

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ
SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HANSEN'S DISEASE IN THE CITY OF FORTALEZA-CEARÁ

Esp. Luíza Silva de Carvalho

Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS Fortaleza)

Me. Diego da Silva Medeiros

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dra. Nancy Costa de Oliveira Caetano

Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS Fortaleza)

Me. Malena Gadelha Cavalcante

Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

Apesar das diversas ações de controle da hanseníase ainda se configura como doença negligenciada no Brasil. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Fortaleza-Ceará. Estudo transversal, retrospectivo, descritivo de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação para casos de hanseníase na população de Fortaleza-Ceará, período de 2011 a 2015. Registrados 3.090 casos novos, 53,79% (n=1.662) do sexo masculino, com linha de tendência em declínio significativa ao longo do tempo ($p=0,0263$ e $R^2=0,8482$). Predominância da forma multibacilar 59,97% e 6,8% com grau 2 de incapacidade física (GIF2) já instalada. Coeficiente geral de detecção, considerado "muito alto" pelo Ministério da Saúde, manteve uma linha de tendência estável ($p=0,1242$ e $R^2=0,5997$), nos menores de 15 anos indicou ciclos ativos ($p=0,4175$ e $R^2=0,2267$) e GIF2 constante ($p=0,9024$ e $R^2=0,0059$). Fortaleza manteve detecção tardia, transmissão elevada e ativa do bacilo.

Descritores: Atenção à Saúde. Epidemiologia. Hanseníase. Mycobacterium Leprae. Saúde Pública.

ABSTRACT

Despite the many actions to control Hansen's Disease, it is still a neglected disease in Brazil. This study aimed to characterize the sociodemographic and clinical-epidemiological profile of Hansen's Disease in the city of Fortaleza-Ceará. This is a cross-sectional, retrospective, descriptive study of secondary data from the Notifiable Diseases Information System for Hansen's Disease cases in the population of Fortaleza-Ceará, from 2011 to 2015. It was registered 3,090 new cases, 53.79% (n= 1,662) male, with a trend line in significant decline over time ($p=0.0263$ and $R^2=0.8482$). The multibacillary form was predominant 59.97% and 6.8% with grade 2 of physical disability (GIF2) already installed. The general detection coefficient, considered "very high" by the Ministry of Health, maintained a stable trend line ($p=0.1242$ and $R^2=0.5997$), in those under 15 years old indicated active cycles ($p=0.4175$ and $R^2=0.2267$) and constant GIF2 ($p=0.9024$ and $R^2=0.0059$). Fortaleza maintained late detection, high and active transmission of the bacillus.

Keywords: Health Care. Epidemiology. Hansen's Disease. Mycobacterium Leprae. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença negligenciada de notificação compulsória e vigilância obrigatória definida como infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Apesar das diversas ações dos programas de controle na tentativa de eliminação, essa doença ainda se configura como um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo (SOUZA, 1997; SOUZA, 2013).

Sabendo da necessidade de ações de controle da hanseníase, a Organização Mundial de Saúde (OMS) implantou a “Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase” (2011-2015). Essa Ação Global busca através da diminuição do coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade física (GIF2) por 100 mil habitantes monitorar o progresso da doença (OMS, 2010).

Com o objetivo de alcançar a meta de eliminação da doença, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase no Brasil, que visa à busca ativa de casos e tratamento oportuno por meio da redução da circulação ambiental do agente etiológico e diminuição do surgimento de casos novos e suas consequências. Esse projeto teve como metas alcançar a prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes e reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos até 2015 (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de reduzir ainda mais a carga global e local da hanseníase, a OMS lançou a “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020”, que tem como propósito a detecção precoce e o tratamento imediato para evitar a incapacidade e reduzir a transmissão da infecção na comunidade. Tal estratégia tem como metas até o ano de 2020a ausência de diagnósticos de hanseníase e deformidades visíveis entre os pacientes menores de 15 anos; atingir uma taxa com valor inferior a um milhão de casos novos de hanseníase com GIF2 e reduzir a zero o número de países com leis que permitam a discriminação por essa doença (OMS, 2016).

Nos últimos anos, houve redução do coeficiente de detecção geral no Brasil, passando de 29,37 casos novos por 100.000 habitantes em 2003 para 14,7 casos por 100.000 habitantes em 2015, contudo, ainda é uma taxa considerada de alta endemicidade. Ademais, em menores de 15 anos a detecção de casos de hanseníase tem apresentado redução menos acentuada, expressando uma força de transmissão recente da doença ao longo dessa série histórica (SOUZA, 2017).

Segundo dados do boletim epidemiológico do Estado do Ceará (CEARÁ, 2016), que compreendeu os anos de 2008 a 2015, foram notificados 2.570 casos novos no primeiro ano, revelando um coeficiente de detecção de 30,5/100.000 habitantes, enquanto em 2015, foram 1.841 casos notificados com taxa de detecção de 20,7/100.000 habitantes. Os dados demonstram declínio na notificação de casos novos, e conseqüentemente, do coeficiente de detecção. No entanto, ambos os coeficientes de detecção, a partir dos parâmetros da Portaria Ministerial 3.125, de 7 de outubro de 2010 são considerados muito altos (valor entre: 20,00 a 39,99/100 mil). Nesse mesmo período, o coeficiente de detecção em menores de 15 anos se manteve estável demonstrando a ocorrência da exposição precoce ao bacilo e sugerindo presença de casos bacilíferos entre a população.

Sabendo-se que a hanseníase não está distribuída de forma homogênea em todo o território nacional, foram identificados 253 municípios (4,5% do total dos 5.565 municípios brasileiros) que concentram maior endemicidade, dentre eles, está a região metropolitana de Fortaleza (BRASIL, 2012).

Diante disso, foi despertado o interesse de conhecer a situação epidemiológica desse agravo nos últimos cinco anos disponibilizados pelo banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de modo a garantir informações sobre a magnitude e a carga de morbidade da doença para auxiliar no planejamento de ações de controle da hanseníase no município de Fortaleza, que apesar dos diversos esforços e criação de planos de ação de controle, ainda não conseguiu atingir a meta estabelecida pela OMS.

Portanto, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico epidemiológico da hanseníase no município de Fortaleza-Ceará, no período de 2011 a 2015.

2 MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como ecológico, retrospectivo, descritivo de dados secundários a partir do SINAN, específico para casos de hanseníase na população residente no município de Fortaleza, disponível para livre acesso no *sinanweb*.

A cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará está situada na Região Nordeste do país, possui uma população estimada em 2.627.482 habitantes (DATASUS, 2017) e ocupa uma área de aproximadamente 314.930 km², com densidade demográfica de 7.786,44 habitantes/km² (IBGE, 2010).

A amostra utilizada é do tipo censitário. Foram incluídos no estudo todos os casos novos de hanseníase notificados na base de dados do SINAN no período de 1º de janeiro 2011 a 31 de dezembro de 2015, residentes no município de Fortaleza no momento do diagnóstico. Os dados do SINAN são de domínio público e foram obtidos a partir do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>). Foram excluídos os casos que não estavam entre o período estudado e casos dos meses em que os dados eram inexistentes.

Para traçar o perfil sociodemográfico foram utilizadas as variáveis referentes ao sexo e faixa etária e para caracterização clínica epidemiológica utilizou-se o modo de detecção, lesões cutâneas, classificação operacional no diagnóstico, esquema terapêutico no diagnóstico, grau de incapacidade física no diagnóstico e tipo de alta.

Os dados populacionais utilizados para os cálculos dos indicadores foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base em dados oriundos de estimativas populacionais através de projeções desse período.

Os indicadores epidemiológicos utilizados na pesquisa estão preconizados pelo programa nacional para monitoramento e avaliação da hanseníase: o quadro 1 apresenta os indicadores epidemiológicos selecionados, assim como os parâmetros referenciais adotados pelo MS e seus objetivos de avaliação.

Quadro 1 – Indicadores epidemiológicos selecionados para avaliação e monitoramento da hanseníase (período de 2011 a 2015, Fortaleza-CE)

INDICADORES	PARÂMETROS	UTILIDADES
Coefficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes	Hiper endêmico: >40,0/100 mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: <2,00/100 mil hab.	Força de morbidade, magnitude e tendência de endemia.
Coefficiente de detecção anual em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes	Hiper endêmico: ≥10,00/100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99/100 mil hab. Alto: 2,50 a 4,99/100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49/100 mil hab. Baixo: <0,50/100 mil hab	Expressa força da transmissão recente da endemia e sua tendência.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano	Alto: ≥10% Médio: 5 a 9,9% Baixo: <5%	Avalia a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce dos casos (indica diagnóstico tardio).
Coefficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes	Hiper endêmico: ≥ 20,0/10 mil hab. Muito alto: 10,0 a 19,9/10 mil hab. Alto: 5,0 a 9,9/10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9/10 mil hab. Baixo: < 1,0/10 mil hab.	Medir a magnitude da endemia

Fonte: Adaptado da Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Ministério da Saúde.

Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e organização dos resultados em tabelas. Para verificação de regressão linear, empregou-se o coeficiente de determinação, também chamado de R². Foi realizada a tendência temporal por meio de gráficos de linhas, buscando observar cada indicador ao longo do tempo (ano – variável independente) com objetivo de identificar a situação e a evolução de cada variável (dependente) no período de 2011 a 2015. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% (p<0,05) e intervalo de confiança a 95% (IC95%). Para o cálculo dos indicadores, foram acrescentados os dados populacionais do município para cada ano do estudo, no qual foram interpretados

e fundamentados conforme a literatura pertinente à temática. Os dados foram gerenciados no programa Microsoft Excel 2016 e analisados no SPSS versão 10.0.

Por tratar-se de dados secundários de domínio público, sem variáveis relacionadas à identificação dos indivíduos, o estudo não necessitou de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, sendo, portanto, seguidas as normas preconizadas pela resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA

No período de 2011 a 2015 foram notificados ao SINAN 3.090 novos casos de hanseníase. Destes, 53,79% (n=1.662) eram do sexo masculino, concentrados na faixa etária economicamente ativa de 35 a 49 anos, com 28,61%(n=884) casos. Os menores de 15 anos que refletem circuitos de transmissão ativa da doença somaram 6,63%(n=205) do total registrado, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica, clínica e epidemiológica de pessoas com hanseníase (período de 2011 a 2015, Fortaleza-CE)

Variáveis	N (3.090)	%
Sexo		
Feminino	1.428	46,21
Masculino	1.662	53,79
Faixa etária (anos)		
<15	205	6,63
15- 19	123	3,98
20- 34	553	17,90
35- 49	884	28,61
50- 64	838	27,12
65- 79	399	12,91
≥ 80	88	2,85
Modo de Detecção		
Ignorado/Branco	46	1,49
Encaminhamento	2.214	71,65
Demanda Espontânea	670	21,68
Exame de Coletividades	79	2,56
Exame de contatos	52	1,68
Outros Exames	29	0,94
Classificação Operacional no Diagnóstico		
Paucibacilar	1.237	40,03
Multibacilar	1.853	59,97
Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		
Grau Zero	1.987	64,30
Grau I	518	16,76
Grau II	210	6,80
Não Avaliado	375	12,14
Esquema Terapêutico no Diagnóstico		
Ignorado	3	0,10
PQT*/ 6 meses	1.221	39,51
PQT*/ 12 meses	1.849	59,84
Outros Esquemas	17	0,55
Lesões Cutâneas		
Nenhuma Lesão	85	2,75
Lesão Única	950	30,74
2 a 5 lesões	1007	32,59
>5 lesões	376	12,17
Ignorado/Branco	672	21,75
Tipo de Alta		
Cura	2.263	73,24
Ignorado/Branco	505	16,34
Transf.* para o mesmo Município	107	3,46
Transf.* para outro Município	26	0,84
Transf.* para outro Estado	11	0,36
Transf.* para outro País	2	0,06
Óbito	32	1,04
Abandono	144	4,66

*PQT (Poliquimioterapia); *Transf. (Transferido)

O encaminhamento como modo de detecção representou 71,65% (n=2.214) da amostra, sendo a mais expressiva, seguida da demanda espontânea, com 21,68% (n=670). A forma multibacilar (MB) foi predominante, representando 59,97% (n=1.853) dos diagnósticos. Quanto às lesões cutâneas, houve maior ocorrência de duas a cinco lesões, correspondendo a 32,59% (n=1.007) casos.

Durante a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico, 64,3% (n=1.987) dos pacientes apresentaram grau zero. No entanto, 6,8% (n=210) dos pacientes possuíam GIF2 já instalada e 12,14% (n=375) não tiveram o GIF avaliado.

A frequência do uso da poliquimioterapia (PQT) teve maior proporção no período de 12 meses com 59,84% (n=1.849) dos casos. O tipo de alta mais prevalente foi por cura, representando 73,24% (n=2.263), apenas 4,66% (n=144) tiveram como desfecho o abandono do tratamento, porém 16,34% (n=505) dos casos não foram preenchidos (ignorado/branco), sendo o segundo maior percentual registrado (Tabela 1).

Durante o período do estudo, o município de Fortaleza apresentou um coeficiente de prevalência de 0,43 casos por 10.000 habitantes, estando dentro do valor preconizado pelo MS (menor do que 1,0 casos/10.000 habitantes). Em contrapartida, nesse mesmo período, o coeficiente geral de detecção alcançou o valor de 24,35 casos por 100.000 habitantes que de acordo com os parâmetros de referência da Portaria Ministerial nº 3.125, de 7 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010), é um indicador classificado como "muito alto". Assim como o coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos, que com o valor de 6,76 por 100.000 habitantes é igualmente determinado como "muito alto".

Em relação à proporção de casos de hanseníase com GIF2 avaliada no momento do diagnóstico, visualizou-se que durante todo o período do estudo os parâmetros foram classificados como média efetividade (de 5% a 9,9%), sendo associado a um diagnóstico tardio, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Evolução endêmica da hanseníase segundo indicadores epidemiológicos (período de 2011 a 2015, Fortaleza-CE)

Ano	Valor	Classificação(a)*	Valor	Classificação(b)*	Valor	Classificação(c)*
2011	25,72	Muito Alto	7,69	Muito Alto	7,42	Médio
2012	24,88	Muito Alto	5,73	Muito Alto	9,56	Médio
2013	26,73	Muito Alto	8,54	Muito Alto	6,23	Médio
2014	23,10	Muito Alto	6,80	Muito Alto	7,34	Médio
2015	21,42	Muito Alto	5,00	Muito Alto	8,23	Médio
Total	24,35	Muito Alto	6,76	Muito Alto	7,73	Médio

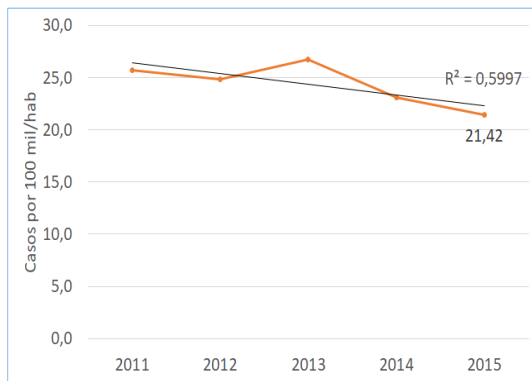
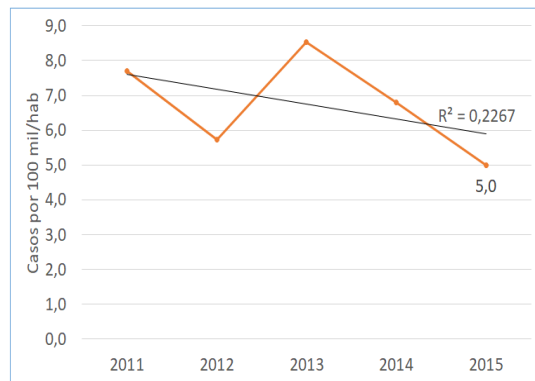
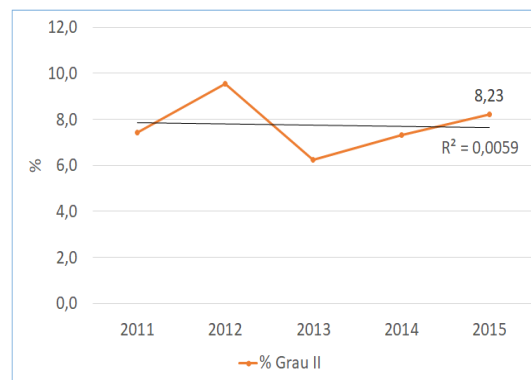
*Classificação utilizada pelo Ministério da Saúde Brasileiro.¹¹

(a) Coeficiente detecção anual de casos novos (100.000hab.). (b) Coeficiente detecção anual em menores de 15 anos de idade (100.000 hab.). (c) Proporção de casos de hanseníase com GIF 2 no diagnóstico entre os casos novos.

Fonte: Dados Secundários – SINAN, 2017.

3.2 TENDÊNCIA TEMPORAL DA HANSENÍASE EM FORTALEZADE 2011 A 2015

Durante o período analisado, o coeficiente de detecção na população geral obteve um leve decréscimo entre os anos de 2011 a 2012 e aumento entre 2012 a 2013, em que atingiu seu maior pico de detecção (26,73 casos novos por 100 mil habitantes). Posteriormente, ocorreu uma redução nos anos de 2013 a 2015 quando atingiu um coeficiente de 21,42 casos novos por 100 mil habitantes. Segundo a análise de tendência temporal esse coeficiente manteve estabilidade durante o período analisado com valor de $p = 0,1242$ e $R^2 = 0,5997$ (Figura 1/ Gráfico 1).

Figura 1 – Tendência temporal dos indicadores epidemiológicos da hanseníase (período de 2011 a 2015, Fortaleza-CE)**Gráfico 1** - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população geral, no período de 2011 a 2015**Gráfico 2** - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, no período de 2011 a 2015**Gráfico 3** - Proporção de casos de hanseníase com grau 02 de IF no diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano, no período de 2011 a 2015

O coeficiente de detecção nos menores de 15 anos de idade apresentou uma redução entre os anos de 2011 a 2012 e aumento entre 2012 a 2013, seguido de um declínio, passando de um coeficiente de 8,54 casos novos por 100 mil habitantes para o menor coeficiente do período com 5,0 casos novos por 100 mil habitantes, em 2015. Esse coeficiente manteve uma linha de tendência estável ao longo do período com valores que indicam a permanência de focos ativos da doença em Fortaleza ($p=0,4175$ e $R^2=0,2267$) (Figura 1/ Gráfico 2).

A proporção de casos com GIF2 na população apresentou declínio no período de 2012 a 2013 quando passou de 9,56% para o menor percentual dos anos analisados com 6,23%, tendo em seguida um crescimento até o ano de 2015 obtendo um percentual de 8,23%. O GIF2 na população se manteve constante com associação estatisticamente não significativa ($p=0,9024$ e $R^2=0,0059$) (Figura 1/ Gráfico 3).

O cálculo da razão de sexo demonstrou valores superiores para o sexo masculino em todos os anos analisados (2011 a 2015), porém no ano de 2014 essa predominância apresentou redução, onde o percentual de homens acometidos (50,84%) quase igualou ao de mulheres (49,16%). A tendência da razão de sexos, de casos novos, foi de declínio significativo ao longo do período, cujo percentual foi 56,99% em 2011 e 51,89% em 2015 ($p=0,0263$ e $R^2=0,8482$) (Figura 2/ Gráfico 4).

Figura 2 – Análise temporal dos aspectos clínicos e sociodemográficos de casos novos de hanseníase (período de 2011 a 2015, Fortaleza-CE)

Gráfico 4 - Razão de sexo (homem/mulher) de casos novos de hanseníase, no período de 2011 a 2015

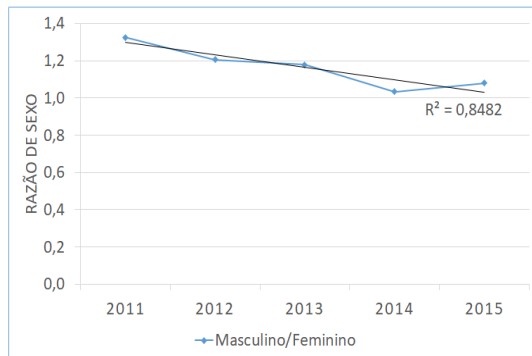


Gráfico 5 - Distribuição da proporção de casos novos por faixa etária, no período de 2011 a 2015

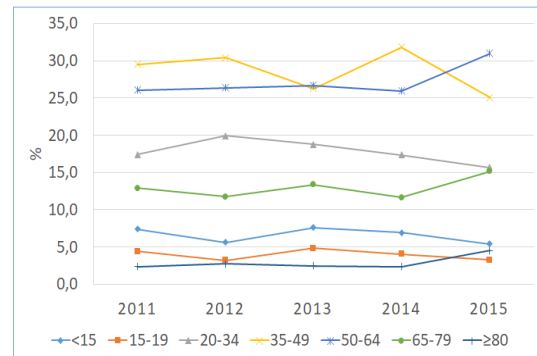


Gráfico 6 - Razão Multibacilar por Paucibacilar de casos de hanseníase, no período de 2011 a 2015

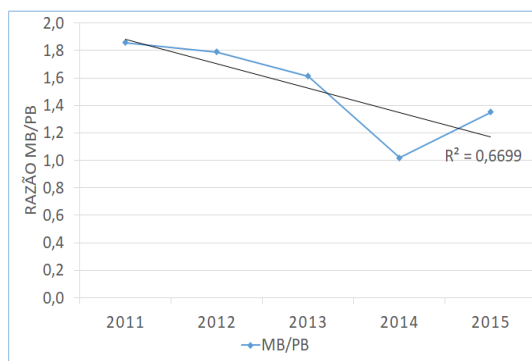
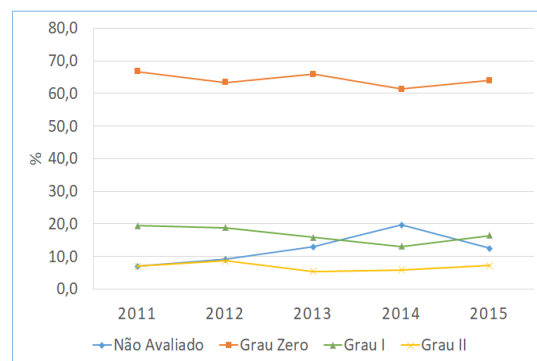


Gráfico 7 - Distribuição dos casos segundo GIF no diagnóstico durante o período de 2011 a 2015



O gráfico 5 (Figura 2) apresenta a distribuição da proporção de casos por faixa etária. De forma geral, observou-se uma predominância da faixa etária de 35 a 49 anos, exceto no ano de 2013 quando o percentual da faixa de 50 a 64 anos apresentou discreta superioridade, e em 2015, onde esse mesmo grupo etário representou 30,99% dos casos enquanto a faixa de 35 a 49 anos manteve-se em 25,05%.

A razão entre a forma multibacilar e paucibacilar (PB) demonstrou uma tendência de estabilidade ao longo do tempo ($p = 0,0902$ e $R^2 = 0,6699$). A distribuição da classe operacional apresentou predominância da forma MB em todos os anos do estudo. Todavia, em 2014 observou-se um declínio da forma MB (50,51%) que obteve um percentual bem aproximado da forma PB (49,49%), seguido de um aumento passando para 57,48% em 2015 (Figura 2/ Gráfico 6).

Ao longo do tempo estudado, identificou-se uma distribuição estável ao longo dos anos para a proporção de casos novos com GIF zero ($p = 0,3268$ e $R^2 = 0,3129$), como também na proporção de casos com grau 1 ($p = 0,1548$ e $R^2 = 0,544$), grau 2 de incapacidade ($p = 0,6566$ e $R^2 = 0,0746$) e casos não avaliados ($p = 0,18446$ e $R^2 = 0,4957$) conforme mostrado na figura 2 (Gráfico 7).

4 DISCUSSÃO

Durante o período do estudo foi possível observar uma estabilidade na incidência de casos de hanseníase em Fortaleza, em que o coeficiente de detecção geral na população apresentou valores considerados endêmicos. Esse indicador informa a força de morbidade dessa doença, cujos valores elevados podem ser considerados decorrentes da continuidade na transmissão da doença ou pela detecção tardia de casos novos entre a população (BRASIL, 2002). Casos diagnosticados tardiamente sugerem ser decorrentes de fatores relacionados à falta de conhecimento da população a respeito da doença, assim como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a alta rotatividade dos profissionais da atenção primária e/ou profissionais incapacitados para atender os usuários (CARVALHO FILHO, 2010; ARANTES, 2010).

O percentual de casos em menores de 15 anos (6,6%) assemelha-se aos encontrados no estudo de Queirós (2014) e Souza (2013) que apresentaram respectivamente 6,3% e 7,1% do total de casos nessa

mesma faixa etária. No presente estudo o coeficiente de detecção em menores de 15 anos apresentou oscilações ao longo dos cinco anos analisados mantendo uma linha de tendência estável, com parâmetro de endemicidade considerado muito alto pelo MS e que expressa força da transmissão recente da endemia na população (BRASIL, 2010). Portanto, vale ressaltar a importância da intensificação na busca ativa de casos novos pelos profissionais dos serviços de saúde para frear a cadeia de transmissão e reduzir a taxa de detecção dessa doença para zero até o ano de 2020, como preconizado pela OMS, visto que ainda encontra-se registro de casos de hanseníase nessa faixa etária (OMS, 2016).

Houve predominância do sexo masculino com linha de tendência decrescente ao longo dos anos estudados, corroborando com o estudo realizado por Vieira *et al.* (2014), em Rondônia, no período de 2001 a 2012, onde 57,1% dos pacientes acometidos eram homens, assim como no estudo conduzido por Miranzi (2010), realizado em Uberaba. Maiores coeficientes de detecção no sexo masculino podem ser explicados devido aos riscos de exposição dessa população decorrente à vida mais ativa, migrações mais frequentes e conseqüentemente tendo maiores oportunidades de contato com o bacilo. Em contrapartida, nos estudos de Souza (2013) e Pereira (2011), realizado em Fortaleza e Teresina, respectivamente, ocorreram a predominância do sexo feminino.

A maioria dos casos notificados se encontra na faixa etária de 35 a 49 anos, também evidenciado em outros cenários (SOUZA, 2013; QUEIRÓS, 2014; RIBEIRO, 2013; BRITO, 2015), ocorrendo em alguns momentos oscilações entre o grupo etário de 50 a 65 anos. A concentração do agravo na faixa etária economicamente produtiva pode refletir em custos econômicos adicionais devido ao afastamento das atividades laborais, visto que essa população pode desenvolver incapacidades físicas decorrentes da doença (RIBEIRO JUNIOR, 2012).

Nessa pesquisa houve uma alta prevalência de casos na forma MB mantendo linha de tendência estável, essa predominância foi igualmente vista no estudo de Brito (BRITO, 2015), realizado no município de Fortaleza no período de 2001 a 2012, em que 61% apresentaram a forma MB, assim como no estudo de Vieira *et al.* (2014) em Rondônia que durante esse mesmo período também apresentou predominância de casos MB com 53,4%. A forma MB apresenta alta carga de bacilos e constitui a principal fonte de disseminação da doença, a sua predominância condiz com uma região endêmica em que não foi possível impedir a transmissão do *M.leprae* ambiente (XIMENES NETO, 2013).

A maior parte dos casos novos nos anos pesquisados apresentou GIF no diagnóstico igual à zero. No entanto, 6,8% dos casos apresentaram GIF2 já instalada, o que pode ser indicativo de diagnóstico tardio nessa região. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo no qual grande parte dos avaliados também apresentaram GIF zero no diagnóstico, porém 6,6% não receberam tratamento antecipadamente e foram diagnosticados com GIF2 (VIEIRA, 2014). Nesse estudo, 12,14% dos casos não foram avaliados no diagnóstico, fato igualmente visto na pesquisa de Queirós (2014), onde em decorrência do fator sociocultural, é dada maior importância ao tratamento medicamentoso quando comparado à prevenção das incapacidades.

A proporção de casos de hanseníase com GIF2 no diagnóstico segue com tendência constante sendo classificado com média efetividade ao longo dos anos analisados. Esse indicador demonstra a efetividade das atividades e detecção oportuna e/ou precoce dos casos, indicando, portanto, a falta de sucesso no alcance da meta estabelecida pela OMS de redução da doença até o ano de 2015 (BRASIL, 2010).

Segundo Lana *et al.* (2002) o diagnóstico em até seis meses após o aparecimento das lesões é de extrema importância, pois a detecção precoce dos casos é a principal forma de prevenir lesões neurológicas e sequelas.

Tanto nesse estudo como no de Queirós (2014), houve predominância de 2 a 5 lesões cutâneas, fato que traz discordância em relação à classificação operacional, que conforme preconizado pelo MS classifica a hanseníase de acordo o número de lesões. Essa discordância pode ser justificada através do fato de casos multibacilares serem definidos tanto pela presença de mais de 5 lesões na pele como também através de mais de um tronco nervoso acometido.

A frequência do uso da PQT teve maior proporção no período de 12 meses com 59,84% dos casos, resultado semelhante a outro estudo (QUEIRÓS, 2014) em que 63,1% dos casos avaliados também utilizaram o esquema terapêutico MB (12 doses). A adesão ao tratamento com PQT e a continuidade do autocuidado permitem a quebra na cadeia de transmissão da doença contribuindo para a segurança do paciente e seus familiares²⁵.

Semelhante as pesquisas anteriores (QUEIRÓS, 2014; MIRANZI, 2010; BRITO, 2015), neste estudo a maior parte de casos acometidos por hanseníase teve o encaminhamento como principal modo de detecção da doença, tais resultados podem ser reflexo da grande parte dos casos diagnosticados serem

realizados em centros de referência em decorrência da precária atuação do serviço de atenção primária em captar, de forma efetiva, esses pacientes (FAÇANHA, 2006; LEITE, 2011). A demanda espontânea foi a segunda forma de detecção mais prevalente entre a população desse estudo sendo considerada um modo de detecção passivo e por isso, relaciona-se com diagnóstico tardio que, conseqüentemente, leva ao maior risco de desenvolver casos com algum (FERREIRA, 1998).

O tipo de alta mais encontrada nessa e em outras literaturas (SOUZA, 2013; QUEIRÓS, 2014) foi por cura, que sugere uma boa qualidade nos serviços de saúde, bem como o acompanhamento do caso até o término do tratamento. No entanto, nesse estudo, também foram registrados casos de abandono que constituem um grave problema para os profissionais da área de saúde pública no controle da doença. Antes, durante e após o tratamento existe a possibilidade de ocorrerem estados reacionais que indicam uma inflamação aguda causada pela resposta do sistema imunológico ao *M.leprae*, essas reações, podem ocasionar ao paciente problema no entendimento em relação à eficácia do tratamento e contribuir efetivamente para o seu afastamento. O abandono ou falta do tratamento ocorre não apenas por esse motivo, existem também outros fatores como a falta de motivação, a deficiência de conhecimentos sobre a doença, a rotatividade de profissionais e a não credibilidade na cura da hanseníase, entre outros (ANDRADE, 1996).

Portanto, vale ressaltar que um dos pontos estratégicos para o controle da hanseníase é através do tratamento precoce que é indispensável para a interrupção da cadeia de transmissão do bacilo e para o aumento nas chances de cura do paciente. Profissionais de saúde capacitados e comprometidos na realização das ações de controle da doença, assim como a disponibilidade de instrumentos para a realização do exame dermato-neurológico, exame baciloscópico e recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população são também alguns fatores importantes para conter a disseminação da doença (BRASIL, 2005).

O número de campos ignorados ou não avaliados encontrados no banco de dados do SINAN representou uma limitação para este estudo, impedindo uma análise mais acurada de algumas variáveis para conhecer a real magnitude da doença na capital.

5 CONCLUSÃO

Apesar dos esforços e avanços em controlar a hanseníase, o município de Fortaleza, manteve ao longo dos 5 anos estudados uma situação epidemiológica que confirma uma elevada carga da doença com transmissão ativa do bacilo e detecção tardia. Ressalta-se a necessidade de intensificar estratégias de controle dessa doença no município, a fim de alcançar resultados preconizados pelo MS e aprimorar o preenchimento dos campos em branco ou com resposta "ignorada" no SINAN para um melhor panorama epidemiológico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública**. 1996. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

ARANTES, C. K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce de hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2010. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo- helmintíases: plano de ação 2011-2015**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, A. L. **Padrões epidemiológicos e distribuição espacial da hanseníase no município de Fortaleza, 2001 a 2012**. 2015. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

CARVALHO FILHO, R.; SANTOS, S. S.; PINTO, N. M. M. Hanseníase: Detecção Precoce pelo enfermeiro na Atenção Primária. **Rev. Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 606-620, nov./dez. 2010.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**. 2019. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_hanseniaze_21_01_19.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptCE.def>. Acesso em: 07 dez. 2020.

FAÇANHA, M. C. *et al.* Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza-Ceará, Brasil Leprosy: under reported cases in Fortaleza-Ceará, Brazil. **An Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 4, p. 329-33, 2006.

FERREIRA, J. Validade do Grau de incapacidades como indicador de diagnóstico tardio da hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, n. esp., p. 79-85, 1998.

GOMIDE, M. *et al.* Rede social e rede básica de saúde: o papel formador da Pesquisa Operacional em Hanseníase. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 103-114, 2009.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 jan. 2019. Acesso em: 2 jan. 2019.

LANA, F. C. F. *et al.* Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/Minas Gerais, período de 1990 a 2000. **Hansen Int.**, v. 27, n. 2, p. 83-92, 2002.

LEITE, V. M. C.; OLIVEIRA, J. W. L.; GONÇALVES, H. D. S. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 659-665, 2011.

Luna, I. T. *et al.* Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 983-90, nov./dez. 2010.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. da Soc. Bras. de Med. Trop.**, v. 43, n. 1, p. 62-67, jan./fev. 2010.

OMS. **Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase**: período do plano: 2011-2015. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

OMS. **Estratégia global para Hanseníase 2016-2020**: Aceleração rumo a um mundo sem Hanseníase. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

PEREIRA, E. V. E. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An Bras Dermatol.**, v. 86, n. 2, p. 235-40, 2011.

QUEIRÓS, M. I. **Perfil sociodemográfico, clínico-epidemiológico e padrões de atendimento da hanseníase em hospital universitário de Fortaleza-Ceará, 2007-2011**. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2014.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica do Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 10, n. 4, p. 272-277, 2012.

RIBEIRO, V. D. S. et al. Características clínicas e epidemiológicas da hanseníase no Estado do Maranhão, 2001 a 2009. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 81-86, 2013.

SILVA, P. L. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no Norte de Minas Gerais. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 896-907, 2013.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 3, p. 325-34, 1997.

SOUZA, E. A. **Hanseníase, risco e vulnerabilidade**: perspectiva espaço-temporal e operacional de controle no Estado da Bahia, Brasil. 2017. 321 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SOUZA, L. B. **Padrões Epidemiológicos e operacionais da hanseníase em Fortaleza-CE – 2001 a 2011**. 2013. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2013.

VIEIRA, G. D. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 23, n. 2, p. 269-275, abr./jun. 2014.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Epidemiologia da hanseníase no município de Cariré-Ceará, 2001 a 2010. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 829-842, 2013.

SOBRE OS AUTORES

Luíza Silva de Carvalho

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Residência Integrada em Saúde em Infectologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Contato: luiza_carvalho_2@hotmail.com

Diego da Silva Medeiros

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, UECE, Brasil. Doutorado em andamento em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará, UECE, Brasil.

Contato: diegosmedeiros@gmail.com

Nancy Costa de Oliveira Caetano

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.

Contato: nancycostaoliveira@terra.com.br

Malena Gadelha Cavalcante

Graduada em Farmácia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre e Doutoranda em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.

Contato: malenagadelha@hotmail.com