

# INCIDÊNCIA E PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO BRASIL

**Ana Kelly da Silva Oliveira**

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste – FPO, kellybbn@hotmail.com

**Francisca de Fátima dos Santos Freire**

Mestre em Ensino na Saúde-UECE, Doutoranda em Ciências da Saúde- FMABC, Sstelfreire@hotmail.com

**Maria Railisse Freitas do Nascimento**

Enfermeira graduada pela Faculdade Mauricio de Nassau de Teresina-PI, Raylissefreitas94@hotmail.com

## RESUMO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa e granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae*. É um importante problema de saúde pública no Brasil e em alguns países do mundo, ocasionando incapacidades e deformidades. Neste cenário surge redução da capacidade de trabalho, limitação da vida social, perda da sensibilidade e problemas psicológicos, os quais podem repercutir por toda a vida do portador. A partir dessa realidade, o presente artigo tem como objetivo identificar a incidência de hanseníase no Brasil em 2015 por meio da coleta de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN, bem como traçar o perfil clínico-epidemiológico da doença, através da descrição de sua ocorrência segundo sexo, faixa etária, escolaridade, formas clínicas, classificação e esquema de tratamento implementado. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado através do levantamento de dados referentes à hanseníase no ano de 2015 na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível para livre acesso no portal *sinanweb*. A incidência de hanseníase no país foi de aproximadamente 15 casos para cada 100 mil pessoas. Nos últimos dez anos se observou a redução de 49.038 casos notificados no SINAN em 2005 para 30.361 casos em 2015, isso corresponde a uma redução de aproximadamente 38%, entretanto a incidência ainda é de 15 casos para cada 100 mil pessoas, nível ainda muito alto. Ao final do estudo pode-se concluir que a maior incidência de hanseníase no Brasil ocorreu em estados pertencentes às regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país, enquanto Estados das regiões Sul e Sudeste estão mais próximos de alcançar a meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública.

**Palavra-chave:** Cuidados de Enfermagem. Doenças Transmissíveis. Hanseníase. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

Leprosy is an infectious and granulomatous disease caused by the *Mycobacterium leprae*. It is a serious public health problem in Brazil and in a few other countries, causing incapacities and deformities. In this context, emerges the reduction of work capacity, limitation of social life, sensitivity loss and psychological problems, which may last the carrier's entire life. From this reality, this article aims to identify the incidence of leprosy in Brazil in 2015

through a data gathering in the SINAN platform, available for free in the *sinanweb*. The leprosy incidence was around 15 cases out of 100 thousand people. In the past 10 years, we observed the reduction from 49.038 cases reported on SINAN in 2005 to 30.361 cases in 2015, corresponding to approximately 38%. However, the incidence is still 15 cases out of 100 thousand people, which is a very high level. At the end of this research, it was concluded that the greatest incidence of leprosy in Brazil happened in the states located in the Center West, North and Northeast of the country, meanwhile, the states located in the South and Southeast regions are closer to reaching the goal of completely eliminating the disease of the public health problems list.

**Keywords:** Nurse care. Infectious disease. Leprosy. Collective health.

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é um agravo conhecido desde os tempos bíblicos, naquela época era vulgarmente designada de lepra. O desconhecimento, bem como as mutilações resultantes da patologia geravam medo, preconceito e rejeição de seu portador. Sua história é conhecida e repercute até os dias de hoje na mente de muitas pessoas, favorecendo o seu estigma e outras repercussões desfavoráveis. Como resultado, em 1995 o Governo Brasileiro determinou a mudança para o termo “hanseníase” mediante a criação da Lei 9.010 (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

Trata-se de uma doença infectocontagiosa e granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae*. É um importante problema de saúde pública no Brasil e em alguns países do mundo, devido à incapacidade física que pode provocar. Além disso, infelizmente, os pacientes acometidos ainda são alvos de discriminação e preconceito até os dias de hoje (TAVARES; MARINHO, 2012).

As incapacidades e deformidades deixadas pela patologia podem levar a problemas como: redução da capacidade de trabalho, limitação da vida social, perda da sensibilidade e problemas psicológicos, os quais podem repercutir por toda a vida do portador (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

Embora tenha havido uma redução nas taxas de prevalência e incidência da hanseníase nos últimos anos, seu índice de detecção ainda se mostra elevado em diferentes áreas do mundo, inclusive no Brasil, prejudicando desta forma, o alcance da meta da Organização Mundial da

Saúde (OMS), que é a ocorrência de um caso para cada dez mil habitantes (XIMENES NETO et al., 2013).

Ainda hoje, o Brasil ocupa o segundo lugar em números absolutos de casos, entre os países endêmicos das Américas, gerando inúmeros prejuízos econômicos e biopsicossiais. Isso se deve em partes ao baixo nível de informação da população, considerando que a doença quando diagnosticada de forma precoce possui tratamento e cura (VIEIRA et al., 2014).

Lautner (2014) salienta que a busca ativa, o diagnóstico precoce e a notificação de novos casos, são intervenções que ajudam na prevenção. A hanseníase, assim como outras patologias, é classificada como um agravo de notificação compulsória, desta forma, é indispensável a notificação de sua ocorrência, para que medidas de controle e vigilância epidemiológica sejam aplicadas.

Por se tratar de um agravo de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória é realizado o preenchimento da ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Desta forma a relevância deste estudo se deve à necessidade de conhecer a situação vigente de hanseníase no país nos últimos anos, bem como o conhecimento do seu alto poder incapacitante e a incidência da doença na população, uma vez que esse conhecimento pode contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, para que o planejamento e controle sejam avaliados continuamente. Impacta também no espaço social do usuário do SUS, entendendo o significado da doença na vida do indivíduo, na sociedade e no meio ambiente.

Tendo como base o exposto, a presente pesquisa buscou determinar a incidência de hanseníase no Brasil em 2015 por meio da coleta de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN, bem como traçar o perfil clínico-epidemiológico da doença, através da descrição de sua ocorrência segundo sexo, faixa etária, escolaridade, formas clínicas, classificação e esquema de tratamento implementado.

## 2 METODOLOGIA

Este trabalho se trata de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado através do levantamento de dados referentes à hanseníase no ano de 2015 na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível para livre acesso no portal *sinanweb*. A coleta ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2016.

O aplicativo TabNet é uma ferramenta presente no portal *sinanweb* que permite gerar tabelas epidemiológicas sobre um agravo de notificação em determinado período. O mesmo foi utilizado nesta pesquisa para coleta dos casos já confirmados de hanseníase notificados no SINAN, cujo diagnóstico se deu no mesmo ano. Utilizando-se do TabNet foram filtrados os casos de acordo com o Estado de residência, sexo, faixa etária, cor, escolaridade, forma clínica de apresentação, classificação operacional e esquema de tratamento implementado.

Os dados coletados foram processados utilizando o software Microsoft Office Excel 2010 e analisados de forma descritiva através da leitura de percentuais. A taxa de incidência foi apresentada como o número de casos novos por 100 mil habitantes e calculada de acordo com a fórmula:  $(n^{\circ} \text{ de casos novos} \times 100.000) / \text{população}$ .

Para o cálculo da taxa de incidência levou-se em consideração o número de casos novos de hanseníase notificados no SINAN referentes ao ano de 2015. O tamanho da população considerado foi o valor estimado para o país e para cada estado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no respectivo ano.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, foram notificados 30.361 casos novos de hanseníase no ano de 2015, entretanto, no referido ano foram encontrados um total de 35.675 casos já existentes. Essa diferença é devida a inclusão de casos que recidivaram, casos transferidos do mesmo município, de outro município (do mesmo estado), de outro estado ou até de outro país; também inclui os casos ignorados ou brancos no momento da notificação e outras formas de ingresso.

A incidência de hanseníase no país foi de aproximadamente 15 casos para cada 100 mil pessoas. A **tabela 1** mostra a distribuição do número de casos novos e a incidência de hanseníase no Brasil e nos Estados.

| Estado<br>(sigla) | Nº de<br>Casos | Inci<br>dência | Estado<br>(sigla) | Nº de<br>Casos | Inci<br>dência |
|-------------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| AC                | 140            | 17,7           | RN                | 268            | 7,9            |
| AM                | 571            | 14,7           | SE                | 401            | 18,1           |
| AP                | 145            | 19,3           | ES                | 615            | 15,8           |
| PA                | 3.312          | 41,0           | MG                | 1.175          | 5,7            |
| RO                | 715            | 40,9           | RJ                | 1.171          | 7,1            |
| RR                | 81             | 16,3           | SP                | 1.401          | 3,2            |
| TO                | 1.024          | 68,4           | PR                | 731            | 6,6            |
| AL                | 323            | 9,7            | RS                | 139            | 2,1            |
| BA                | 2.541          | 16,8           | SC                | 149            | 1,3            |
| CE                | 2.006          | 22,7           | DF                | 350            | 12,3           |
| MA                | 3.451          | 50,4           | GO                | 1.890          | 29,0           |
| PB                | 573            | 14,5           | MS                | 1.037          | 39,6           |
| PE                | 2.516          | 27,1           | MT                | 2.638          | 81,8           |
| PI                | 998            | 31,2           | <b>BRASIL</b>     | <b>30.361</b>  | <b>15,0</b>    |

**Tabela 1. Número de casos novos notificados e incidência (por 100 mil habitantes) de hanseníase no Brasil e por Estado em 2015. Teresina-PI, 2016.**

Fonte: SINAN.

Observa-se com esse resultado uma queda na ocorrência dos casos nos últimos anos, comparado a um estudo realizado por Magalhães e Rojas (2007), onde foram notificados 47 026 casos novos de hanseníase representando uma taxa de detecção de 2,69 para cada 10.000 habitantes. Nesse mesmo estudo o coeficiente de detecção por macrorregiões mudou de forma significativa, representando a ocorrência de 7, 73 para cada 10.000 habitantes na região Norte; 6, 61/10.000 no Centro-Oeste; 3, 23/10.000 no Nordeste; 1, 46/10.000 no Sudeste e 0,75/10.000 habitantes na região Sul do país.

Mesmo com a redução de novas ocorrências, ainda há muito o que se fazer para obter a meta de eliminação total da doença. Maiores medidas preventivas devem ser empregadas, bem como tratamentos eficazes que minimizem a ocorrência de recidivas e que melhorem a adesão dos pacientes ao tratamento.

A partir da coleta de dados constatou-se que o Estado com maior número de casos notificados foi o Maranhão com 3.451, seguido pelo Pará com 3.312 casos, no entanto, as maiores incidências são encontradas no Mato Grosso e Tocantins com cerca de 82 e 64 casos para cada 100 mil pessoas, respectivamente. Roraima é o Estado com menor número de casos, apenas 81 notificações, enquanto Santa Catarina com aproximadamente 1 caso para cada 100mil habitantes possui a menor incidência.

Passos et al., (2016) em seu estudo também mostram uma elevada notificação de casos de hanseníase no Estado do Maranhão, onde no ano de 2005 observou-se uma taxa de 78, 8 a 90,7 casos para cada 100.000 habitantes, número que reduziu no ano de 2011 chegando a 57,9/100.000. Nesse estudo os autores afirmam que o Estado do Maranhão mostra números decrescentes de notificações. Entretanto, a doença ainda configura-se como um grande problema de saúde pública para a população maranhense, devido provavelmente a fatores físicos, geográficos e político-administrativos.

Para Magalhães e Rojas (2007) as desigualdades regionais do desenvolvimento econômico e social no Brasil têm caráter histórico na ocorrência de casos de hanseníase. As Regiões Sudeste e Sul localizam-se no extremo favorável do País e o Nordeste, a exemplo do Maranhão, onde foi identificado a maioria dos casos, localiza-se no eixo mais desfavorável. As Regiões Norte e Centro-Oeste encontram-se geralmente atrasadas e têm sido objeto, principalmente a partir da década de 60, de ações de desenvolvimento e políticas públicas de saúde.

Quanto as altas incidências identificadas no Estado do Mato Grosso um estudo realizado por Carloni (2015) evidencia uma ocorrência de 80, 6 novos da doença em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da capital de Cuiabá, esse estudo não abrangeu todos os casos que foram notificados.

No que se refere a faixa etária, de acordo com os dados obtidos, a faixa de idade em que se concentra a maioria dos casos notificados de hanseníase se situa na idade adulta entre os 40 e 64 anos, onde ocorreram 19.945 casos (65,7%). Os idosos, com 65 anos ou mais, foram outro grupo que concentrou um número significativo de casos (19,7%). Entre as crianças (1-9 anos) ocorreram 0,3% dos casos, entre os adolescentes (10-19 anos) 7,3% e entre os adultos jovens (20-39 anos) ocorreram 4,8%. Ainda 4,8% dos casos tiveram idade ignorada ou em branco.

Um estudo realizado em Uberaba-MG com 455 participantes também evidenciou uma ocorrência maior de casos em indivíduos na idade adulta entre 35 e 49 anos, correspondendo a 143 casos 48% no sexo feminino e 52% no sexo masculino. Na faixa entre 50 e 64 anos observou-se no mesmo estudo uma ocorrência de 128 casos dos 455 estados, já entre a população de 65 a 79 anos o valor encontrado correspondeu a 56 casos (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). Outra pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro mostra uma ocorrência de (53,3) casos na faixa etária entre 13 e 49 anos (BATISTA et al.,2011).

A alta incidência de hanseníase na população adulta, em comparação com a incidência entre crianças e adolescentes, ocorre devido ao longo período de incubação do Bacilo de Koch, que varia de 2 a 7 anos (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014). Além disso, os adultos representam uma parcela da população que é economicamente ativa e com isso traz perdas econômicas e sociais, afetando a capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos (BARBOSA; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Quanto a etnia o maior número de casos de hanseníase notificados ocorreu em indivíduos de pele parda (57,1%), em seguida branca (25,8%), negra (12,3%), amarela (0,8%) e indígena (0,4%). Em 3,7% dos casos a cor foi ignorada.

Miranzi; Pereira e Nunes (2010) em seu estudo também mostram que quanto a raça/cor, os participantes pardos representaram a maioria (33,4%) dos casos, os brancos corresponderam a 29,8% e com negra se apresentou (8,5%) dos casos, por outro lado, Ferreira; Ignotti e Gamba (2007) em pesquisa realizada em municípios do Mato Grosso do Sul defendem que a cor parda é um fator de proteção à recidiva da hanseníase.

Discordando esses estudos Júnior; Vieira e Caldeira (2012) em pesquisa mostram uma ocorrência maior do agravo na população de cor preta com 163 casos (25,0%) no sexo masculino e 149 (22,7%) no sexo feminino.

A relação da doença com a etnia reflete um processo histórico da colonização, mistura de raças, migração e organização espacial no espaço urbano. O fenômeno de urbanização da hanseníase no país tem aumentado com o passar dos anos, principalmente em virtude das condições precárias de vida e a dificuldade de acesso aos serviços públicos. Esses fatores se associam no ambiente urbano, tornando-o fragmentado devido a alta massa populacional e

instabilidade socioeconômica levando a um aumento na ocorrência de agravos a saúde e até mesmo a morte (BARBOSA; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Schlickman e Guerino (2012) afirmam que as raças amarela e indígena mesmo apresentando resultados pouco significativos, podem se tornar preocupantes por residirem em localidades isoladas. O risco de contaminar uma comunidade inteira, mesmo em pequeno número, pode gerar consequências graves para o controle da doença. Como exemplo citam os indígenas, que além de suas características culturais diferentes, tem pouco acesso aos serviços de saúde, em virtude da distância para o deslocamento até a zona urbana, podendo resultar em um retardo no diagnóstico da doença.

Quanto à escolaridade dos pacientes, constatou-se que a maioria dos casos de hanseníase ocorreu em indivíduos que possuem ensino fundamental incompleto (39,4%) dos casos, seguidos por indivíduos analfabetos (17,0%), fundamental completo (16,0%), médio incompleto (5,4%), médio completo (6,1%), educação superior incompleta (11,7%) e educação superior completa (1,3%). A **tabela 2** mostra a ocorrência de hanseníase segundo a escolaridade.

| <b>Escolaridade</b>           | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|----------|----------|
| Analfabetos                   | 5.158    | 17,0     |
| Ensino Fundamental incompleto | 11.973   | 39,4     |
| Ensino Fundamental completo   | 4.847    | 16,0     |
| Ensino médio incompleto       | 1.643    | 5,4      |
| Ensino médio completo         | 1.866    | 6,1      |
| Educação superior incompleta  | 3.556    | 11,7     |
| Educação superior completa    | 382      | 1,3      |
| Não se aplica                 | 734      | 2,4      |
| Ignorada                      | 238      | 0,8      |

**Tabela 2. Número de casos novos notificados de hanseníase em 2015 por escolaridade. Teresina-PI, 2016.**

Fonte: SINAN.

Há uma relação existente entre o baixo grau de escolaridade e a hanseníase, uma vez que a falta de informação influencia na transmissão do agente infeccioso e no aumento da doença nas populações, além disso, colabora para não adesão ao tratamento medicamentoso.

Barbosa; Almeida e Santos (2014) em pesquisa apontam que a maior ocorrência da doença foi observada em indivíduos que cursaram da 1ª a 4ª série incompletas (23,33%) e entre o 5º e 8º ano incompletos a ocorrência foi de (23,22%), já os analfabetos corresponderam a (20,0%), os que haviam concluído o ensino fundamental corresponderam a (2,73%), os tinham ensino médio incompleto ou completo corresponderam a (15,09%), aqueles que possuíam educação superior incompleta correspondiam a (0,37%) e (2,43%) dos tinha concluído o ensino superior.

A situação de baixa escolaridade evidenciada nesta pesquisa reforça a ideia de Brito et al., (2014) que o cenário socioeconômico também se apresenta enfraquecido, colaborando para a condição de vulnerabilidade social a diversas doenças como o mal de Hansen.

No que se refere a forma clínica da hanseníase, a mais comum foi a dimorfa, sendo encontrada em aproximadamente 40% dos casos notificados. As formas clínicas indeterminada e virchowiana tiveram frequência semelhante, correspondendo a cerca de 16% dos casos cada uma. A forma tuberculoide ocorreu em 18% dos casos notificados. Ressalta-se que em 5,3% dos casos a forma clínica não foi classificada e em 3,7% dos casos este item foi ignorado ou deixado em branco durante o processo de notificação.

Em uma outra pesquisa realizada com 78 pacientes em Caxias, também houve predomínio da forma dimorfa (30,8%), seguida pela virchowiana (25,6%) e tuberculóide (19,2%) (LIMA et al., 2009).

O estudo de Miranzi; Pereira e Nunes (2010) também corroborou com a presente pesquisa, evidenciando uma maior ocorrência da forma dimorfa (69,1%), seguida pela virchowiana (17,1%), a forma tuberculoide e indeterminada apresentaram valor insignificantes.

De acordo com o sexo, o masculino foi o mais acometido pela hanseníase de uma forma geral, sendo notificados 16.576 casos (54,6%). Consequentemente, foram notificados 13.004 casos de hanseníase no sexo feminino (45,4%). Houveram 2 casos cujo sexo foi ignorado. A

pesquisa de Lima et al. (2009) discorda do resultado encontrado neste estudo mostrando que a hanseníase foi detectada principalmente no sexo feminino (44,9%), já o sexo oposto só representou (55,1%).

Romão e Mazzoni (2013) defendem que a maior incidência de casos de hanseníase no sexo masculino como constatada neste estudo, pode ser resultado da soma de diversos fatores, como: menor acesso aos serviços de saúde por parte do público masculino, maior direcionamento de programas voltados para a população feminina e menor preocupação dos homens em relação à saúde e a estética, o que pode de certa forma retardar o diagnóstico da doença.

Já em relação a divisão entre as formas paucibacilares (indeterminada e tuberculoide) observou-se uma maior ocorrência no sexo feminino, em ambas do número total de casos aproximadamente 58% ocorreram neste sexo. Por sua vez, as formas multibacilares (dimorfa e virchowiana) ocorreram com maior frequência no sexo masculino, destaque para a forma virchowiana, em que o sexo masculino foi acometido em cerca de 72% dos casos.

Os casos MB constituem a fonte mais comum de transmissão da doença, pois apresentam acentuada carga bacilar na derme e em mucosas e podem eliminar bacilos no meio externo. Tais casos ganham maior importância pela gravidade quando diagnosticados tardiamente, o que acontece com maior frequência nos homens devido à falta de procura de assistência. A ocorrência do predomínio da classificação operacional multibacilar sugere a ideia de que os programas atuais de combate à hanseníase estejam trabalhando de maneira estática, com uma demanda passiva de pacientes já antigos (LIMA et al., 2009).

Com relação à classificação operacional, 34% dos casos notificados foram considerados paucibacilares (PB) e os restantes 66% considerados multibacilares (MB). Dois casos notificados tiveram classificação operacional ignorada. É natural que a classificação operacional seja o reflexo da ocorrência das formas paucibacilares, indeterminada e tuberculoide, e das formas multibacilares, dimorfa e virchowiana.

A pesquisa de Vieira et al., (2014) concorda com a presente pesquisa, onde também foi observado uma predominância de casos multibacilares (61,7%) contra (38,2%) casos paucibacilares. Já em pesquisa realizada em Teresina-PI entre os anos de 2001 e 2008

observou-se uma ocorrência maior de casos paucibacilares (62,05%) e multibacilares (37,86%) casos (PEREIRA et al., 2011).

À medida que se obtém mais casos MB, pode-se pensar em aumento da endemia, quando os indivíduos mais vulneráveis são afetados e também na existência de um sistema de atendimento primário e epidemiológico precários facilitando desta forma a perpetuação da doença. Pacientes diagnosticados com hanseníase PB mostram pouco comprometimento da qualidade de vida. Isto leva a concluir que, quanto mais precoce é o diagnóstico e o tratamento, menor é o acometimento da qualidade de vida (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

Para o Ministério da Saúde, os pacientes multibacilares sem tratamento, seja de hanseníase virchowiana ou dimorfa, podem eliminar uma grande quantidade de bacilos para o meio exterior, numa carga de cerca de 10 milhões de bacilos presentes na mucosa nasal, o que permite uma maior disseminação do bacilo, principalmente em comunidades com precárias condições socioeconômicas e sanitárias (XIMENES NETO et al., 2013).

Entretanto, ao se analisar detalhadamente o esquema terapêutico implementado, conforme a tabela 3, observa-se que formas teoricamente paucibacilares receberam o esquema terapêutico multibacilar de 12 doses. Supostamente, isso acontece porque o paciente mesmo sendo acometido por uma forma dita paucibacilar, pode apresentar cinco ou mais lesões cutâneas e/ou mais de um tronco nervoso acometido e/ou tem baciloscopia positiva, sendo que na ocorrência de uma dessas situações o tratamento obrigatoriamente deve ser com esquema multibacilar de 12 doses. O raciocínio inverso também é válido.

Na **tabela 3** foram excluídos os casos em que o esquema terapêutico implementado foi alternativo, o que ocorreu em 133 casos (0,4%).

| Esquema |               | Paucibacilar (6 doses) |      | Multibacilar (12 doses) |      | Total |
|---------|---------------|------------------------|------|-------------------------|------|-------|
| Forma   |               | n                      | %    | n                       | %    |       |
| Clínica |               |                        |      |                         |      |       |
| a       | Indeterminada | 4.23                   | 87,7 | 596                     | 12,3 | 4.830 |
|         | Tuberculoide  | 4.86                   | 89,1 | 592                     | 10,9 | 5.452 |

|              |     |      |   |       |      |        |
|--------------|-----|------|---|-------|------|--------|
| Dimorfa      | 220 | 1,8  | 2 | 12,06 | 98,2 | 12.282 |
| Virchowiana  | 34  | 0,7  |   | 4.837 | 99,3 | 4.871  |
| Não          | 509 | 31,6 |   | 1.103 | 68,4 | 1.612  |
| Classificada |     |      |   |       |      |        |
| Ignorada/Bra | 419 | 37,0 |   | 713   | 63,0 | 1.132  |
| nco          |     |      |   |       |      |        |

**Tabela 3. Esquema terapêutico implementado de acordo com a forma clínica de hanseníase em 2015. Teresina-PI, 2016.**

Fonte: SINAN.

Nos últimos dez anos se observou a redução de 49.038 casos notificados no SINAN em 2005 para 30.361 casos em 2015, isso corresponde a uma redução de aproximadamente 38%, entretanto a incidência ainda é de 15 casos para cada 100 mil pessoas, nível ainda muito alto. As regiões norte e nordeste concentram mais de 60% dos casos e mais de 85% desses ocorrem a partir dos 40 anos.

Embora tenha ocorrido uma redução da hanseníase nas últimas décadas através de políticas e ações estratégicas-diagnósticas, a doença ainda mostra números significativos em alguns lugares do país, contudo, com o acompanhamento do tratamento, vigilância epidemiológica eficiente, principalmente pela busca ativa e avaliação dos contatos, visitas aos lares das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atenção interdisciplinar, a meta da OMS para eliminação da doença está mais próxima de ser alcançada.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo conclui-se que a maior incidência de hanseníase no Brasil ocorreu em estados pertencentes às regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste do país, enquanto estados das regiões sul e sudeste estão mais próximos de alcançar a meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública.

Ao se analisar a proposta do trabalho verifica-se que o perfil dos pacientes acometidos pelo agravo é condizente com a literatura estudada, onde a doença se manifestou em maior proporção em indivíduos na idade adulta, no sexo masculino, de cor parda e com baixa instrução e condições socioeconômicas.

Considera-se importante a definição epidemiológica da hanseníase em todos os seus diferentes aspectos, objetivando-se aumentar o monitoramento, a identificação da tendência e gravidade da doença, observação dos grupos mais afetados, fortalecimento da vigilância epidemiológica e também como indicador da eficácia dos programas de ação e controle atualmente em atividade.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, D.R.M; ALMEIDA, M.G; SANTOS, A.G. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Rev. de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 47, n. 4, p. 347-356, 2014.

BATISTA, E.S et al. Perfil sóciodemográfico e clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 2, p. 101-106, 2011.

BRITO, K.K.G et al. Epidemiologia da Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Rev. de Enfermagem da UFPE online**, v. 8, n. 8, p. 2686-93, 2014;

CARLONI, M.E.O.G. Aspectos sociodemográficos e epidemiológicos dos casos de hanseníase em uma área endêmica: conhecimentos e experiências de cirurgiões-dentistas. SP, 2015. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, p. 65, 2015.

FERREIRA, S.M.B; IGNOTTI, E; GAMBA, M.A. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. **Rev. de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 756-764, 2011.

JÚNIOR, A.F.R; VIEIRA, M.P; CALDEIRA, A.P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev. Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 4, p. 272-277, 2012;

LAUTNER, M.A.F.A. Percepções sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase: utilização de inquérito domiciliar em uma área endêmica de Minas Gerais. MG, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p. 104, 2014.

LIMA, L.S et al. Caracterização clínica- epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias. **Rev. Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, n. 2, p. 74-83, 2009;

MAGALHÃES, M.C.C; ROJAS, L.I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007.

MIRANZI, S.S.C; PEREIRA, L.H.M.P; NUNES, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.

OLIVEIRA, J. C. F; LEÃO, A.M.M; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Rev. de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 6, p. 815-821, 2014.

PASSOS, C.E.C et al. Hanseníase no Estado do Maranhão: análise das estratégias de controle os impactos dos indicadores epidemiológicos. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 12, n. 22, p. 88-100, 2016.

PEREIRA, E.V.E et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 2, p. 235-240 2011.

ROMÃO, R.E; MAZZONI, A.M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev. de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013;

SCHLICKMAN, E.E.D; GUERINO, M.R. Relação entre o número de casos de hanseníase e o número de unidades básicas na cidade de Primavera do Leste-MT, Brasil. **Rev. Instituto de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 150-155, 2012;

TAVARES, W; MARINHO L.A.C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infeciosas e Parasitárias**. São Paulo: Atheneu, 450 p. 2012.

VIEIRA, G.D et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 269-275, 2014.

XIMENES NETO, F.R.G et al. Epidemiologia da Hanseníase no Município de Cariré- Ceará, 2001 a 2010. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 829-42, 2013.