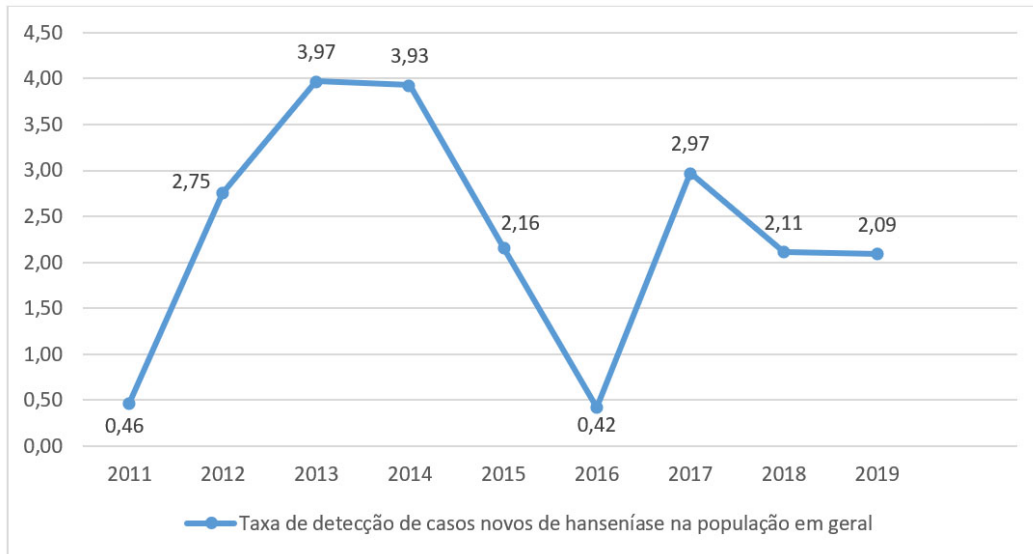


Gráfico 1. Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral no município de Divinópolis, Minas Gerais, Sala de situação (SAGE), Ministério da Saúde, 2011 a 2019.

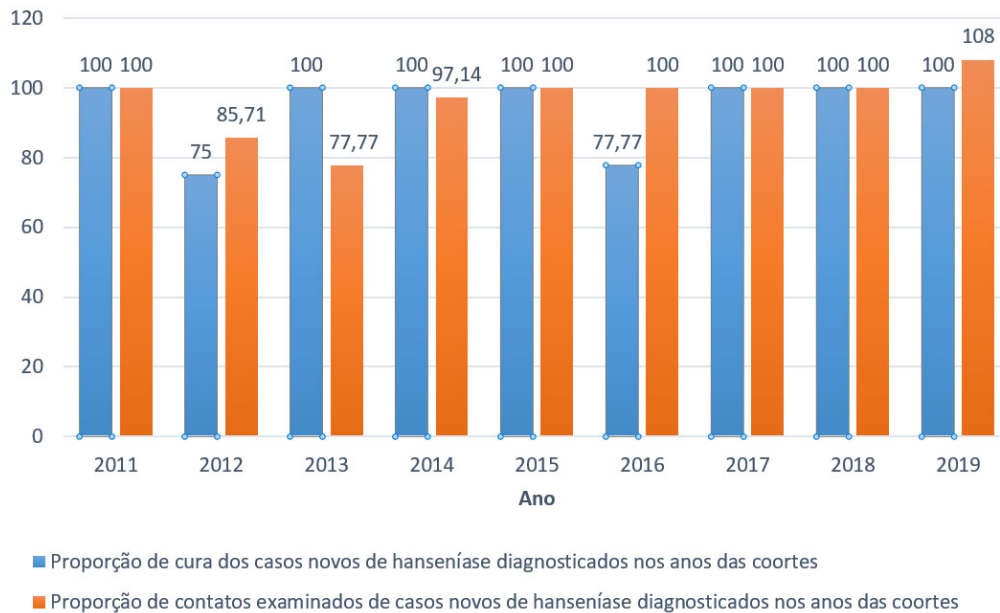


Gráfico 2. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase e proporção de contatos examinados nos anos das coortes no município de Divinópolis, Minas Gerais, Sala de situação (SAGE), Ministério da Saúde, 2011 a 2019.

DISCUSSÃO

No período do estudo, foram notificados 57 casos de hanseníase de residentes do município de Divinópolis, todos em pessoas acima de 20 anos. A taxa de detecção, com exceção dos anos 2011 e 2016, manteve em média endemicidade no município de Divinópolis. Já o Brasil, em 2019, teve sua taxa de detecção geral de casos novos no parâmetro de alta

endemicidade (13,23 casos por 100 mil habitantes), sendo que apenas as regiões Sul e Sudeste com parâmetro médio⁴.

No Plano Nacional⁹ e Estadual¹⁰ da hanseníase existem recomendações para enfrentamento da doença em municípios de média endemicidade. Dentre as recomendações estão i) atividades de educação permanente para profissionais; ii) vigilância de sintomáticos dermatoneurológicos;

iii) descentralização das atividades de prevenção e controle e iv) busca ativa de casos, buscando confirmar a ausência de casos novos⁹⁻¹⁰.

Tanto em cenários de alta incidência da hanseníase, quanto em ambientes de baixa incidência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a implementação dos quatro pilares da Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 a saber: i) implementar, em todos os países endêmicos, um roteiro zero hanseníase do próprio país; ii) ampliar as atividades de prevenção da hanseníase integradas com a detecção ativa de casos; iii) controlar a hanseníase e suas complicações e prevenir novas incapacidades e iv) combater o estigma e garantir que os direitos humanos sejam respeitados¹.

A interrupção da transmissão é a meta estipulada por essa estratégia¹. No entanto, a série histórica do município de Divinópolis apresentada nesse estudo e em um outro realizado previamente¹², mostra que há predomínio do diagnóstico de casos com forma clínica multibacilar, que são responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença¹⁶ e reforça a necessidade do diagnóstico ser oportuno⁸. No Brasil, houve um aumento de 32,6% na proporção de casos novos multibacilares, passando de 59,1% em 2010 para 78,4% em 2019⁴. A busca ativa de casos na comunidade é uma importante estratégia para a descoberta de casos ocultos¹.

Pesquisadores brasileiros elaboraram um questionário de suspeição de hanseníase com 14 questões que abordaram o histórico familiar e os principais sinais e sintomas da doença. Esse questionário foi aplicado, por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a 3241 indivíduos no município de Jardinópolis (São Paulo), sendo que 479 pessoas foram submetidas a exame clínico e laboratorial, obtendo a confirmação de 64 novos casos de hanseníase¹⁷.

A pesquisa conduzida por Bernardes Filho e colaboradores¹⁷ evidenciou que todos os casos confirmados apresentavam máculas hipocrômicas com perda ou ausência de sensibilidade¹⁷, o que reforça que o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico¹⁶. Como 60% dos casos notificados por meio dessa campanha já apresentavam algum grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico, sendo oito com GIF2, os autores reafirmam a necessidade dos profissionais da APS atentarem para os primeiros sinais e sintomas da hanseníase, especialmente aqueles que remetem à disfunção neural¹⁷.

A presença de casos diagnosticados com GIF2, ou seja, aqueles com deformidades visíveis, indica que há um diagnóstico tardio², provavelmente devido a problemas operacionais do serviço de saúde em reconhecer precocemente os casos de hanseníase^{8,18}, além da falta de conhecimento das pessoas sobre os sinais e sintomas da hanseníase e da dificuldade em procurar atendimento oportuno^{2,18}.

Sobre o local de escolha para acesso de primeiro contato após identificação dos sinais e sintomas dermatoneurológicos, estudo realizado no município de Juiz de Fora (Minas Gerais) evidenciou que a maioria dos pacientes procurou os serviços de APS, seguido de consultórios particulares, hospital e ambulatório de referência¹⁹.

Mesmo que o município em estudo esteja classificado como de média endemicidade, "o sistema de vigilância deve estar ativo e com profissionais capacitados para reconhecer os sinais e sintomas"^{13:7} já que "áreas com histórico de endemicidade pode haver uma prevalência oculta que contribua com a cadeia de transmissão da doença"^{13:8}. Nessa perspectiva, no período de 2006 a 2010, a prevalência oculta da hanseníase em Divinópolis foi de 12 casos¹².

O empoderamento dos ACS para a realização de atividades de educação em saúde sobre os sinais e sintomas da hanseníase para a identificação de casos suspeitos e a capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros da APS para a realização do exame dermatoneurológico¹⁷ são essenciais para a oferta, com qualidade, das ações de prevenção e controle da doença^{7,20}.

Capacitação teórico-prática realizada em Divinópolis com 90 profissionais médicos e enfermeiros da APS proporcionou reflexões sobre a epidemiologia da hanseníase; diagnóstico e tratamento; avaliação e monitoramento da função neural; prevenção de incapacidades; vigilância epidemiológica e organização da atenção à hanseníase no município. Essa capacitação fortaleceu a realização das ACH na APS e, após a capacitação, foram notificados dois casos de hanseníase em 2019 e oito casos no ano de 2020²¹.

Em Divinópolis, no período entre 2011 a 2019 foram notificados quatro casos com GIF2 no diagnóstico, o que corresponde a 7% do total de casos. Em comparação com o estudo anterior realizado no município, houve um aumento nessa proporção, sendo que no período de 2001 a 2010, 4,8% dos casos foram diagnosticados com GIF2¹¹. No Brasil, o percentual de GIF2 no diagnóstico passou de 5,5% em 2006 para 6,8% em 2017⁸.

É importante destacar que a OMS tem como visão zero incapacidade a longo prazo, e redução de 90% na taxa por milhão de habitantes de casos novos com GIF2 até 2030¹, uma vez que o estigma é o fator individual e comunitário mais comum que está associado ao diagnóstico tardio¹⁸.

Estudo que analisou os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da hanseníase no Brasil sugere a necessidade de realizar intervenções na comunidade para divulgar os sinais e sintomas da doença e eliminar os falsos conceitos relativos à hanseníase para encorajar os pacientes a procurarem atendimento para esse problema de saúde²², bem como zerar o estigma e discriminação relacionados à hanseníase¹, inclusive pelos próprios profissionais de saúde¹⁹. Recomenda-se detectar os casos oportunamente para que o tratamento seja iniciado o mais rápido possível, ajudando assim a diminuir as complicações da doença e minimizar as alterações na qualidade de vida¹⁶, especialmente nas áreas mais vulneráveis e nos subgrupos populacionais mais afetados⁸.

A realização de campanha de busca ativa em unidade prisional feminina brasileira, em que foi utilizado o questionário de suspeição de hanseníase, permitiu realizar o diagnóstico de 14 casos novos de hanseníase, sendo 13 classificadas como multibacilares.²³ Pesquisa evidenciou que muitos médicos brasileiros não conseguem determinar, prontamente, um diagnóstico conclusivo de hanseníase²², sendo que na região sudeste, 57,5% dos casos de hanseníase foram detectados por encaminhamento no período de 2015 a 2019⁴.

O itinerário terapêutico das pessoas com hanseníase é marcado por um longo caminho e desafios em busca do diagnóstico^{19,24-25}, tanto na rede pública de saúde quanto na privada²⁵. Mediante essa evidência, autores afirmaram que o acesso universal ao diagnóstico oportuno da hanseníase deve ser prioridade para o controle da doença no território brasileiro⁸. Por isso, vale a pena destacar que o questionário de suspeição de hanseníase também se mostrou uma boa ferramenta para lembrar os profissionais de saúde sobre os principais sinais e sintomas da doença¹⁷, o que pode contribuir para o diagnóstico oportuno.

Estudo realizado no Brasil apontou que a maioria dos casos de hanseníase diagnosticados com GIF2 em 2017 foram em homens (69,6%), com raça/cor declarada como parda (55,4%), na faixa etária economicamente ativa (57,2%) e com até oito anos de estudo (61,8%)⁸. Esses dados

corroboram as evidências de uma revisão sistemática que apontou que os fatores individuais relacionados com o diagnóstico tardio da hanseníase estão a idade avançada, forma clínica multibacilar, ser do sexo masculino e ter baixa percepção sobre os sinais e sintomas da doença¹⁸.

Embora a grande maioria dos casos do estudo (76%) tiveram GIF zero no momento do diagnóstico, percebe-se a existência de uma parcela significativa de pacientes com alguma incapacidade, sendo 12% com GIF1 e 7% com GIF2. É importante destacar que houve incompletude das informações da avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico (5%) e na alta (46%). Essa situação é rotineiramente encontrada no Brasil, sendo que, em 2017, a ausência dessa informação na ficha do SINAN foi de 11,3% no diagnóstico e 42,8% na alta⁸.

A falta de informação sobre a avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta sugere a necessidade de refinar a qualidade da atenção à hanseníase no Brasil⁸, "bem como do adequado preenchimento da ficha de notificação por parte dos profissionais da ESF envolvidos na atenção aos pacientes"^{20:1813} e da revisão dessas fichas nos serviços de vigilância epidemiológica, que são os responsáveis por alimentar os sistemas de informação em saúde no Brasil^{8,20}.

A proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico é indicador que mede a qualidade do atendimento nos serviços de saúde¹⁶. Esse indicador no Brasil, no período de 2010 a 2019, manteve-se no parâmetro regular, no qual teve 75 a 89,9% dos casos avaliados⁴. Em Divinópolis, apenas nos anos de 2015, 2017 e 2019 o desempenho desse indicador foi regular. Nos demais anos, compreendendo o período de estudo, o desempenho foi bom.

De acordo com os resultados da pesquisa referente ao gênero, houve predominância do sexo masculino (51%). Entre os anos 2015 e 2019, 55,3% dos casos de hanseníase no Brasil foram em pessoas do sexo masculino⁴. A OMS menciona que apesar de ser uma doença que pode acometer homens e mulheres, mundialmente, a maior população afetada é do sexo masculino², assim como no Brasil^{4,8}. A presença de dados faltantes dessa variável na ficha do SINAN é uma realidade brasileira⁸.

No que diz respeito à escolaridade, destaca-se que 59% das fichas de notificação compulsória apresentava esse campo em branco ou ignorado, percentual muito superior à média brasileira, que é de

17,7% de incompletude⁴. No período do estudo, 4% dos casos notificados em Divinópolis eram analfabetos e 26% com ensino fundamental incompleto. No Brasil, há um predomínio de casos em pessoas com ensino fundamental incompleto (42,2%)⁴.

A variável escolaridade pode ser um fator de risco para a doença, pois é um indicador indireto das condições sociais e pode influenciar na adesão ao tratamento, aos cuidados para prevenção de incapacidades e vigilância dos contatos²⁶. Por isso, há uma necessidade do profissional de saúde conhecer o grau de escolaridade do paciente e sua família para adequar a linguagem que será utilizada nas atividades de educação em saúde e orientações.

Nessa perspectiva, o governo brasileiro lançou, em 2020, a "Caderneta de Saúde da Pessoa Acometida pela Hanseníase" para que o paciente tenha acesso às informações sobre a doença, seus direitos e os cuidados com a saúde, além de apresentar todo o registro realizado pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento do tratamento²⁷.

No que se refere à declaração da raça/cor na ficha de notificação do SINAN, 49% se identificaram como pardos. No Brasil, 58,7% dos casos de hanseníase notificados entre os anos de 2015 a 2019 foram em pessoas que declararam sua raça/cor como pardas, seguidas dos brancos, com 24,3%⁴. Em relação à forma clínica, os achados do presente estudo são semelhantes ao do contexto brasileiro em que a forma clínica dimorfa é predominante, seguido da forma tuberculoide⁸. Ressalta-se que ainda existem notificações que são enviadas ao MS sem a informação da forma clínica da hanseníase⁸.

No Brasil, o modo de entrada predominante é caso novo, com 79,1% dos casos em 2019⁴, o que corrobora com os achados em Divinópolis (93%). Já em relação ao tipo de saída, 87% dos casos notificados em Divinópolis no período de 2011 a 2019 tiveram alta por cura, indicador regular segundo os parâmetros do MS¹⁶.

Já em relação ao indicador proporção de cura dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes, que avalia a qualidade da atenção e acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento¹⁶, o município de Divinópolis teve um bom desempenho, com exceção dos anos 2012 e 2016, no qual apresentou desempenho regular (75% e 77,7%, respectivamente). No cenário brasileiro, entre 2012 e 2019, houve redução na proporção de cura dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes, saindo de 85,9% para 79,4% e se mantendo

no parâmetro regular. Minas Gerais também apresentou declínio nesse indicador, passando de 88,8% em 2012 para 80,9% em 2019⁴.

A proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes em Divinópolis foi bom ($\geq 90,0\%$ dos contatos examinados) com exceção dos anos 2012 e 2013. Já no Brasil, em 2019, o resultado desse indicador foi de 82,4%, parâmetro regular. No entanto, no estado de Minas Gerais, houve um declínio de 4,2% na proporção de contatos examinados no período entre 2012 a 2019, passando de 86,1% (em 2012) para 82,5% (em 2019)⁴.

É necessário fortalecer a busca ativa e acompanhamento dos contatos domiciliares, peridomiciliares e sociais²⁸ para realizar oportunamente o diagnóstico da hanseníase e assim quebrar a cadeia de transmissão da doença². Revisão sistemática com metanálise evidenciou que o analfabetismo e a convivência intradomiciliar com caso de hanseníase apresentando alta carga bacilar são fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos²⁸.

Em 2020, 15,8% dos casos novos notificados mundialmente foram por meio de exame de contato e de campanhas de busca ativa². Já no Brasil, no período de 2015 a 2019, houve um aumento de 46,6% no modo de detecção por exame de contatos, sendo que, em 2019, foi responsável por 10,7% dos casos notificados⁴.

A incompletude de alguns campos da ficha de notificação limitou a análise mais precisa da situação epidemiológica e operacional da hanseníase em Divinópolis. "Faz-se necessário o preenchimento adequado das fichas de notificação compulsória, com informações consistentes, para que estes dados forneçam subsídios para a avaliação do estado de saúde da população e tomada de decisões"^{20:1813}. No entanto, esse é um tipo de limitação que é inerente aos estudos que utilizam dados secundários^{7-8,12}.

Apesar dessas fragilidades, reforça-se a potencialidade do uso da epidemiologia para subsidiar a formulação e fortalecimento de políticas de controle da hanseníase⁷, ainda mais após o impacto gerado pela pandemia da COVID-19 nos programas de controle da hanseníase^{2,4}. A pandemia tem sido desafiadora para os serviços de saúde, em especial, os da APS, que são a porta preferencial de contato do usuário com o sistema²⁹. A interrupção dos serviços de rotina impactará no aumento da prevalência oculta da hanseníase e no diagnóstico

de casos novos com formas clínicas multibacilares e com incapacidades físicas instaladas².

O planejamento da hanseníase nas políticas de saúde deverá indicar a utilização de ferramentas já existentes para o controle da hanseníase como a busca ativa sistemática de casos² com o envolvimento dos ACS²⁰ e a utilização do questionário de suspeição de hanseníase¹⁷, a busca ativa e o acompanhamento dos contatos domiciliares e sociais^{2,16}, além da educação em saúde sobre a doença^{8,19} para a comunidade em geral e os profissionais^{16,25}.

As autoridades também reforçam a necessidade de acompanhar sistematicamente os casos após a alta por cura, visto que nesse período o indivíduo poderá ser acometido pelos estados reacionais da doença, o qual necessita tratamento oportuno para evitar o dano neural¹⁶, além do aumento dos casos de resistência medicamentosa à poliquimioterapia padrão².

É importante reiterar que existe o desejo político do município de Divinópolis para ofertar uma rede de atenção à hanseníase equitativamente distribuída, com a APS qualificada para realizar as ações de controle da doença normatizadas para esse nível de atenção, que coordena o cuidado dos casos que possuem complicações para os serviços da média e alta complexidade¹⁵.

Mas, para alcançar a sustentabilidade das ACH na APS "é preciso superar: a insuficiência dos conteúdos curriculares sobre a hanseníase; a racionalidade biomédica no processo de trabalho; a rotatividade dos profissionais; as capacitações que, muitas vezes, não resultam em equipes confiantes para diagnosticar ou iniciar o tratamento; a centralidade da atenção ao indivíduo doente e não à família/ao coletivo; e a falta de priorização da hanseníase nas políticas de saúde"^{7:9-10}. Nesse sentido, quanto melhor a qualidade dos serviços de saúde^{13,20}, o alcance das metas nacionais⁹ e globais da hanseníase¹ previstas para 2022 e 2030, respectivamente, serão proporcionalmente mais viáveis¹³.

CONCLUSÃO

Os dados epidemiológicos apontam que o diagnóstico da hanseníase em Divinópolis está sendo realizado tardiamente, o que contribui para manutenção de uma prevalência oculta. Sugere-se o fortalecimento da APS na realização das ações de controle da hanseníase. No cenário pós-pandemia

da COVID-19 será preciso inovar no processo de trabalho nos territórios, monitorar continuamente o comportamento epidemiológico da hanseníase, bem como utilizar estratégias remotas de monitoramento e acompanhamento de casos da doença.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Escritório Regional para o Sudeste Asiático. Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 "Rumo à zero hanseníase". Nova Delhi: OMS; 2021 [citado em 10 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789290228509>
2. World Health Organization (WHO). Global leprosy (Hansen disease) update, 2020: impact of COVID-19 on the global leprosy control. Weekly epidemiological record 2021; 96(36):421-444 [citado em 05 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9636-421-444>
3. Nery JS, Anna R, Julia MP, André A, Agostino A, Maria YI, et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. Lancet Glob Health 2019; 7: e1226-36. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30260-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30260-8).
4. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Hanseníase. Brasília; 2021 [citado em 23 jul. 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/8/boletim_hanseníase_internet_-2.pdf.
5. Rodrigues RN, Leano HAM, Bueno IC, Araújo KMFA, Lana FCF. High-risk areas of leprosy in Brazil between 2001-2015. Rev Bras Enferm. 2020;73(3): e20180583. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167>.
6. Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Hanseníase em Minas Gerais: boletim epidemiológico - 2021. Belo Horizonte, SESMG; 2021. [citado em 10 abr. 2022]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2021/Boletim%20epidemiol%C3%B3gico_Hansen%C3%ADase_Final%202.pdf
7. Rodrigues RN, Arcêncio RA, Lana FCF. Epidemiologia da hanseníase e a descentralização das ações de controle no Brasil. Rev baiana enferm. 2021;35:e39000. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39000>.
8. Pescarini JM, Teixeira CSS, Silva NB, Sanchez MN, Natividade MS, Rodrigues LC et al. Epidemiological characteristics and temporal trends of new leprosy cases in Brazil: 2006 to 2017. Cad. Saúde Pública. 2021;37(7): e00130020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00130020>.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. Brasília: 2019. [citado em 25 de set. de 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/estrategia-nacional-para-enfrentamento-da-hanseníase-2019-2022>

10. Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Estadual de Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. Belo Horizonte, UFMG; 2019. [citado em 02 fev. 2021]. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/jun-jul-ago/Plano%20Estadual%20versao%20definitiva%20julho%202019_02-07.pdf
11. Corrêa CM, Lanza FM, Carvalho APM, Lana FCF. Diálogos sobre a descentralização do programa de controle da hanseníase em município endêmico: uma avaliação participativa. *Esc. Anna. Nery* 2022;26:e20210114. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0114>.
12. Lanza FM, Cortez DN, Gontijo TL, Rodriguez JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):365-374. <https://doi.org/10.5902/217976925343>
13. Araújo KMFA, Gomes LCF, Lana FCF. Análise espacial do risco de adoecimento da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. *Rev baiana enferm*. 2020;34:e37902. Doi: <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.37902>.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2020. [Internet] [citado em 08 set. 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
15. Divinópolis, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Assistencial de hanseníase do município de Divinópolis/MG. Elaborado por: Joseane da Silva, Fernanda Moura Lanza, Rayssa Nogueira Rodrigues, Graciela Cristina da Silva, Mariana Leal Lima. Divinópolis, janeiro 2020, 79p.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional. Brasília; 2016. [citado em 17 set. 2020]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_._eliminacao_hansenias_._manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf
17. Bernardes Filho F, Silva CML, Voltan G, Leite MN, Rezende ALRA, Paula NA et al. Active search strategies, clinicoimmunobiological determinants and training for implementation research confirm hidden endemic leprosy in inner São Paulo, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(6): e0009495. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009495>.
18. Dharmawan Y, Fuady A, Korfage I, Richardus JH. Individual and community factors determining delayed leprosy case detection: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(8):e0009651. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009651>.
19. Laurindo CR, Vidal SL, Gama BMBM, Loures LF, Fernandes GAB, Coelho ACO. Trajectory of leprosy cases and related factors. *Cienc Cuid Saude* 2018;17(3):e42275. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i3.42275>
20. Lopes FC, Ramos ACV, Pascoal LM, Santos FS, Rolim ILTP, Serra MAAO et al. Hanseníase no contexto da Estratégia Saúde da Família em cenário endêmico do Maranhão: prevalência e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva* 2021;26(5). Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04032021>.
21. Lanza FM, Rodriguez RN, Silva J. Integração ensino-serviço para realização de educação permanente em ações de controle da hanseníase: relato de experiência. *HU Rev*. 2021; 47:1-6. Doi: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2021.v47.33963>.
22. Henry M, GalAn N, Teasdale K, Prado R, Amar H, Rays MS, et al. Factors Contributing to the Delay in Diagnosis and Continued Transmission of Leprosy in Brazil – An Explorative, Quantitative, Questionnaire Based Study. *PLoS Negl Trop Dis* 2016;10(3): e0004542. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004542>.
23. Silva CML, Bernardes Filho F, Voltan G, Santana JM, Leite MN, Lima FR, et al. Innovative tracking, active search and follow-up strategies for new leprosy cases in the female prison population. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(8): e0009716. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009716>.
24. Lima EO, Silva MRF, Marinho MNASB, Alencar OM, Pereira TM, Oliveira LC et al. Therapeutic itinerary of people with leprosy: paths, struggles, and challenges in the search for care. *Rev. Bras. Enferm*. 2021;74(1):e20200532. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0532>.
25. Carneiro DF, Silva MMB, Pinheiro M, Palmeira IP, Matos EVM, Ferreira AMR. Therapeutic itineraries in search of diagnosis and treatment of leprosy. *Rev. baiana enferm*. 2017; 31(2):e17541. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17541>
26. Macedo JB, Macedo DB, Ferreira AF, Macedo GB, Bortoleto CS, Santos L et al. Hanseníase: determinantes sociais e análise espacial de casos em município hiperendêmico. *RSD* 2020;9(10):e5569109010-e5569109010. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9010>
27. Brasil, Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa acometida pela hanseníase. Brasília, 2020. [citado em 08 dez. 2021]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2021/67495/caderneta_curvas_2021_com_capa_1.pdf
28. Niitsuma ENA, Bueno IC, Arantes EO, Carvalho APM, Xavier Júnior GF, Fernandes GR et al. Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. *Rev. bras. epidemiol*. 2021;24:e210039. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210039>.
29. Silva AVFG, Barbosa SP, Lanza FM, Amorim MMA, Máximo EAL. The covid-19 in the Primary Health Care Context. *RSD* 2021;10(3):e49010313602. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13602>.

Contribuição dos autores:

- Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados. (Lanza FM, Amorim KJ, Guarda KSG, Silva L, Silva J, Vidal SL, Vieira NF, Rodrigues RN)
- Participação na redação da versão preliminar. (Lanza FM, Amorim KJ, Guarda KSG, Silva L, Silva J, Vidal SL, Vieira NF, Rodrigues RN)
- Participação na revisão e aprovação da versão final. (Lanza FM, Amorim KJ, Guarda KSG, Silva L, Silva J, Vidal SL, Vieira NF, Rodrigues RN)
- Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo. (Lanza FM, Amorim KJ, Guarda KSG, Silva L, Silva J, Vidal SL, Vieira NF, Rodrigues RN)

Financiamento: Próprio.

Autor Correspondente:
Fernanda Moura Lanza
fernandalanza@ufsj.edu.br

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 22/12/2021
Aprovado: 11/04/2022
