

Enferm Bras. 2023;22(1):6-19

doi: [10.33233/eb.v22i1.5374](https://doi.org/10.33233/eb.v22i1.5374)

ARTIGO ORIGINAL

Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Coroatá/MA

Fabiane Melquiades Matos¹, Maurienne Araújo Pereira², Adrielly Haiany Coimbra Feitosa³, Luzia Helena Silva Chaves Viana⁴, Márcia Daiane Ferreira da Silva¹, Kezia Cristina Batista dos Santos¹

¹Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), São Luiz, MA, Brasil

²Secretaria Municipal de Saúde de Paço do Lumiar, Paço do Lumiar, MA, Brasil

³Hospital Macrorregional Tomás Martins, Santa Inês, MA, Brasil

⁴Docente do Centro Universitário UNIPLAN, Brasília, DF, Brasil

Recebido em: 30 de dezembro de 2022; Aceito em: 8 de fevereiro de 2023.

Correspondência: Kezia Cristina Batista dos Santos

e-mail: kezia_cristinabs@hotmail.com

Como citar

Matos FM, Pereira MA, Feitosa AHC, Viana LHSC, Silva MDF, Santos KCB. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Coroatá/MA. *Enferm Bras.* 2023;22(1):6-19 doi: [10.33233/eb.v22i1.5374](https://doi.org/10.33233/eb.v22i1.5374)

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníases no município de Coroatá, Maranhão. **Métodos:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo e quantitativo. Utilizaram-se dados de pacientes com hanseníase, referentes ao período de 2012 a 2021, obtidos a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** No período analisado, notificaram-se 646 casos de hanseníase. Observou-se maior frequência no sexo masculino (56,7%) e na faixa etária de 15-59 anos (60,1%). Quanto aos aspectos clínicos, 56,3% eram da forma dimorfa, 74,9% classificados como multibacilar e 60,1% sem incapacidades físicas. Apresentaram algum grau de incapacidade 226 casos (34,9%). O diagnóstico da hanseníase ainda é realizado tardiamente devido à detecção da classificação multibacilar e forma clínica dimorfa, além da presença de incapacidade física no

momento do diagnóstico. *Conclusão:* Os resultados demonstraram que a hanseníase continua sendo um grave problema de saúde pública no município necessitando de implementação de políticas públicas que impactem diretamente nos indicadores para redução da doença.

Palavras-chave: hanseníase; perfil de saúde; saúde pública.

Abstract

Clinical-epidemiological profile of leprosy in the city of Coroatá/MA

Objective: To characterize the clinical-epidemiological profile of leprosy cases in the city of Coroatá, Maranhão. *Methods:* Epidemiological, retrospective, descriptive and quantitative study. Data from patients with leprosy were used, referring to the period from 2012 to 2021, obtained from the database of the Notifiable Diseases Information System, made available by the Department of Informatics of the Unified Health System. *Results:* In the analyzed period, 646 cases of leprosy were reported. The frequency was higher in males (56.7%) and in the 15-59 age group (60.1%). As for clinical aspects, 56.3% were borderline, 74.9% classified as multibacillary and 60.1% without physical disabilities. 226 cases (34.9%) presented some degree of disability. The diagnosis of leprosy is still carried out late due to the detection of the multibacillary classification and borderline clinical form, in addition to the presence of physical disability at the time of diagnosis. *Conclusion:* The results showed that leprosy remains a serious public health problem in the municipality, requiring the implementation of public policies that directly impact the indicators for reducing the disease.

Keywords: leprosy; health profile; public health.

Resumen

Perfil clínico-epidemiológico de la lepra en la ciudad de Coroatá/MA

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de los casos de lepra en la ciudad de Coroatá, Maranhão. *Métodos:* Estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo y cuantitativo. Se utilizaron datos de pacientes con lepra, referentes al período de 2012 a 2021, obtenidos de la base de datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria, puesta a disposición por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. *Resultados:* En el período analizado fueron notificados 646 casos de lepra. Hubo una mayor frecuencia en el sexo masculino (56,7%) y en el grupo de edad de 15 a 59 años (60,1%). En cuanto a los aspectos clínicos, el 56,3% eran limitrofes, el 74,9% clasificados como multibacilares y el 60,1% sin discapacidades físicas. 226 casos (34,9%) presentaron algún grado de discapacidad. El diagnóstico de lepra aún se realiza de forma tardía debido a la detección de la clasificación multibacilar

y forma clínica borderline, además de la presencia de discapacidad física al momento del diagnóstico. *Conclusión:* Los resultados mostraron que la lepra sigue siendo un grave problema de salud pública en el municipio, lo que requiere la implementación de políticas públicas que impacten directamente en los indicadores para la reducción de la enfermedad.

Palabras-clave: lepra; perfil de salud; salud pública.

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se manifesta de forma lenta, por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Infecta os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos, podendo causar incapacidades físicas e deformidades [1].

A transmissão ocorre pelas vias aéreas superiores e por contato próximo e prolongado entre pessoas contaminadas e pessoas suscetíveis. O bacilo é eliminado no ar por gotículas de saliva, tosse e espirro, no entanto, com o início do tratamento a transmissão é interrompida. A hanseníase tem um longo período de incubação geralmente de dois a sete anos, antes do aparecimento dos sintomas. Acomete pessoas de ambos os sexos, idade e classe social [2].

O diagnóstico é clínico, com base na história epidemiológica do paciente. Realiza-se o exame físico geral e dermatoneurológico para identificação de lesões com perda de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, assim como palpação dos nervos periféricos e comprometimento das suas funções. Exames laboratoriais como a baciloscopia de raspado intradérmico ou histopatológica cutânea ou de nervo periférico sensitivo e exames eletrofisiológicos são usados para identificar comprometimento cutâneo e neural, e identificar diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas [3].

No Brasil, a classificação dos casos de hanseníase baseia-se na Classificação Internacional de Madrid (1953), que considera como formas clínicas a Hanseníase Indeterminada (I), a Tuberculoide (T), a Dimorfa (D) e a Virchowiana (V). Para fins de tratamento, estas são agrupadas em Paucibacilares – PB (I e T) e Multibacilares – MB (D e V) [4].

Após a confirmação da doença, o tratamento é iniciado através de poliquimioterapia (PQT), que consiste na associação de medicamentos como Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Deve-se iniciar o tratamento medicamentoso a partir da primeira consulta. O diagnóstico precoce é um fator determinante para o controle e a eliminação do bacilo de Hansen [5].

Em 2020 foram reportados à Organização Mundial da Saúde (OMS) 127.396 casos novos da doença no mundo. Brasil, Índia e Indonésia reportaram mais de 10.000 casos, correspondendo a 74% dos casos detectados em 2020. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 17.979 casos o que corresponde a 93,6% de casos novos da doença. O país ocupa o segundo lugar entre aqueles com maior número de casos de hanseníase no mundo, ficando atrás, apenas da Índia, em números absolutos [6].

No estado do Maranhão, entre os anos de 2018 e 2020, foram notificados 10.776 casos, com média de 3.592 casos/ano. No ano de 2018, 4.195 casos foram registrados em oposição a 2020, que teve uma baixa nos casos notificados com 2.316 casos, sendo o menor número registrado nos últimos 3 anos [7]. Em 2021 o estado registrou a primeira posição em número de casos em menores de 15 anos, com 126 casos, um indicador importante, que mostra a transmissibilidade ativa da hanseníase em ambiente familiar [6].

O programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) foi desenvolvido em 1976, com o objetivo de controlar a hanseníase no país, por meio de ações para orientar as práticas de promoção da saúde, aumentar as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, orientar os profissionais de saúde com alvo na educação permanente e a assistência integral aos portadores da doença. Essas ações foram remanejadas para a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e coordenadas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), a fim de facilitar o acesso da população aos serviços [8].

O enfermeiro tem um papel importante no desenvolvimento das ações de controle realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS). Por meio da consulta de enfermagem é realizado o histórico de saúde, exame físico, suspeição diagnóstica, prescrição e evolução de enfermagem. Além de auxiliar o doente durante todo o tratamento medicamentoso e auxiliar no fator psicológico, ajudando na superação do preconceito e discriminação ocasionados pela doença [9].

Como exposto, a hanseníase é uma doença com alta infectividade e baixa patogenicidade, considerada silenciosa e com grande número de infectados subnotificados na comunidade, capaz de causar danos físicos, neurológicos e sociais aos indivíduos. Neste sentido, conhecer o perfil epidemiológico da hanseníase pode auxiliar na compreensão do problema e na elaboração de políticas públicas municipais para enfrentamento da doença. Assim, objetivou-se com este estudo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníases no município de Coroatá, Maranhão.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e quantitativo.

Foram utilizados dados de pacientes com hanseníase, referentes ao período de 2012 a 2021, obtidos a partir da Ficha de Notificação Individual de Hanseníase contida na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde, via aplicativo Tabnet, disponível no endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br>.

A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2022, a partir de formulário próprio, elaborado pelos pesquisadores contendo questões fechadas relacionadas às variáveis de interesse do estudo.

Foram considerados como critérios de inclusão: todos os casos de hanseníase diagnosticados em Coroatá e notificados no SINAN entre os anos de 2012 e 2021. As variáveis investigadas no estudo foram: número de casos, ano de notificação, faixa etária, sexo, forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade física.

O conjunto de dados para análise foi selecionado e obtido por meio do aplicativo Tabnet, a partir de suas caixas de opções (linha, coluna e conteúdo). Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados do programa Microsoft Excel 2016. Logo após, foram exportados e analisados usando recursos da estatística descritiva, utilizando o R (versão 4.5.1).

Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo e apresentados em forma de tabelas. A discussão dos dados foi feita com base na produção científica sobre a temática.

Por se tratar de dados secundários de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) como consta na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que tratam dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

No período analisado foram registrados 646 casos de hanseníase. O ano em que ocorreu o maior número de registro de casos novos foi o de 2013, com 19,2% e o menor, no ano de 2020, com 4,2% dos casos. Em relação à faixa etária, a hanseníase apresentou maior percentual entre 15-59 anos correspondendo a 60,1%. Entretanto, observa-se também a ocorrência de casos novos de hanseníase em crianças menores de 15 anos e em idosos com 60 anos ou mais, correspondendo a 9,2% e 26,0%, respectivamente, no período analisado (Tabela I).

Tabela I - Distribuição dos casos novos de hanseníase por faixa etária e ano de notificação. Coroatá, Maranhão, Brasil, 2012 a 2021

Ano	< 15 anos n (%)	15-59 anos n (%)	= 60 anos n (%)	Total n (%)
2012	3(6,1)	36(73,5)	10(20,4)	49(100)
2013	11(8,0)	88(65,9)	35(26,1)	134(100)
2014	8 (5,6)	47(32,9)	15(10,5)	70(100)
2015	13(14,0)	53(57,0)	27(29,0)	93(100)
2016	3(5,0)	43(73,0)	13(22,0)	59(100)
2017	10(13,0)	48(63,0)	19(24,0)	77(100)
2018	2(4,0)	31(61,0)	18(35,0)	51(100)
2019	2(4,0)	34(67,0)	15(29,0)	51(100)
2020	5(16)	18(55,0)	9(29)	32(100)
2021	2(7,0)	22(73,0)	6(20,0)	30(100)
Total	59(9,1)	420(65,0)	167(25,9)	646(100)

Fonte: DATASUS, 2022

Houve predomínio do sexo masculino (56,7%), quando comparado ao sexo feminino (43,3%) por ano de notificação. No ano de 2013, observou-se a mesma percentagem de casos novos tanto para o sexo feminino quanto para o masculino (Tabela II).

Tabela II - Distribuição dos casos novos de hanseníase por sexo e ano de notificação. Coroatá, Maranhão, Brasil, 2012 a 2021

Ano	Sexo masculino n (%)	Sexo feminino n (%)	Total de casos n (%)
2012	32(66,0)	17(34,0)	49(100)
2013	67(50,0)	67(50,0)	134(100)
2014	42(60,0)	28(40,0)	70(100)
2015	55(59,0)	38(41,0)	93(100)
2016	36(61,0)	23(39,0)	59(100)
2017	41(53,0)	36(47,0)	77(100)
2018	26(51,0)	25(49)	51(100)
2019	34(67,0)	17(33,0)	51(100)
2020	16(50,0)	16(50,0)	32(100)
2021	17(56,0)	13(44,0)	30(100)
Total	366(56,7)	280(43,3)	646(100)

Fonte: DATASUS, 2022

Quanto à distribuição das formas clínicas, observou-se predomínio da dimorfa em todos os anos investigados, 56,3% do total de casos registrados no período do estudo. Observaram-se registros de 0,9% de casos não classificados, com destaque para os anos 2012, 2013, 2014 e 2018 somando-se seis casos neste período (Tabela III).

Tabela III - Distribuição dos casos novos de hanseníase por ano de notificação, segundo formas clínicas. Coroaá, Maranhão, Brasil, 2012 a 2021

Ano	Indeterminada n (%)	Tuberculoide n (%)	Dimorfa n (%)	Virchowiana n (%)	Não classificado n (%)	Total n (%)
2012	15(31,0)	4(8,0)	22(45,0)	7(14,0)	1(2,0)	49(100)
2013	8(6,0)	28(21,0)	80(60,0)	16(12,0)	2(1,2)	134(100)
2014	7(10,0)	7(10,0)	38(54,0)	16(23,0)	2(3,0)	70(100)
2015	7(8,0)	10(11,0)	65(70,0)	11(12,0)	-	93(100)
2016	6(10,0)	4(7,0)	45(76,0)	4(7,0)	-	59(100)
2017	23(30,0)	14(18,0)	31(40,0)	9(12,0)	-	77(100)
2018	10(20,0)	10(20,0)	28(55,0)	2(4,0)	1(1,0)	51(100)
2019	15(30,0)	9(17,0)	18(35,0)	9(18,0)	-	51(100)
2020	3(10,0)	2(6,0)	21(65,0)	6(19,0)	-	32(100)
2021	-	7(23,0)	15(50,0)	8(27)	-	30(100)
Total	94(14,5)	95(14,7)	363(56,3)	88(13,6)	6(0,9)	646(100)

Fonte: DATASUS, 2022

Considerando a classificação operacional, a maioria dos casos foi do tipo multibacilar, registrando-se 484 casos (74,9%) durante o período analisado (Tabela IV).

Tabela IV - Distribuição dos casos novos de hanseníase por ano de notificação, segundo classificação operacional. Coroaá, Maranhão, Brasil, 2012 a 2021

Ano	Paucibacilar n (%)	Multibacilar n (%)	Total de casos n (%)
2012	19(39,0)	30(61,0)	49(100)
2013	37(28,0)	97(72,0)	134(100)
2014	12(17,0)	58(83,0)	70(100)
2015	12(17,0)	58(83,0)	70(100)
2016	10(17,0)	49(83,0)	59(100)
2017	30(39,0)	47(61,0)	77(100)
2018	15(29,0)	36(71,0)	51(100)
2019	14(28,0)	37(72,0)	51(100)
2020	4(12,0)	28(88,0)	32(100)
2021	4(14,0)	26(86,077)	30(100)
Total	162(25,1)	484(74,9)	646(100)

Fonte: DATASUS, 2022

A Tabela V mostra o grau de incapacidade entre os casos investigados, constatando-se que o Grau Zero foi predominante, sendo inclusos nesta classificação 388 casos (60,1%). Entretanto, observou-se que 226 casos (34,9%) apresentaram algum grau de incapacidade, correspondendo 26 % ao Grau I e 9 % ao Grau II.

Tabela V - Distribuição dos casos novos de hanseníase por ano de notificação segundo grau de incapacidade física. Coroaá, Maranhão, Brasil, 2012 a 2021

Ano	Grau zero n (%)	Grau I n (%)	Grau II n (%)	Não avaliado n (%)	Branco n (%)	Total n (%)
2012	38(78,0)	6(12,0)	2(4,0)	3(6)	-	49(100)
2013	81(60,0)	37(28,0)	12(9)	-	4(3)	134(100)
2014	42(60,0)	16(23,0)	11(16,0)	1(1,0)	-	70(100)
2015	48(52,0)	38(41,0)	6(7,0)	1(1)	-	93(100)
2016	34(58,0)	18(30,0)	7(12,0)	-	-	59(100)
2017	41(53,0)	13(17,0)	8(11,0)	12(16)	3(4,0)	77(100)
2018	32(62,0)	8(16,0)	3(6,0)	8(16,0)	-	51(100)
2019	28(55,0)	18(35,0)	5(10,0)	-	-	51(100)
2020	24(74,0)	5(16,0)	3(10)	-	-	32(100)
2021	20(68,0)	9(30,0)	1(2,0)	-	-	30(100)
Total	388(60,0)	168(26,0)	58(9,0)	25(4,0)	7(1,1)	646(100)

Fonte: DATASUS, 2022.

Discussão

O presente estudo permitiu identificar o perfil clínico e epidemiológico da hanseníase em Coroaá, localizado no estado do Maranhão, situada no centro leste do estado, no vale do Itapecuru, a 260km da capital São Luís, na região nordeste do Brasil. No período analisado notificaram-se 646 casos novos de hanseníase, destacando-se o ano de 2013 com 127 casos.

Em relação à idade, houve predominância de adolescentes, adultos jovens e adultos (15 a 59 anos) o que demonstra que a hanseníase tem afetado a classe economicamente ativa, este dado é semelhante a outros estudos realizados [10,11]. O alto índice de contaminados nesta faixa etária causa um impacto social e emocional na vida destas pessoas, pois a hanseníase tem alto grau incapacitante, capaz de gerar repercussões negativas na vida social dos indivíduos, principalmente traumas físicos e neurológicos o que acaba conduzindo a perdas financeiras e diminuição da qualidade de vida [12].

Observou-se também a ocorrência de casos novos de hanseníase em crianças menores de 15 anos. Os dados demonstram que ocorre uma deficiência na vigilância e no controle da doença em menores de 15 anos, pois a transmissão familiar indica infecção ativa e contínua na comunidade.

Devido ao longo período de incubação e atraso na percepção dos sinais e sintomas, em muitos casos ocorre atraso no diagnóstico, associado a baixa qualidade na assistência voltada à hanseníase, nos serviços de saúde. As populações vulneráveis socialmente são mais acometidas, assim como foi encontrado em outros estudos [13-15].

Em relação aos idosos com 60 anos ou mais, o aumento no número de casos pode relacionar-se à presença de casos não tratados ou demora na busca pelos serviços de saúde, para diagnóstico. Associada ao longo período de incubação da doença, esse diagnóstico tardio culmina no aumento do período de contato, favorecendo a disseminação da hanseníase entre os comunicantes [16].

Quanto ao sexo, observou-se maior frequência de casos de hanseníase no sexo masculino, evidenciando uma provável carência na procura dos serviços de saúde pelo público masculino, que colabora para o aumento na taxa de casos. Culturalmente, os homens procuram os serviços de saúde quando já é nítido o comprometimento físico, além de não terem hábitos de prevenção da saúde e monitoramento anual da saúde. Por outro lado, as mulheres cuidam mais do seu bem-estar, procuram as redes de saúde, observam mais o corpo e seus aspectos naturais alertando-se para o aparecimento anormal no aspecto físico, conforme demonstram outros estudos [17,18].

A presença da forma clínica dimorfa demonstra que o diagnóstico da hanseníase está sendo realizado tardiamente no município o que pode influenciar no aumento da transmissibilidade da doença. Estudo realizado na cidade de Pinheiro (MA) reportou maior número de casos com forma clínica dimorfa, o que aumenta os níveis de detecção de incapacidades físicas e o desenvolvimento de complicações neurais, devido à demora do paciente buscar os serviços de saúde, aumentando as chances de sequelas graves [19].

Quanto à classificação operacional, houve predominância dos casos multibacilar, assim como ocorreu em estudo realizado na região nordeste do país onde os casos multibacilares eram maiores no estado do Maranhão. Os dados apontaram que o estado apresenta alta carga da doença, contaminação ativa e diagnóstico tardio [20].

O diagnóstico da doença nas formas multibacilares (dimorfa e virchowiana) indica manutenção contínua da cadeia de transmissão do *M. leprae* na população e detecção tardia da doença [21]. As formas multibacilares são as formas mais contagiosas da doença, o que deve ser um alerta para as redes de saúde, para um maior mapeamento e alcance de diagnóstico precoce, na tentativa de mudar esse quadro, uma vez que existe risco de uma maior possibilidade de instalação das incapacidades físicas, principalmente, nas áreas mais carentes e desassistidas da cidade [22].

Em relação ao grau de incapacidade física, os resultados apontaram baixo comprometimento neural diagnosticado entre os casos, resultado semelhante ao encontrado em um estudo realizado em São Luís, capital do Maranhão, entre os anos de 2010 a 2020 [23].

O acometimento grau I e II foi inferior ao encontrado em outros estudos. O grau 1 de incapacidade ocorre quando há diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, mãos e pés e grau 2 de incapacidade quando há lesões mais graves nos olhos, mãos e pés [24].

A avaliação do Grau de Incapacidade Física é um indicador epidemiológico, que permite uma estimativa indireta da efetividade das ações de detecção precoce da doença, o diagnóstico precoce, auxiliando na identificação de pacientes com maior risco de desenvolver reações e novas incapacidades, durante o tratamento, no término da poliquimioterapia e após a alta [1]. As deficiências físicas adquiridas são consideradas as principais causas de estigma e isolamento social e representam forte impacto econômico e psicológico na vida das pessoas atingidas [25].

O percentual elevado de casos de hanseníase notificados com grau 2 de incapacidade física e o predomínio das formas multibacilares, reforçam a afirmativa da persistência do ciclo da doença na região e, conseqüentemente, a prevalência oculta com diagnóstico tardio ou falha/despreparo dos profissionais na Atenção Básica para o diagnóstico correto e oportuno na busca ativa de novos casos [26].

A atuação do profissional de saúde é fundamental para o diagnóstico precoce da doença, e um fator fundamental para eficácia do tratamento, e sua possível cura [27]. No entanto, a falta de conhecimento e capacitação da equipe reflete em falhas assistenciais, tais como ausência de diagnóstico oportuno, que culmina em evolução das complicações da doença e manutenção da transmissão, dificultando a adoção de medidas de controle capazes de reduzir a incidência da doença [28].

Observou-se, neste estudo, que a proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física não avaliados no momento do diagnóstico aumentou de 0,6% para 4,0% o que demonstra falha por parte da equipe de saúde [22]. A avaliação do Grau de Incapacidade Física constitui uma importante ferramenta na identificação de pacientes com maior risco de desenvolver reações e novas incapacidades físicas [1]. Porém, as dificuldades de acesso dos doentes aos serviços de saúde, a pouca qualificação de profissionais que reflete na realização de avaliação física pouco criteriosa, o atraso no diagnóstico da doença, entre outros fatores, auxilia na evolução de algum grau de incapacidade física e aumento de mais pessoas infectadas [29].

A atuação do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde promove e garante acesso aos pacientes suspeitos ou com hanseníase, pois estes profissionais agem na prevenção da doença, promoção da saúde, diagnóstico e tratamento, prevenção de incapacidades físicas, acompanhamento dos casos registrados em domicílio, administração do sistema de registro da vigilância epidemiológica, efetivação de notificações compulsórias dos casos, supervisão e execução da dose dos

medicamentos poliquimioterápicos e o acompanhamento na cura do paciente e no pós-alta [30].

Nesta perspectiva, a ESF representa um importante papel. A equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, precisa estar capacitada e atuando em conjunto, visando um maior alcance das medidas de controle da hanseníase na comunidade, promovendo atividades de educação em saúde, busca ativa de casos novos, assistência humanizada e integral, garantindo a oferta e o acesso a todos os serviços da rede de saúde, conforme atribuições profissionais de cada componente da equipe de saúde buscando o controle da doença e diminuição dos casos [31].

Quanto às limitações do presente estudo, aponta-se que o uso de dados secundários não permite ao pesquisador controlar possíveis erros decorrentes de digitação e de registro, além de possíveis subnotificações. Apesar disso, acredita-se que, por se tratar de dados oficiais e de preenchimento obrigatório em todos os serviços de saúde, seus resultados permitiram o alcance do objetivo proposto.

Conclusão

A hanseníase foi predominante no sexo masculino, idade entre 15-59 anos e forma clínica dimorfa. O ano em que ocorreu o maior número de registro de casos novos foi o de 2013. O diagnóstico da hanseníase ainda é realizado tardiamente devido à detecção da classificação multibacilar e forma clínica dimorfa, além da presença de incapacidade física no momento do diagnóstico.

Os resultados demonstraram que a hanseníase continua sendo um grave problema de saúde pública no município necessitando de implementação de políticas públicas que impactem diretamente nos indicadores para redução da doença.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Fontes de financiamento

Os autores declaram que não receberam subsídios financeiros para elaboração deste estudo.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Matos FM, Reis BMCB, Pinheiro RP, Santos KCB; *Coleta de dados:* Matos FM, Reis BMCB, Pinheiro RP; *Análise e interpretação dos dados:* Matos FM, Reis BMCB, Pinheiro RP, Santos KCB; *Redação do manuscrito:* Matos FM, Reis BMCB, Pinheiro RP, Santos KCB; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Matos FM, Reis BMCB, Pinheiro RP, Pacheco LKS, Santos KCB.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68p. [citado 2022 Abr 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf
2. 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: 10.1590/1980-549720210039
3. Silva AML, Barsaglini AR. “A reação é o mais difícil, é pior que hanseníase”: contradições e ambiguidades na experiência de mulheres com reações hansênicas. *Rev Saúde Coletiva*. 2018;28(4):e280422. doi: 10.1590/S0103-73312018280422
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. [citado 2022 Nov 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf
5. Almeida FAFL, Milan G. Diagnóstico de hanseníase em Porto Nacional/TO no período de 2013 a 2017. *Scire Salutis*. 2020;10(3):104-12. doi: 10.6008/CBPC2236-9600.2020.003.0013
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Boletim Epidemiológico de Hanseníase, Número Especial, jan. 2022 [Internet]. [citado 2022 Nov 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseniase--25-01-2022.pdf>
7. Anjos LHG, Cunha SM, Batista GM, Higino TMM, Souza DCP, Aliança ASS. Perfil epidemiológico da Hanseníase no estado do Maranhão de 2018 a 2020. *Research, Society and Development* 2021;10(15):e272101523156. doi: 10.33448/rsd-v10i15.23156D
8. 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. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 2021;26(5):1805-16. doi: 10.20435/inter.v21i1.1944
9. Monteiro BR, Ataíde CAV, Silva CJA, Neres JNS, Medeiros ER, Simpson CA. Educação em saúde para a hanseníase: experiência da enfermagem. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2018;44(1):1-5. doi: 10.5902/2236583424084
10. Melo MPS, Coleta MFD, Coleta JAD, Bezerra JCB, Castro AM, Melo ALS, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no

- Sistema Nacional de Agravos de Notificação. *Rev Adm Saúde*. 2018;18(71):1-17. doi: 10.23973/ras.71.104
11. Barbosa OS, Medina SF. Grupo de autocuidado em hanseníase: benefícios na participação e resistências na adesão. *Rev. APS*. 2019;22(4):849-69. doi: 10.34019/1809-8363.2019.v22.25948
 12. Santos KCB, Rapozo AC, Aquino DMC, Corrêa RGCF. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em um município hiperendêmico. *Rev Enferm UFPI*. 2020;9:e10152. doi: 10.26694/reufpi.v9i0.10152
 13. Fujishima MA, Lemos LXO, Matos HJ. Distribuição espacial da hanseníase em menores de 15 anos de idade, no município de Belém, estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2020;11:e202000229. doi: 10.5123/s2176-6223202000229
 14. Monteiro LD, Mello FRN, Miranda TP, Heukelbach J. Hanseníase em menores de 15 anos no estado do Tocantins, Brasil, 2001–2012: padrão epidemiológico e tendência temporal. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:E190047. doi: 10.1590/1980-549720190047
 15. Freitas BHBM, Xavier DR, Cortela DCB, Ferreira SMB. Hanseníase em menores de quinze anos em municípios prioritários, Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2018;21:e180016. doi: 10.1590/1980-549720180016
 16. Marques WS, Corrêa RGCF, Santos KCB, Soares AMM, Lima MES, Aquino DMC. Características clínicas e epidemiológicas de idosos com hanseníase atendidos em um Hospital de Ensino no Nordeste do Brasil. *Enferm Bras*. 2019;18(3):406-13. doi: 10.33233/eb.v18i3.2505
 17. Gonçalves M, Santos KS, Silva SS, Marcussi TCC, Carvalho KV, Fortuna CM. Mulheres e hanseníase: interferências e vivências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3419. doi: 10.1590/1518-8345.4347.3419
 18. Oliveira F. Perfil epidemiológico de hanseníase em mulheres de um município endêmico do nordeste brasileiro, no período de 2007 a 2017. *Hansen Int*. 2019;44(Supl):e-2736. doi: 10.47878/hansenologia.2019.v44.34107
 19. Santos PJE, Souza MTP, Almeida AS, Ribeiro DFF, Ribeiro DR, Santos RE. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Pinheiro – Maranhão. *Scientia Generalis [Internet]*. 2022;3(1):314-322. [citado 2022 Jul 13]. Disponível em: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/410>
 20. Marquetti CP, Sommer JAP, Silveira EF, Schröder NT, Périco E. Perfil epidemiológico dos acometidos por hanseníase em três estados da região Nordeste do Brasil. 2021. *Research, Society and Development*. 2022;11(1):e38811124872. doi: 10.33448/rsd-v11i1.24872
 21. Pereira WMM, Oliveira SS, Sadeck LWR, Narvaes IS, Adami M, Garcez LM. Hanseníase em metrópole da Amazônia brasileira: cobertura de atenção básica à saúde e sua relação com o perfil clínico e a distribuição espaço-temporal da doença em Belém, estado do Pará, Brasil, de 2006 a 2015. *Rev Pan Amaz Saude*. 2019;10:e201900069. doi: 10.5123/S2176-6223201900069

22. Vieira SMS, Silva AC, Passos ACA, Araújo GR, Bezerra JMT. Perfil epidemiológico da Hanseníase entre os anos 2015 e 2020, no município de Lago da Pedra, estado do Maranhão. *Hansen Int* [Internet]. 2020;45:1-20. [citado 2022 Jul 12]. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/36814>
23. Sales Júnior EA, Prado PF, Souto SGT, Alves CR, Galvão APFC, Silva PLN. Prevalência de pacientes notificados com hanseníase no município de São Luís, Maranhão, durante 2010 a 2020. *Revista Nursing*. 2022;25(287):7553-60. doi: 10.36489/nursing.2022v25i287p7553-7567
24. Góis GO, Camera LTB, Silveira SJS. Perfil Clínico-Epidemiológico da Hanseníase no Estado do Tocantins no período de 2015 a 2018. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(7):47277-297. doi: 10.34117/bjdv6n7-386
25. Nardi SMT. Deficiências físicas e incapacidades na hanseníase e os desafios da reabilitação. *Hansen Int*. 2021;46:1-6. doi: 10.47878/hi.2021.v46.37343
26. Santos DAS, Galantini BR, Sales MP, Goulart LS, Olinda RA. Fatores associados às incapacidades físicas de hanseníase: um estudo transversal. *O Mundo da Saúde*. 2021;45:089-098. [citado 2021 Jul 12]. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>
27. Martins BC, Nascimento ES, Coelho VAT, Souza CG, Bigatello CS, Sobral LT. Caracterização das incapacidades físicas em pacientes diagnosticados com hanseníase multibacilar Almenara-MG. *Id on Line Rev Mult Psic* [Internet]. 2020;14(52)924-935. [citado 2022 Jul 13]. <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
28. Santana EMF, Brito KKG, Nóbrega MM, Antas EMV, Sousa ATO, Oliveira SHS. Knowledge and attitude about disabilities in leprosy: Effects of an intervention grounded on the Meaningful Learning Theory. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2022;56:e20210474. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0474
29. Morais RJ, Furtado LZE. Grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(6):1625-32. doi: 10.5205/1981-8963-v12i6a231049p1625-1632-2018
30. Oliveira RA, Brasileiro HP, Espindula M. Hanseníase: o papel do enfermeiro na prevenção de incapacidades. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* [Internet]. 2020;5(1):54-63. [cited 2022 Jul 13]. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/prevencao-de-incapacidades>
31. Leite TRC, Silva IGB, Lanza FM, Maia ER, Lopes MSV, Cavalcante EGR. Ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*. 2020;32(3):175-86. doi: 10.14295/vittalle.v32i3.11080

