

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Isabela de Paula Martins
Nívea Maria de Souza Freitas

**DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DAS INTERNAÇÕES POR HANSENÍASE NAS
CAPITAIS BRASILEIRAS**

Goiânia
2021

Isabela de Paula Martins
Nívea Maria de Souza Freitas

**DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DAS INTERNAÇÕES POR HANSENÍASE NAS
CAPITAIS BRASILEIRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como um dos requisitos para a avaliação da Unidade ENF 1113- Trabalho de Conclusão de Curso III, sob orientação do Prof. Dr. Silvio José de Queiroz.

Goiânia
2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos essa pesquisa a todos os nossos familiares que serviram como um suporte de sustentação para a conclusão do nosso curso de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus por ter dado a nós oportunidade de concluir essa graduação.

Somos gratas ao nosso orientador Dr. Silvio José de Queiroz, por toda a paciência e por todo conhecimento que foi nos passando durante a construção desse trabalho de conclusão de curso.

Agradecemos também a todos os nossos amigos e familiares por todo apoio e por ter acreditado em nós mesmo nos momentos mais difíceis.

“Para realizar grandes coisas, você não deve apenas agir, mas também sonhar, não apenas planejar, mas também acreditar”. Anatole França

Resumo

O estudo tem como objetivo descrever a distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras. Material e método: O estudo tem caráter qualitativo com características epidemiológicas. A construção do referencial teórico aconteceu pelos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com estudos no período de 2011 a 2020. Foram utilizadas as variáveis capitais brasileiras, faixa etária, sexo e raça/cor. Foram incluídos todos os casos notificados de hanseníase residentes nas capitais brasileiras e excluídos os casos de registros não residentes no Brasil e casos de duplicidade. Resultados: O ano de 2013 apresentou o maior número de registro de internações com 16,39% de internações por hanseníase, seguido pelo ano de 2011 com 13,47% e 2012 com 12,02%. Os menores registros ocorreram no ano de 2020 com 6,72% seguido pelo ano de 2015 com 7,46% e 2018 com 7,49%. O sexo masculino apresentou 63,88% das internações, a cor parda apresentou o total de 42% de casos, seguido pela raça/cor Branca com 12,76%. A maior prevalência foi registrada no ano de 2013 com 5,60 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo ano de 2011 com 4,89 e 2012 com 4,25 casos por 100.000 habitantes. Os menores registros ocorreram no ano de 2018 com 2,46 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo ano de 2020 com 2,17. Considerações Finais: Por se tratar de um estudo de dados secundários, deve assim ser considerados alguns vieses nas pesquisas, como a deficiência de notificações feitas pelos profissionais de saúde, fica evidenciado a necessidade de ações fortalecidas em saúde. Conclusão: O estudo concluiu que os indivíduos acometidos pela doença foram pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e sociodemográfica, residentes nas capitais das regiões do Brasil, entre elas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Descritores: Hanseníase; Epidemiologia; Distribuição temporal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras, no período de 2011 a 2020.....	23
Tabela 2- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras por faixa etária, no período de 2011 a 2020.....	27
Tabela 3- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras por sexo, no período de 2011 a 2020.....	30
Tabela 4- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras por raça/cor, no período de 2011 a 2020.....	33
Tabela 5- Taxa de prevalência de hanseníase por 100.000 nas capitais brasileiras, no período de 2011 a 2020.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde.

DATASUS- Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano.

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MB- Forma Multibacilar

MS- Ministério da Saúde.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

ONU- Organização das Nações Unidas.

PQT- Poliquimioterapia.

SCIELO- Scientific Electronic Library Online.

SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade.

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

PSF- Programa Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Geral	21
2.2 Específicos.....	21
3 MATERIAL E MÉTODO	22
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	24
5 PLANO DE INTERVENÇÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
7 CONCLUSÃO.....	44
7 REFERÊNCIAS	45

1. INTRODUÇÃO

As doenças negligenciadas são enfermidades tratáveis e curáveis que afetam, principalmente, populações com poucos recursos socioeconômicos de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica 17 enfermidades como doenças negligenciadas, entre elas podemos destacar as principais como a dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose (BRASIL, 2010).

Compreendemos que as doenças negligenciadas são um grupo de doenças infecciosas causadas por vírus, parasitas, fungos e bactérias. Essas enfermidades afetam mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, sendo endêmicas em 149 países. Na maioria das situações ocorrem em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento (BRASIL, 2018).

Com avanços científicos, as doenças negligenciadas deveriam ser menos persistentes, porém existem algumas falhas que contribuem para o aumento, tais como a de ciência, conhecimento insuficientes, falta de investimento em saúde e falha no sistema de saúde pública em geral. “Em torno de 90% da carga de doenças no mundo está concentrada em países pobres, que dispõem de não mais que 10% dos recursos globais de saúde” (OLIVEIRA, 2018).

De outra forma, o autor acima, cita que os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que detêm 18% da população mundial é responsável por grande parte das despesas com saúde do mundo, com gastos de em média de US\$ 2.900 por ano. Em países do continente Africano há o mais baixo percentual de gastos com saúde. Ainda que os gastos com saúde sejam insuficientes, nos últimos anos, países da América do Sul exerceram esforços para aumentar o investimento em saúde.

As doenças negligenciadas em países com mais altos índices de Desenvolvimento Humano como exemplo a Argentina, que com uma análise nos anos de 1991 a 2016, obteve uma taxa de mortalidade por doenças tropicais negligenciadas reduzida. No entanto com relação a doenças negligenciadas específicas como a hanseníase, houve um período de aumento súbito significativo (1991–1998) seguido

por uma redução moderada significativa entre 1998 e 2016. E nota-se que o aumento desses casos está distribuído nas regiões Noroeste e Nordeste do país (MACIAS, 2019).

Várias das doenças negligenciadas de circulação mundial, ocorrem também no Brasil, porém com índices de casos diferentes nas várias regiões do país. O número de pessoas que adoecem é maior nas áreas de maior pobreza, com uma relação direta entre a prevalência elevada e o baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). As regiões Norte e Nordeste, as mais pobres do país, apresentam alta prevalência dessas doenças (BRASIL, 2018).

O Brasil em 2006, definiu como doenças negligenciadas não só aquelas que prevalecem em condições de extrema pobreza, mas também aquelas que contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade. O Relatório sobre a “Saúde do Mundo para 2004” da OMS definiu a pesquisa em saúde como prioridade (OLIVEIRA, 2018).

Mais de 1 bilhão de pessoas são afetadas no mundo por doenças negligenciadas, estima-se que cerca de 500.000 de pessoas morrem por causa dessas enfermidades. Contudo em 2014, 81% dos casos de hanseníase do mundo foram notificados em três países sendo eles a Índia com 125.785 casos, Brasil com 31.064 casos e Indonésia com 17.025 casos registrados (MACIAS, 2019).

Desse modo o autor acima menciona, que nos últimos cinco anos 94% dos casos novos de hanseníase foram detectados no Brasil e o restante se encontra distribuído em vinte e três países alguns deles são: Argentina, Bolívia, Colômbia, Cuba, Equador, México, Paraguai, República Dominicana e Venezuela.

No Brasil as doenças negligenciadas mais importantes incluem leishmanioses, doença de Chagas, tracoma, hanseníase, dengue e malária, além de diversas parasitoses. A hanseníase, apesar de apresentar baixa mortalidade, é uma doença estigmatizante, responsável por diversas alterações anatômicas e fisiológicas (GARCIA et al., 2011).

No mundo, em 2018, foram reportados à OMS 208.619 novos da hanseníase. Desses, 92,6% ocorreram na região das Américas e foram notificados no Brasil. Do total de casos novos diagnosticados no país, 5,9% ocorreram em indivíduos menores

de 15 anos. Quanto ao Grau de Incapacidade Física, entre os 8,5% apresentaram deformidades visíveis. Diante desse cenário, o Brasil ocupa o segundo lugar na relação de países com maior número de casos no mundo, estando atrás apenas da Índia (OMS, 2019).

A hanseníase está inserida na agenda internacional e, dentre os compromissos mundialmente assumidos, a doença está contemplada no Objetivo 3 de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU). Esse objetivo visa promover o bem-estar e uma vida saudável, com a meta de combater as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e outras doenças transmissíveis e tropicais negligenciadas até o ano de 2030 (ONU, 2017).

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível e de caráter crônico, que ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo que afeta principalmente os nervos periféricos, olhos e pele. A doença atinge pessoas de qualquer sexo ou faixa etária, podendo apresentar evolução lenta e progressiva e, quando não tratada, pode causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis (BRASIL, 2019).

A hanseníase é considerada uma doença negligenciada cujas repercussões, abrangem aspectos sociais, econômicos e psicológicos, uma vez que estão fortemente relacionados a incapacidades físicas e estigma social (JARDIM et al., 2020).

Entende-se que a transmissão da hanseníase se dá por meio da entrada dos bacilos no organismo, pelas vias aéreas superiores no trato respiratório das pessoas suscetíveis à doença, e o contato íntimo e prolongado, muito frequente, no convívio domiciliar, pode propiciar um ciclo de disseminação (MENDONÇA et al., 2019).

Para Mendonça et al (2019), os contatos intra domiciliares dos doentes são os mais favoráveis para adquirir a doença, e são considerados mais vulneráveis em virtude da exposição prolongada ao bacilo. Esse risco é cerca de cinco a dez vezes maior em famílias com um caso da doença e aumenta em até dez vezes em situação de mais de um caso no mesmo domicílio.

O tratamento específico da hanseníase, recomendado pela OMS e preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil é a Poliquimioterapia (PQT), uma associação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, na apresentação de blíster. Essa associação diminui a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença (BRASIL, 2020).

O tratamento padrão da hanseníase é feito com a PQT e, em caso de intolerância ou contraindicação, estão previstos esquemas substitutivos. Existem alguns esquemas de tratamento das reações hansênicas, as quais podemos destacar as mais comuns como a Reversa (tipo 1) e Eritema Nodoso Hansênico (tipo 2), onde são indicados os medicamentos antirreacionais (BRASIL, 2020).

Compreendemos que o tratamento da hanseníase é feito com a PQT, que foi introduzido no mercado há cerca de três décadas, e este remédio tem uma ótima resposta farmacológica diminuindo consideravelmente a carga da hanseníase no mundo (OMS, 2016).

A hanseníase é uma doença que faz parte da lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017), e, portanto, é obrigatório que os profissionais de saúde reportem os casos suspeitos e/ou confirmados do agravo no SINAN (NUNES.,2019).

A continuidade de índices em níveis elevados de casos geralmente está associada a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e às condições assistenciais insatisfatórias para o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno, o acompanhamento dos casos e vigilância dos contatos (JARDIM et al., 2020).

Com relação à situação socioeconômica, é abrangente a literatura que evidencia o baixo poder financeiro dos pacientes acometidos pela hanseníase. Esta situação pode trazer aos indivíduos condições ambientais que favoreçam o contágio e a proliferação da doença, tendo em vista a possibilidade de viverem em condições precárias de moradia, higiene e alimentação (LIMA et al., 2019).

Ainda segundo o mesmo autor as condições socioeconômicas, como baixa escolaridade e renda familiar, implicam também em dificuldades no acesso à saúde,

que, por sua vez, contribuem para a permanência de indivíduos com as formas contagiosas (multibacilares), configurando-se como fatores determinantes para a manutenção da endemia.

O mesmo autor ressalta que além do quesito vulnerabilidade social, estão os quadros de complicações inflamatórias agudas provocados pelas reações hansênicas que podem causar prejuízos aos indivíduos nos âmbitos social, psicológico, físico e econômico, levando a alterações nas funções sensitiva, motora e autonômica (LIMA et al., 2019).

Alguns indivíduos portadores de hanseníase que apresentam características sociais e clínicas de vulnerabilidade, representadas por baixa escolaridade, poucos recursos financeiros e acometimento nas formas mais agressivas da doença podem permitir o surgimento de sequelas, incapacidades físicas e influenciar de forma negativa a qualidade de vida dessas pessoas (LIMA et al., 2019).

De acordo com o mesmo autor, uma equipe multiprofissional de saúde capacitada (principalmente nas áreas de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, medicina e psicologia), com vista a atuar na realização de ações de promoção da saúde, terapias físicas, abordagens psicológicas e cuidados integrais para que uma assistência em saúde seja completa e eficaz.

Vale ressaltar, que nas últimas três décadas foram testemunhados avanços notáveis no controle da hanseníase e entre eles estão a eliminação dessa doença como problema de saúde pública prevalente em vários países, isto é, um predomínio registrado abaixo de 1 por 10.000 habitantes (OMS, 2016).

Também com o intuito de mitigação da transmissão, a OMS (2016) traz a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, que tem como meta reduzir a taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física para menos de 1 caso por 1.000.000 habitantes e zerar o número de casos com grau 2 em crianças.

Acredita-se que hanseníase se originou na África Oriental e se espalhou pela migração humana para o resto do mundo. A doença se tornou bem conhecida na Índia e na China antiga em meados de 4000 a.c, com a primeira referência escrita conhecida em 600 a.c. (AFTAB et al., 2016).

Na Irlanda pensava-se que a doença teria chegado por meio do comércio. Na Noruega, a doença se espalhou até o século 19, dando origem ao primeiro registro nacional de pacientes do mundo (AFTAB et al., 2016).

A hanseníase está presente provavelmente em países como na ilha vizinha da Grã-Bretanha desde os tempos romanos e aumentou constantemente durante o período anglo-saxão. Na Idade Média, era uma doença endêmica e na Europa, provocava uma resposta social e teológica complexa, em grande parte relacionada ao medo de contrair a doença (TAYLOR et al., 2018).

Mais de 16 milhões de pacientes foram diagnosticados e tratados desde a introdução da PQT durante as três últimas décadas. As estatísticas anuais da hanseníase recebidas de 121 países de cinco regiões da OMS, mostram que dos pacientes notificados em 2014, 94% eram habitantes de treze países: Bangladesh, Brasil, República Democrática do Congo, Etiópia, Índia, Indonésia, Madagascar, Mianmar, Nepal, Nigéria, Filipinas, Sri Lanka e República Unida da Tanzânia (OMS, 2016).

Sabe-se que mais de 16 milhões de pacientes com a doença foram tratados globalmente com a PQT nos últimos 20 anos e a taxa de prevalência da doença caiu 99%: de 21,1% por 10.000 em 1983, para 0,25% por 10.000 pessoas em 2015. Todos os países com uma população numerosa com mais de um milhão de habitantes alcançaram a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública em nível nacional (WANGARA et al., 2019).

A prevalência total da hanseníase no final de 2016 era de 171.948 com um total notificado de 0,23% por 10.000 habitantes, uma diminuição em relação a 2015. Às estatísticas globais são enviadas de 143 países de várias regiões do mundo, porém não está completa, tendo em vista que aproximadamente 33 países não enviaram seus dados sobre hanseníase (RAO et al., 2018).

Destaca-se que países com grandes populações como Índia, Brasil e Indonésia, divulgaram mais de 10.000 novos casos anual da doença. Todos esses países, simbolizam 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo com a doença (OMS, 2016).

O Quênia que é um país no leste da África, em 1989 conseguiu atingir a meta da OMS de eliminação de menos de 1 caso por 10.000 pessoas. O número de novos casos de hanseníase notificados no país diminuiu continuamente de 6.558 em 1986 para 131 casos em 2015 (WANGARA et al., 2019).

Apesar dos baixos índices da hanseníase no Quênia em 2013, a doença continuou a causar morbidade entre os infectados com 48% dos casos com complicações que levaram a incapacidades de grau 1 e 2. Em 2014 no país foram notificados 133 novos casos da doença e 90% desses casos eram pacientes com hanseníase multibacilar (WANGARA et al., 2019).

Atualmente em países como na Escandinávia, como na maior parte da Europa, a hanseníase encontra-se registrada mais em imigrantes de áreas endêmicas e prevalece não autóctone em habitantes do país isto explica a sua raridade nesses locais. Na Dinamarca foi notificado apenas menos de um caso por ano nos últimos 30 anos (AFTAB et al., 2016).

Na Colômbia em 1985, a prevalência da hanseníase encontrava-se de 5,5% casos por 10.000 pessoas. Em 1997, atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS. O tratamento da doença é baseado no método prescrito pela OMS, porém algumas modificações são criadas de acordo com critérios médicos e definição de protocolos de diversos países (BELTRÁN et al., 2016).

Na Índia devido a grandes esforços, a taxa de prevalência que no ano de 1983 era de 57,8% por 10.000 habitantes, em 2005 caiu para menos de 1% por 10.000 habitantes. No ano de 2007 foram detectados 137.685 novos casos e nove anos depois, em 2016, o número permaneceu quase o mesmo em 135.485, um aumento significativo em relação aos 127.326 novos casos detectados em 2015 (RAO et al., 2018).

A Indonésia é um país arquipélago, o maior do mundo com uma população de 267,7 milhões de pessoas, contribui com 8% dos casos de hanseníase do mundo em 2015, com 17.202 novos casos. A maioria dos registros no país 84% apresenta a forma multibacilar (MB), considerada a grande responsável pela alta taxa da doença no país. A doença é um grave problema de saúde no país (TIWARI et al., 2018).

No Brasil no ano de 2002, às taxas mais elevadas da prevalência por hanseníase foram encontradas nas regiões Centro-Oeste com 11,77/10.000 habitantes, Norte com 8,73/10.000 habitantes, Nordeste com 6,04/10.000 habitantes, regiões Sudeste com 2,41/10.000 habitantes e Sul com 1,43/10.000 habitantes (MAGALHÃES et al., 2007).

Os mesmos autores acima informam que os estados como Mato Grosso, Piauí, Roraima, Goiás, Pará, Rondônia, Tocantins e Pernambuco possuem uma situação bastante desfavorável em relação a doença. Rio Grande do Sul e de Santa Catarina são os únicos estados que possuem a taxa de prevalência aceitável pela MS de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes.

Uma análise realizada em 2009 pelo MS mostrou que os estados do Mato Grosso, do Tocantins, de Rondônia, do Pará e do Maranhão pertencem a uma área com alto risco de transmissão de hanseníase. Nota-se que as medidas de saúde tomadas até hoje não estão sendo satisfatórias para combater a hanseníase no país (FREITAS et al., 2017).

Em 2016, as capitais com taxas de detecção alta quanto a casos novos de hanseníase foram Palmas com 61,95 por 100 mil habitantes, Teresina com 11,58 por 100 mil habitantes e Recife com 10,63 casos por 100 mil habitantes. As demais capitais apresentaram taxa de detecção média 0,50 a 2,49 por 100 mil habitantes e baixa < 0,50 por 100 mil habitantes (SCHNEIDER et al., 2018).

A análise das taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil entre 2001 e 2016 foi decrescente, mas notou-se a presença de endemicidade em algumas capitais brasileiras, nas regiões Centro-Oeste e Norte, onde demonstra permanência de fontes de transmissibilidade e dificuldade na eliminação da hanseníase (SCHNEIDER et al., 2018).

Em 2015, o Brasil, apresentou um coeficiente de detecção geral em menores de 15 anos e coeficiente de detecção com grau 2 de incapacidade física de 14,06 casos, 4,28 casos e 0,91 casos/100 mil habitantes. Também se verificou uma proporção de contatos examinados de 78,23% e proporção de cura de 83,44% (ACHIETA et al., 2019).

Nas análises por regiões, o maior coeficiente de detecção na população geral, foi na região Norte 29,59 por 100 mil habitantes e menor na região Sul 3,49 por 100 mil habitante, em 2015. Os três estados que apresentam os maiores coeficientes de detecção na população em geral, foram: Mato Grosso, Tocantins e Maranhão. O coeficiente de detecção no Maranhão foi de 51,27 por 100 mil habitantes em 2015 (ANCHIETA et al., 2019).

Para Ribeiro et al (2018), a prevalência de casos de hanseníase no Brasil no ano de 2015 foi de 1,01% para 10.000 habitantes, a menor taxa apontada nos últimos 11 anos. Neste ano, o coeficiente de prevalência oscilou entre 1,01 e 2,11% para 10.000 habitantes. Os coeficientes mais altos foram nos anos de 2005 e 2009. Desde 2005, o coeficiente de prevalência do país permaneceu classificado como médio entre 1,00 a 4,99% para 10.000 habitantes.

O mesmo autor destaca que houve uma redução das taxas de prevalência no Brasil, mas esse comportamento não foi observado em todas as regiões do país. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram coeficiente de prevalência acima da média nacional no ano de 2015, configurando uma carga endêmica no país.

Os estados que tiveram as maiores taxas de prevalência no ano de 2015 foram Mato Grosso, no Centro-Oeste com 7,75% para 10.000 habitantes, Tocantins, no Norte com 4,2% para 10.000 habitantes e Maranhão, no Nordeste com 3,76% para 10.000 habitantes. As regiões Sudeste e Sul não tiveram registro de casos de hanseníase entre 2005 e 2008. Nos demais anos, o coeficiente de prevalência ficou abaixo da média nacional nessas regiões (RIBEIRO et al., 2018).

Ainda, com o estudo citado acima compreendeu-se que a queda lenta na taxa de prevalência, pode estar relacionada a diferenças no desenvolvimento e padrão de vida entre as regiões brasileiras. No mesmo sentido, a detecção precoce e a redução de incapacidades parecem estar associadas à eficiência dos serviços de atenção básica de saúde.

Os dados sobre mortalidade retirados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do MS, mostram que no período de 2000 a 2015, o estado do Tocantins foi um causador de um número satisfatório de mortes por hanseníase.

Foram registrados 201 óbitos, o que corresponde a 0,2% das notificações da doença no estado (MONTEIRO et al., 2018).

O mesmo autor refere que no Brasil, a mortalidade por hanseníase é maior entre os homens, os idosos e as pessoas da raça/cor negra, e, nas regiões endêmicas do Norte e Nordeste. O fato de ser uma doença crônica, com potencial de complicações e efeitos adversos causados pelas medicações de uso prolongado, pode ocasionar mortes, principalmente em populações negligenciadas, embora a letalidade da doença seja considerada baixa.

Ainda os mesmos autores destacam que prevaleceram os óbitos de pessoas na raça/cor da pele parda com 61,7%. Os indivíduos que se declararam solteiros foram 40,3% e nos indivíduos sem nenhum ano de estudo as notificações representaram 41,7%. Quanto ao local de ocorrência, 67,6% dos óbitos aconteceram em ambiente hospitalar.

No Brasil os estados mais desenvolvidos socioeconomicamente como exemplo da região Sul alcançaram a meta de eliminação da hanseníase, ou seja, obtiveram uma prevalência de menos de 1 caso por 10.000 mil habitantes. Ainda observou que a doença apresenta uma distribuição geográfica contínua em algumas áreas da região Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país (FREITAS et al., 2017).

No âmbito nacional, o MS, elaborou a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase no período de 2019 a 2022. O documento, que está publicado, tem como visão um Brasil sem hanseníase. A Estratégia se baseia na Estratégia Global com o objetivo de reduzir a carga da doença no país ao fim de 2022 e possui três pilares: Pilar 1: Fortalecer a gestão do programa Pilar 2: Enfrentamento da hanseníase e suas complicações e Pilar 3: Combater a discriminação e promover a inclusão (BRASIL, 2019).

O enfrentamento da hanseníase é prioridade para o MS, que tem entre as principais estratégias de ação, a detecção precoce de casos e o exame de contatos, com o intuito de prevenir as incapacidades físicas e favorecer a quebra da cadeia de transmissão (BRASIL, 2020).

Diante do exposto, como se dá a distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras? qual o seu perfil sociodemográfico? qual a sua prevalência?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Descrever a distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras, no período de 2011 a 2020.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas das internações por hanseníase nas capitais brasileiras.

- Descrever a prevalência das internações por hanseníase.

- Elaborar um plano de intervenções para diminuição das internações por hanseníase nas capitais brasileiras.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, epidemiológico e temporal, no qual a temporalidade traz uma sequência de dados obtidos em intervalos regulares de tempo durante um período específico com a finalidade de modelar o fenômeno estudado descrever e fazer estimativas com relação ao tema proposto e avaliar quais os fatores que influenciam a hanseníase no Brasil buscando definir relações de causa e efeitos dessa doença no país.

O estudo tem caráter quali-quantitativo, com características epidemiológicas onde foi realizado o estudo da distribuição e frequência do agravo da doença no Brasil em funções de variáveis ligadas ao tempo, espaço e pessoas, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico da doença. O trabalho foi realizado na cidade de Goiânia, no estado de Goiás, situado na região do Centro-Oeste do Brasil.

O período de seleção dos dados ocorreu entre 2011 a 2020, com dados notificados de hanseníase nas capitais brasileiras. O Brasil consiste no agrupamento de Estados e Municípios em regiões sendo elas microrregiões e macrorregiões, o Brasil possui 27 capitais que estão espalhadas pelas 5 regiões do País: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. No total, o País é composto por 26 estados e 1 Distrito Federal, cuja capital é a cidade de Brasília. O Brasil é um País organizado em forma de República Federativa e está localizado na América do Sul, sendo o maior país dessa região continental, com uma área de 8.515.767,049 km².

A busca para a construção do referencial teórico aconteceu pelos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hanseníase, Epidemiologia e distribuição temporal, combinados com o operador booleano AND.

Foram incluídos todos os casos notificados de hanseníase residentes nas capitais brasileiras e excluídos os casos de registros não residentes no Brasil e casos de duplicidade.

O estudo sucedeu com dados secundário disponibilizados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), e os dados populacionais foram obtidos através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando a população estimada de 2020.

O processamento dos dados obtidos aconteceu através do programa, *Microsoft Excel*. Utilizando estatística descritiva nos dados com o número de casos existentes dividido pelo número total da população. Após esse processamento foi passado os dados para o programa *Microsoft Word*, a representação das informações estatísticas foi em formas de tabelas, utilizando a dupla checagem dos dados.

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenções realizou-se as buscas através das bases de dados LILACS, SCIELO, BVS e Google Acadêmico, considerado publicações dos últimos 5 anos.

As variáveis definidas são variáveis independentes e dependentes, classificadas como qualitativas, podem ser variáveis nominais e ordinais tais como: capitais brasileiras, faixa etária, sexo, raça/cor e população estimada.

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo foi realizado utilizando dados secundários de domínio público e não será submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa, mesmo não sendo submetida ao comitê de ética, respeita todos os preceitos éticos estabelecidos, zelando pela legitimidade de informações e privacidade quando necessário, tornando os resultados desta pesquisa de domínio público.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados da distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras, seguido pelo perfil sociodemográfico e epidemiológico, acompanhado pelas taxas de prevalência das internações por hanseníase, no período de 2011 a 2020.

Tabela 1- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras, no período de 2011 a 2020.

Capitais	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Porto Velho	208	64	61	26	27	44	49	30	89	29	627
Rio Branco	29	33	35	25	35	51	27	19	32	12	298
Manaus	42	44	44	26	21	30	29	10	11	3	260
Boa Vista	26	9	6	8	5	6	7	13	7	2	89
Belém	29	8	11	12	5	12	5	3	2	1	88
Macapá	17	2	7	0	3	1	2	3	1	1	37
Palmas	16	22	46	52	18	23	38	46	59	13	333
São Luís	163	164	268	216	187	171	437	247	401	528	2.782
Teresina	16	27	25	15	16	32	21	20	17	10	199
Fortaleza	164	68	64	73	37	16	23	37	18	14	514
Natal	22	8	10	19	6	12	13	15	17	6	128
João Pessoa	92	101	115	116	108	97	83	74	149	60	995
Recife	263	406	500	141	136	254	111	107	58	31	2.007
Maceió	162	178	172	157	77	36	28	48	47	49	954
Aracaju	25	8	7	3	1	10	3	8	7	3	75
Salvador	98	110	85	110	72	88	98	94	103	46	904
Belo Horizonte	105	68	22	35	20	20	14	22	20	14	340
Vitória	176	152	334	20	14	28	63	66	56	5	914
Rio de Janeiro	60	59	63	43	37	37	32	32	43	10	416
São Paulo	101	67	85	84	55	98	67	36	55	22	670
Curitiba	7	9	25	3	3	3	7	15	35	15	122
Florianópolis	12	2	7	41	69	47	14	20	23	23	258
Porto Alegre	12	14	14	6	6	5	17	7	12	18	111
Campo Grande	55	64	61	77	79	80	89	95	94	75	769
Cuiabá	36	20	18	17	9	6	15	15	22	7	165
Goiânia	269	223	564	206	145	127	136	118	124	88	2.000
Brasília	38	36	31	26	30	23	37	26	31	14	292
Total	2.243	1.966	2.680	1.557	1.221	1.357	1.465	1.226	1.533	1.099	16.347

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2021.

Na Tabela acima, o ano com maior número de internações por hanseníase foi em 2013 com 16,39%, seguido pelo ano de 2011 com 13,47% e 2012 com 12,02%. Os menores registros ocorreram no ano de 2020 com 6,72% seguido pelo ano de 2015 com 7,46% e 2018 com 7,49%. Em relação as capitais, São Luís

registrou 17,01% com o maior registro de notificações, seguido por Recife com 12,27% e Goiânia com 12,23%. As capitais com os menores registros foram Macapá com 0,22% e Aracaju com 0,45%.

A hanseníase é uma doença que merece atenção especial no que se refere ao controle dessa patologia na população brasileira. Estudo realizado no município de São Luís, no Maranhão, mostrou que a doença tem altos índices, principalmente nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Esses dados sugerem que a busca ativa da hanseníase é pouco implementada no município (GOIABEIRA et al., 2018).

O mesmo autor demonstra com o estudo realizado no município de São Luís, em 2012, que 58,33% dos casos detectados no município são de casos novos da doença, ou seja, o modo de inscrição do cliente que em nenhuma circunstância recebeu o tratamento específico para a doença. Esses dados corroboram com os dados apresentados na Tabela 1.

A maior parte dos casos novos de hanseníase é registrada em indivíduos residentes nas capitais dos Estados. Essa informação é resultado da migração da zona rural para o espaço urbano. O processo de urbanização da população justifica-se pela busca de melhores condições de vida, tais como, escolas, emprego, saúde e segurança, o que resulta no aumento populacional dos centros urbanos e vulnerabilidade socioeconômica (GOIABEIRA et al., 2018).

Na região Centro-Oeste, o estado de Goiás é considerado como um dos estados mais prevalentes da hanseníase ocupando o segundo lugar nessa classificação, ficando atrás apenas do Mato Grosso e do Tocantins. A distribuição da hanseníase em Goiás, não se distribui de forma homogênea. No ano de 2016, foram apontados 185 municípios do Estado com novos casos de hanseníase (BARBOSA et al., 2017).

O município de Aracaju, no Nordeste, apresentou uma queda significativa dos casos de hanseníase durante uma série histórica de 15 anos (2003 a 2017), partindo de uma classificação epidemiológica de hiperendêmica maior que 40 casos por 100.000 mil habitantes, para situação endêmica com 20 casos por 100.000 habitantes (MOREIRA et al., 2019).

O Nordeste é considerado a região mais pobre do estado, com poucos recursos em educação e saúde. A região merece uma atenção maior do governo pois os casos de hanseníase na população são consideráveis, principalmente na população de menores de 14 anos (BARBOSA et al., 2017).

Ribeiro et al., (2018), também traz que no Brasil, os maiores coeficientes de hanseníase foram observados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Podemos destacar que o fator que pode contribuir significativamente para essas regiões ainda terem altos índices da doença é que elas são consideradas como socioeconomicamente atrasadas. Ao contrário das regiões Sudeste e Sul que estão no extremo socioeconômico favorável do país.

Embora no Brasil haja uma tendência de eliminação da hanseníase em nível nacional as desigualdades regionais resultam na persistência da patologia. As desigualdades socioeconômicas entre as regiões brasileiras têm sido apontadas como os principais fatores contribuintes para a endemicidade da hanseníase (RIBEIRO et al., 2018).

As condições socioeconômicas da hanseníase se relacionam em nível individual, onde a baixa adesão ao tratamento, evolução da doença para incapacidade física e piora da qualidade de vida, contribuíram para a prevalência da doença entre os contatos domiciliares e extradomiciliares. Os fatores socioeconômicos que estão relacionados a um maior risco individual foram: analfabetismo, desemprego, escassez de alimentos, moradores em situação de rua e dificuldade de acesso ao serviço de saúde (LEANO et al., 2019).

O analfabetismo é apontado como um dos fatores socioeconômicos que dificultam o reconhecimento das manifestações clínicas da doença. Outro fator que é apontado como um dificultador é a escassez de alimentos uma vez que alimentação com baixo valores nutricionais aumentam a suscetibilidade às doenças infecciosas. As péssimas condições de moradia também são fatores que influenciaram o risco de infecção, adoecimento e recidiva da doença (LEANO et al., 2019).

O devido atendimento prestado pelos profissionais de saúde é de grande importância para adesão desses pacientes ao tratamento da hanseníase. Os profissionais precisam ter uma postura adequada e orientarem os pacientes a respeito de todos os aspectos relacionados à doença para que esses pacientes entendam a necessidade de adesão correta no tratamento dessa patologia e que não abandonem esse tratamento (ROLIM et al., 2016).

O mesmo autor refere que os profissionais de saúde deixem claro para os pacientes com hanseníase que eles entendam a importância da adesão ao tratamento e a sua responsabilidade nesse tratamento, além de estimular o auto

cuidado do mesmo que é fundamental na prevenção de incapacidades físicas e manutenção de sua saúde (ROLIM et al., 2016).

Ainda, segundo autor, o trabalho é tido como o principal fator para o abandono do tratamento, onde as atividades diárias, correria do dia a dia é tido como a principal prioridade para os pacientes, uma vez que a saúde deveria estar em primeiro lugar, pois só estando devidamente saudável que conseguirá exercer suas funções de forma segura e eficaz.

Em geral pessoas acometidas pela hanseníase tem baixa escolaridade, o que pode dificultar a compreensão sobre a importância do tratamento da doença e da adesão a esse tratamento. É importante salientar que uma população com poucos recursos é mais vulnerável a doença uma vez que as chances de adoecimento da população se multiplicam pela situação de vulnerabilidade a que fica exposta (LEANO et al., 2019).

Tabela 2- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras por faixa etária, no período de 2011 a 2020.

Capitais	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 ou mais	Total
Porto Velho	0	0	0	6	15	47	79	108	159	110	85	53	662
Rio Branco	1	0	2	10	17	42	68	55	48	32	18	6	299
Manaus	3	9	6	11	20	17	27	42	31	51	43	3	263
Boa Vista	0	0	0	3	4	23	14	7	14	18	5	2	90
Belém	1	1	1	0	6	17	11	15	16	9	8	7	92
Macapá	0	0	1	1	4	4	8	5	7	8	0	0	38
Palmas	0	0	1	9	20	33	80	71	60	33	20	7	334
São Luís	13	40	35	59	149	530	558	477	360	273	184	120	2.798
Teresina	1	1	4	5	9	23	45	42	29	26	15	4	204
Fortaleza	0	5	4	23	26	81	58	97	75	75	51	19	514
Natal	0	3	4	4	4	23	11	21	19	20	14	7	130
João Pessoa	2	1	3	18	35	190	190	185	145	126	82	27	1.004
Recife	11	67	80	118	147	328	280	286	335	199	131	52	2.034
Maceió	6	18	54	53	64	144	152	150	150	95	57	20	963
Aracaju	2	3	4	0	4	17	8	5	16	6	8	4	77
Salvador	7	14	20	38	34	102	202	165	134	108	59	25	908
Belo Horizonte	0	2	5	4	14	27	71	58	58	67	29	8	343
Vitória	0	1	6	7	25	79	149	183	225	149	73	34	931
Rio de Janeiro	1	0	0	3	9	43	83	84	90	52	41	15	421
São Paulo	0	4	25	27	35	75	121	121	103	81	58	27	677
Curitiba	2	4	6	6	7	13	14	16	26	16	11	1	122
Florianópolis	2	2	0	3	5	59	53	57	50	16	9	2	258
Porto Alegre	0	1	2	3	1	8	12	18	25	25	14	2	111
Campo Grande	0	0	2	3	12	70	118	115	175	160	93	24	772
Cuiabá	1	0	2	7	5	20	35	31	35	21	8	1	167
Goiânia	1	11	23	41	61	345	422	366	353	246	105	29	2.003
Brasília	3	0	0	10	4	41	66	65	54	33	15	5	296
Total	57	188	290	472	736	2.401	2.935	2.845	2.792	2.055	1.236	504	16.511

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2021.

Na Tabela 2, a faixa etária mais acometida foi de 30 a 39 anos com 17,7%, seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos com 17,23% e a faixa etária de 50 a 59 anos, com 16,90% dos registros. Os menores registros ocorreram na faixa etária de menor de 1 ano com 0,3%, seguido pela faixa etária de 1 a 4 anos com 1,13%.

Estudo realizado em São Luís, no Estado do Maranhão no ano de 2012, evidenciou que a faixa etária mais acometida foi entre 21 a 40 anos, este dado é bastante relevante, hanseníase podendo prejudicar a economia do município devido as incapacidades físicas e deformidades relacionadas a doença

(GOIABEIRA et al., 2018). Os dados apresentados coincidem com os dados do estudo, em especial, quando relacionam-se a faixa etária de 30 a 39 anos.

Silveira et al., (2014) verificou-se uma predominância da hanseníase na faixa etária de 36 a 70 anos. Foi observado que o sexo masculino é o mais acometido pela doença em relação ao sexo feminino. Nos dados evidenciados no estudo também demonstram uma maior predominância dos casos no sexo masculino e na faixa etária economicamente ativa de 30 a 39 anos.

As faixas etárias observadas nos anos de 2015 a 2019, notou-se que em todas elas o sexo masculino possui uma maior proporção de casos em relação ao sexo feminino. Evidencia-se uma proporção de 20% a mais nos registros relacionados a faixa etária de 60 anos, na população masculina (BASIL, 2021). Em nossos dados, os anos com os maiores registros de casos de hanseníase foram nos anos de 2011 a 2013, diferentemente dos dados apresentados na literatura, porém a proporção dos casos no sexo masculino foi maior que no sexo feminino, conforme outros estudos.

Em Goiânia, no período de 2006 a 2015, as faixas etárias mais acometidas pela doença foram a de pacientes com 35 a 49 anos, seguido pela faixa etária de 50 a 64 anos, o terceiro grupo mais acometido foi na faixa etária de 20 a 34 anos (MIRANDA et al., 2018). Foi demonstrado no estudo e na literatura, que a faixa etária mais acometida pela hanseníase foi a economicamente ativa, ou seja, de 30 a 49 anos de idade.

Rolim et al., (2016), traz no seu estudo que a faixa etária mais acometida pela doença foi a faixa etária de 49 a 58 anos com 44,4% dos casos. O autor evidencia que essa faixa etária foi mais acometida devido a mudança da estrutura etária, com a diminuição relativa da população mais jovem, e com o aumento da idade que se aproxima da idosa considerando-se que com o envelhecimento vem a diminuição da imunidade. Os dados do autor diferem das informações evidenciados acima, onde evidenciou-se que a população economicamente ativa é mais acometida.

Segundo Lopes et al., (2014), a maioria dos usuários em tratamento também são do sexo masculino com 69,7% dos casos e a maior parte encontra-se na faixa etária de 26 a 36 anos. O autor traz que no seu estudo em ordem decrescente segue as faixas etárias de 13 a 18 anos com 18,2%, 37 a 49 anos e de 50 a 59

anos ambos com 15,1%, de 60 anos ou mais com 12,1% e por fim de 19 a 25 anos com 6,1%. Os dados do autor possuem semelhanças com o nosso estudo.

Ainda segundo o autor embora haja predominância da faixa etária de 26 a 36 anos de idade, a hanseníase encontra-se presente em todas as faixas etárias estudadas. O que também foi observado estudos. Outra semelhança observada pelo autor e pelo nosso estudo, refere-se às crianças, que são menos acometidas pela Hanseníase, o que pode estar associado a proteção da vacina BCG.

Para Rolim et al., (2016), a vacina BCG demonstrou efeito protetor tanto para a incidência como para prevalência de hanseníase entre os contatos. Para os contatos foi encontrada associação com a soropositividade para o antígeno PGL1 entre aqueles com renda familiar inferior a um salário-mínimo e número de moradores no domicílio de quatro a sete pessoas.

Tabela 3- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras por sexo, no período de 2011 a 2020.

Capitais	Masculino	Feminino	Total
Porto Velho	477	185	662
Rio Branco	222	77	299
Manaus	196	67	263
Boa Vista	69	21	90
Belém	57	35	92
Macapá	21	17	38
Palmas	194	140	334
São Luís	1.988	810	2.798
Teresina	131	73	204
Fortaleza	302	212	514
Natal	66	64	130
João Pessoa	708	296	1.004
Recife	1.209	825	2.034
Maceió	574	389	963
Aracaju	37	40	77
Salvador	538	370	908
Belo Horizonte	212	131	343
Vitória	495	436	931
Rio de Janeiro	266	155	421
São Paulo	390	287	677
Curitiba	77	45	122
Florianópolis	181	77	258
Porto Alegre	54	57	111
Campo Grande	553	219	772
Cuiabá	112	55	167
Goiânia	1.256	747	2.003
Brasília	179	117	296
Total	10.564	5.947	16.511

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2021.

Na Tabela acima, o sexo masculino apresentou o maior número de internações com 63,88%. Os menores percentuais de casos, ocorreram na população feminina com 36,01%. As capitais que apresentaram os maiores percentuais foram: São Luís, com 16,94%, Recife, com 12,31% e Goiânia, com 12,13%. Os menores percentuais foram em: Macapá com 0,23%, Aracaju, com 0,46% e Boa Vista, com 0,54%.

Para Miranda et al., (2018), a incidência maior em homens é relatada na literatura nacional e deve-se ao maior risco de exposição ao microrganismo contaminante, por maior tempo de contatos sociais extradomiciliares, relacionados especialmente com o trabalho fora de casa.

O mesmo autor acima afirma que o estudo realizado na capital de Goiânia, demonstrou que a frequência de casos em mulheres de Goiânia é superior a estatística internacional média 36%, segundo a WHO 2016, o fato pode ser explicado

pelo número crescente de mulheres que trabalham fora aumentando assim, a quantidade de contatos e, portanto, o risco de transmissão da hanseníase.

Em relação à classificação da doença, as mulheres apresentaram um crescimento mais expressivo de casos multibacilares, e queda de casos paucibacilares. Por outro lado, os valores absolutos, quase 80% dos casos diagnosticados na região Nordeste do Brasil, eram do gênero masculino (SOUZA et al., 2018), assim como mostra a Tabela acima, o maior índice de casos foi do sexo masculino.

Segundo Goiabeira et al., (2018), outro ponto característico do maior número de casos masculinos se dá pela condição que os homens procuram em menor escala os serviços de saúde e se preocupam menos com as alterações físicas.

Segundo Leano et al., (2019), sobre a adesão ao tratamento poliquimioterápico, o sexo masculino obteve as maiores interrupções ao tratamento associado ao baixo grau educacional, além de maior risco de abandono em indivíduos com renda per capita baixa.

A maneira como os homens agem com a sua própria saúde, como à pouca demanda aos serviços de saúde, ao baixo nível de autocuidado e ao menor acesso a informações e a proteção à saúde, necessita-se reconhecer que o gênero é um determinante importante da ocorrência e da maior gravidade da hanseníase, principalmente quando se verifica o padrão de maior risco entre os homens (masculino (SOUZA et al., 2018).

Para Souza et al., (2018), incluir a participação do homem nas ações de saúde é desafiador, grande parte pelo fato por questões colocadas na socialização dos homens na sociedade, é fundamental reconhecer essas barreiras existentes para que aconteça para um maior acesso e efetividade das ações de controle da hanseníase nessa perspectiva de gênero.

Para o mesmo autor, deve ser analisado as singularidades do ser homem e do ser mulher na sociedade, além da atenção e do cuidado com a saúde do homem, com ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, onde devem ser compreendidas como essenciais para cuidar de pessoas, famílias e comunidades, ainda observando a importância de se estruturar de forma mais consistente e ampliada as ações da Política Nacional de Saúde dos Homens.

Mesmo com os casos existentes, houve uma redução nos índices percentuais dos casos de hanseníase que podem relacionar-se à descentralização do diagnóstico

e do tratamento de pacientes oriundos de cidades interioranas a partir do ano de 2006. A descentralização das ações do programa de hanseníase nas capitais para as unidades básicas de saúde em cidades do interior foi uma determinação do Ministério da Saúde (MIRANDA et al., 2018).

Tabela 4- Distribuição temporal das internações por hanseníase nas capitais brasileiras por raça/cor, no período de 2011 a 2020.

Capital	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Sem informação	Total
Porto Velho	69	39	546	2	0	6	662
Rio Branco	0	1	41	0	0	257	299
Manaus	1	2	135	1	0	124	263
Boa Vista	1	1	58	0	1	29	90
Belém	1	0	62	0	0	29	92
Macapá	5	0	15	1	0	17	38
Palmas	32	15	155	33	0	99	334
São Luís	4	5	876	2	0	1.911	2.798
Teresina	3	4	112	2	0	83	204
Fortaleza	25	2	402	42	1	42	514
Natal	13	2	80	11	0	24	130
João Pessoa	74	14	838	60	0	18	1.004
Recife	91	47	1.088	1	0	807	2.034
Maceió	49	4	137	4	0	769	963
Aracaju	0	0	4	3	0	70	77
Salvador	16	22	188	25	0	657	908
Belo Horizonte	45	21	221	5	0	51	343
Vitória	319	24	376	2	0	210	931
Rio de Janeiro	139	53	151	10	0	68	421
São Paulo	354	61	164	1	0	97	677
Curitiba	57	1	1	0	0	63	122
Florianópolis	227	13	16	0	1	1	258
Porto Alegre	81	8	4	0	0	18	111
Campo Grande	324	58	375	7	0	8	772
Cuiabá	6	2	73	0	0	86	167
Goiânia	157	41	942	16	0	847	2.003
Brasília	15	4	18	5	0	254	296
Total	2.108	444	7.078	233	3	6.645	16.511

Fonte: Ministério da Saúde -Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2021.

Na Tabela acima, o maior percentual de casos por raça/cor, foram na cor Parda com o total de 42%. Seguido pela raça/cor Branca com 12,76%. Os menores percentuais de casos foram na raça/cor Indígena com o total de 0,018% internações, acompanhado da raça/cor Amarela com o total de 1,4% e por última raça/cor Preta com o total de 2,6%.

Segundo Brasil (2021), no período de 2015 a 2019, dos casos novos de hanseníase diagnosticados 58,7%, foram na raça/cor parda, seguida pela raça/cor branca com 24,3%.

Para Goiabeira et al., (2018), durante a avaliação da raça/cor dos novos casos de hanseníase diagnosticados e que declaram a sua raça/cor no momento da notificação, os maiores registros também foram observados na população parda. Os autores destacam que tal distribuição é resultado da composição étnica de cada grupo social, sendo a realidade local formada, em sua maioria, por pardos e negros. Os estudos coincidem com os dados apresentados na Tabela acima.

Destacam-se as altas proporções de pessoas de cor da pele negra e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, também destacam a associação entre altas taxas de detecção de hanseníase e fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e alto índice de vulnerabilidade social (ROCHA et al., 2020).

Segundo Leano et al., (2019), em seus estudos, a prevalência dos casos associou-se à cor preta/ parda, associada a baixa quantidade de anos de estudo e a vulnerabilidade social, a incidência também se mostrou associada à cor preta/parda.

Quanto à reincidência da doença, em seus estudos foram achados maiores casos entre aqueles que residam em casas alugadas, com mais de cinco pessoas, domicílio de madeira ou pau-a-pique, e indivíduos com transtornos relacionados ao álcool, apresentando irregularidade no tratamento, nenhum esclarecimento sobre a doença e usando transporte coletivo para acesso à unidade de saúde (LEANO et al., 2019).

Para Leano et al., (2019), a distância entre o domicílio e o estabelecimento de saúde é apontada como fator prejudicial para o diagnóstico e a detecção de incapacidades físicas, por isso a ocorrência de recidiva foi mais frequente entre os pacientes que utilizavam o transporte coletivo para se deslocar até o serviço de saúde, fatores associados à dificuldade no transporte reforçam a necessidade de descentralização das ações de controle da hanseníase.

Tabela 5- Taxa de prevalência de hanseníase por 100.000 nas capitais brasileiras, no período de 2011 a 2020.

Capitais	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	População	Taxa de prevalência por 100.000
Porto Velho	208	64	61	26	27	44	49	30	89	29	627	4.979.270	12,5
Rio Branco	29	33	35	25	35	51	27	19	32	12	298	3.764.717	7,91
Manaus	42	44	44	26	21	30	29	10	11	3	260	20.526.893	1,26
Boa Vista	26	9	6	8	5	6	7	13	7	2	89	3.384.988	2,62
Belém	29	8	11	12	5	12	5	3	2	1	88	14.487.248	0,6
Macapá	17	2	7	0	3	1	2	3	1	1	37	4.612.825	0,8
Palmas	16	22	46	52	18	23	38	46	59	13	333	2.737.346	12,1
São Luís	163	164	268	216	187	171	437	247	401	528	2.782	10.739.381	25,9
Teresina	16	27	25	15	16	32	21	20	17	10	199	8.465.905	2,35
Fortaleza	164	68	64	73	37	16	23	37	18	14	514	25.928.072	1,98
Natal	22	8	10	19	6	12	13	15	17	6	128	8.629.380	1,48
João Pessoa	92	101	115	116	108	97	83	74	149	60	995	7.857.581	12,6
Recife	263	406	500	141	136	254	111	107	58	31	2.007	16.123.041	12,4
Maceió	162	178	172	157	77	36	28	48	47	49	954	10.019.856	9,5
Aracaju	25	8	7	3	1	10	3	8	7	3	75	6.300.840	1,19
Salvador	98	110	85	110	72	88	98	94	103	46	904	28.620.722	3,15
Belo Horizonte	105	68	22	35	20	20	14	22	20	14	340	24.826.711	1,36
Vitória	176	152	334	20	14	28	63	66	56	5	914	3.528.849	25,9
Rio de Janeiro	60	59	63	43	37	37	32	32	43	10	416	65.281.223	0,63
São Paulo	101	67	85	84	55	98	67	36	55	22	670	119.277.611	0,56
Curitiba	7	9	25	3	3	3	7	15	35	15	122	18.735.291	0,65
Florianópolis	12	2	7	41	69	47	14	20	23	23	258	4.711.367	5,47
Porto Alegre	12	14	14	6	6	5	17	7	12	18	111	14.664.057	0,75
Campo Grande	55	64	61	77	79	80	89	95	94	75	769	8.556.720	8,98
Cuiabá	36	20	18	17	9	6	15	15	22	7	165	5.856.736	2,8
Goiânia	269	223	564	206	145	127	136	118	124	88	2.000	14.351.211	13,9
Brasília	38	36	31	26	30	23	37	26	31	14	292	28.877.273	1
Total	2.243	1.966	2.680	1.557	1.221	1.357	1.465	1.226	1.533	1.099	16.347	-	-
População	45.852.566	46.226.690	47.849.478	48.272.673	48.684.124	49.084.883	49.475.310	49.724.699	50.140.133	50.534.555	-	-	-
Taxa de prevalência por 100.000	4,89	4,25	5,6	3,22	2,5	2,76	2,96	2,46	3,05	2,17	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde -Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, 2021.

A Tabela acima evidencia que o ano de 2013 registrou uma alta prevalência de casos, com 5,60 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo ano de 2011 com 4,89 e 2012 com 4,25 casos por 100.000 habitantes. Os menores registros ocorreram no ano de 2018 com 2,46 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo ano de 2020 com 2,17. Em relação as capitais, São Luís e Vitória obtiveram as maiores taxas de prevalência com 25,9 casos por 100.000 habitantes, seguido por Goiânia com 13,9 e Recife com 12,4. As capitais com menores taxas de prevalência foram Belém com 0,6 e Macapá com 0,8 casos por 100.000 habitantes.

Moreira et al., (2019) mostrou em uma análise por macrorregiões, que nos anos de 2012 a 2016, as regiões do Centro-Oeste registraram uma prevalência de 37,27 casos por 100.000 habitantes, seguido pela região Norte com 34,26 casos por 100.000 habitantes e Nordeste com 23,42 casos por 100.000 habitantes. Essas regiões apresentaram as maiores taxas médias de detecção geral no período analisado, enquanto as menores taxas foram observadas nas regiões Sul com 3,75 casos por 100.000 habitantes, e Sudeste com 5,31 casos por 100.000 habitantes.

Em Goiás, a redução da prevalência ainda depende da ampliação da rede de diagnóstico oportunizado pela descentralização dos serviços de atenção básica e a implementação de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios. A capacidade de diagnosticar e tratar os casos de hanseníase está relacionado ao acesso aos serviços de saúde e oferta das ações de controle da rede básica de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2017).

O Nordeste apresentou entre 2010 a 2015 uma prevalência preocupante em relação a casos de hanseníase onde em média foi observado 10,4 casos por 10.000 habitantes. A prevalência é dez vezes maior que a recomendada pela OMS, que é menos de 1 caso por 10.000 habitantes (BARBOSA et al., 2017).

O estado da Bahia, localizado na região Nordeste, encontra-se em níveis de alta endemicidade com uma prevalência de aproximadamente 20 a 40 casos por 100.000 habitantes. O comportamento dessa patologia em diferentes regiões brasileiras reafirma o padrão de distribuição heterogênea. Os autores destacam que as precárias condições de vida e o não acesso aos serviços de saúde interferem na distribuição da hanseníase (SOUZA et al., 2016).

O Norte é uma das regiões brasileiras que também permanece com uma taxa de prevalência considerável no ano de 2015 com aproximadamente 2 casos por 10.000 habitantes sendo uma das regiões com condições socioeconômicas desfavoráveis, e grande extensão territorial e poucos recursos investidos em saúde (RIBEIRO et al., 2018).

Na análise de Costa (2018), evidencia que somente duas regiões do Brasil conseguiram atingir a meta de eliminação da OMS, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 mil habitantes, a região Sul que obteve no período de estudo de 2014 a 2016, a taxa de 0,3 casos por 10.000 habitantes, seguido pela região Sudeste que obteve, 0,4 por 10.000 habitantes. Por outro lado, as outras regiões obtiveram taxas elevadas, as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, apresentaram taxa de detecção médias 3,2 por 10.000 habitantes, 2,3 por 10.000 habitantes e 1,7 por 10.000 habitantes esses índices podem ser explicados pelas desigualdades sociais dessas regiões comparada as demais.

Para Albuquerque et al., (2017), diversos fatores podem ser relacionados para explicar as mudanças nas desigualdades territoriais nas capitais brasileiras a partir das regiões de saúde. Que podem ser explicadas pela combinação de políticas sociais

e econômicas, com crescimento da renda e da escolaridade, associados a estratégias regionais de desenvolvimento.

Segundo o mesmo autor, a partir dos anos 2000, o Brasil adotou novas políticas para a redução da pobreza e das desigualdades, que envolveram o programa bolsa família os incentivos ao aumento do emprego formal, a valorização do salário-mínimo, a expansão dos recursos destinados à educação, o aumento do investimento público em infraestrutura e para a expansão de serviços e o incentivo para aumento da produção e do consumo no mercado interno.

Embora tenha havido redução da prevalência da hanseníase pela implementação do tratamento através da PQT outras medidas preventivas, ainda há elevada circulação do bacilo na sociedade. O que pode tornar mais complexo outros desafios no controle da doença como: a detecção precoce, o tratamento duradouro, os exames de contatos e o estigma da doença (RIBEIRO et al., 2018).

Segundo o autor citado acima o Norte é uma das regiões que permaneceu com prevalência média no ano de 2015 de 1,99 por 10.000 habitantes, sendo ainda uma das regiões com condições econômicas mais desfavoráveis e grande extensão territorial, com poucos estabelecimentos de saúde por habitante e pouca disponibilidade de profissionais de saúde.

Para o mesmo autor, outro ponto importante é o grande número de casos de detecção ignorada, o que significa a existência de falhas na notificação da doença e dificulta o rastreamento e o direcionamento da assistência para a doença. Esse comportamento pode estar associado às falhas na alimentação dos sistemas de informação, que é diretamente dependente dos municípios e regiões em fornecer os dados.

Apesar de serem as regiões com maior prevalência da doença, o Nordeste e o Centro-Oeste, são regiões consideradas endêmicas para a hanseníase, o maior destaque é dado para as ações de controle, e, por esse motivo, o sistema de saúde estaria mais sensível em detectar casos (maior prevalência) e tratá-los, justificando o menor foco ativo da doença (RIBEIRO et al., 2018).

Já no Nordeste, houve uma melhoria no perfil de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, porém extremamente concentrada em poucas regiões. Onde podemos verificar que os investimentos e a expansão de atividades econômicas mantiveram concentrados nas capitais enquanto nas outras

áreas dessa macrorregião se inseriram no recente processo de expansão do agronegócio e de outras atividades econômicas (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Segundo esse mesmo autor, no Sudeste e no Sul observou-se que houve uma maior oferta de serviços nos interiores das regiões, em maior proporção no estado de São Paulo. Esta tendência se deu pela desconcentração das indústrias, dos serviços e da população urbana que vem ocorrendo nestas regiões, desde as décadas de 1980-1990. Estas regiões possuem o histórico de concentração da riqueza, dos recursos e dos serviços no Sul e Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, que é a macrorregião mais rica do país.

Ainda o mesmo autor descreve que a melhoria dos serviços nas capitais brasileiras, se deu pela expansão dos serviços de atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família, com destaque para as regiões menos beneficiadas pela oferta assistencial de saúde pública e privada. Também houve melhora na distribuição regional de serviços de média e alta complexidade, assim como dos profissionais de saúde, acompanhando o crescimento regional da renda.

Ribeiro et al., (2018), embora o Brasil não tenha alcançado a meta de erradicação da hanseníase estabelecida para o ano de 2020, a mesma será alcançada se for mantido a organização estratégica e política do sistema de saúde em prol da eliminação da hanseníase. Percebeu-se também que o ritmo lento de queda na prevalência da hanseníase pode estar relacionado a diferenças no desenvolvimento e padrão de vida entre as regiões brasileiras. Da mesma forma, a detecção precoce e a redução de incapacidades parecem estar relacionadas à eficiência dos serviços de atenção básica de saúde no Brasil.

Foi evidenciado através dos estudos e dos dados apresentados no estudo acima que as desigualdades sociais impediram o fim da Hanseníase nas capitais brasileiras, sobretudo, nas capitais onde se há maiores vulnerabilidades socioeconômicas.

5. PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 1. Plano de intervenções para mitigação da hanseníase nas capitais brasileiras.

Causas	Intervenções	Objetivos
Baixo nível de conhecimento da população sobre a hanseníase.	<p>Realizar palestras sobre hanseníase na Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de trazer conhecimento para população dos sinais e sintomas da doença.</p> <p>Distribuir panfletos e cartazes na unidade para divulgação dos sinais e sintomas.</p> <p>Criação de grupos na ESF com pacientes portadores de Hanseníase a fim de levar conhecimento sobre a doença, tratamento, prevenção e detecção.</p>	<p>Aumentar o nível de conhecimento da população sobre hanseníase.</p> <p>Avaliar o nível de informação da população.</p>
Despreparo da equipe e gestores da saúde para lidar com o problema.	<p>Aplicar instrumentos de fixação de conteúdo e casos clínicos para discussão em grupos.</p> <p>Planejar um cronograma bimestral para discussão dos casos de hanseníase em acompanhamento.</p>	<p>-Capacitar a equipe para prevenção diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos.</p> <p>- Fazer palestras, e treinamentos para a equipe sobre o tema.</p> <p>- Aumentar o conhecimento dos profissionais sobre a doença e a importância do diagnóstico e acompanhamento de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.</p>
Baixa adesão do paciente para o tratamento.	<p>- Avaliar através de entrevistas individuais como os pacientes costumam utilizar as medicações.</p> <p>-Organizar um cronograma individual de consultas de acompanhamento.</p> <p>- Realizar busca ativa dos pacientes que faltarem as consultas de acompanhamento.</p> <p>-Realizar palestras para incluir os familiares no incentivo ao tratamento.</p>	<p>-Realizar atividades educativas voltadas para pacientes em acompanhamento na área de unidade de saúde.</p> <p>- Aumentar a adesão dos pacientes em acompanhamento ao tratamento.</p>
Deficiência nas ações de vigilância epidemiológica da hanseníase.	<p>- Sensibilizar os profissionais com palestras, reuniões, educação continuada, a terem um olhar criterioso frente a esses pacientes com hanseníase.</p> <p>-Educação permanente e continuada a profissionais, acerca do tema.</p> <p>- Fortalecer, as ações de vigilância epidemiológica nos que diz respeito de busca ativa, exame de contatos, notificações e investigação de casos novos e detectados.</p>	<p>-Aumentar a taxa de detecção de casos de hanseníase.</p> <p>-Interromper a transmissão da doença, prevenção das complicações decorrentes do diagnóstico tardio.</p>

Acompanhamento sistemático dos casos pela ESF.	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência integral ao paciente e a família. - Orientação sobre os aspectos relacionados a doença e suas complicações. - Conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, seus benefícios e a importância de sua participação. Com palestras, educação continuada e visitas domiciliares a esses pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento do tratamento através de visitas domiciliares, consultas individuais. - Melhorar o envolvimento dos profissionais acerca do tema.
Contribuir com o auto cuidado do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar estratégias para incentivar o auto cuidado do paciente. Tais como: O aconselhamento sobre a importância do cuidado desses pacientes com a pele da face, mãos e dos pés. Informar sobre a importância de utilizar hidratantes corporais nessas áreas. Outra orientação necessária é o uso diário de acessórios como bonés e óculos escuros. - Promover atividades de capacitação da equipe. Elaboração de um plano de estudos para esses profissionais e palestras. - Promover palestras semanalmente sobre a temática antes do início da consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o trabalho da equipe no controle efetivo da doença.
Desigualdades socioeconômicas das regiões brasileiras.	<ul style="list-style-type: none"> - Criar ações específicas em áreas que são mais acometidas pela doença. Como exemplo o rastreamento em áreas endêmicas da doença, para buscar pacientes assintomáticos. Realizar promoção da saúde para esses pacientes ficarem atentos aos sintomas da patologia. - Reformulação dos planos de ações feitos até o momento. Realizando reuniões anuais ou semestrais com coordenações estaduais e de municípios prioritários para acompanhamento da execução do plano de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. - Mudanças de postura e olhar diante da temática. Realizar campanhas nacionais semestrais de mídia para a divulgação de sinais e sintomas da hanseníase para a população geral. - Realizar tratamento coletivo nas comunidades com prevalência superior a 1%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de políticas rígidas acerca da temática para melhorar a situação socioeconômica de regiões endêmicas. - Propor criação de novas políticas públicas acerca da temática.
Demora no diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Promover estratégias para o conhecimento da população acerca do tema com divulgação em mídias sociais, panfletos distribuídos pelas unidades de saúde. - Treinamento da equipe de saúde para diagnóstico precoce da doença. - Realização de testes em familiares que convivem com pacientes confirmados de hanseníase por um tempo prolongado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o diagnóstico da doença o quanto antes.

<p>Uso de álcool e outras drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar programas que acolham os pacientes que fazem uso de drogas e álcool e o incentivem e acompanhem durante todo o processo de descontinuidade do uso dessas substâncias. - Elaborar palestras educativas sobre a importância do tratamento da hanseníase e como o uso de substâncias como álcool e drogas seria maléfico para o tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar o consumo de álcool e drogas para pacientes com hanseníase. - Despertar nesse paciente a consciência de que o uso de álcool e drogas pode dificultar o tratamento da hanseníase e sua recuperação.
<p>Educação em Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar intervenções educativas a colaboradores sobre a hanseníase, diagnósticos, sinais e sintomas da doença, tratamento e cura com a educação continuada e permanente desses profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar a importância de ações educativas e busca ativa para os colaboradores. - Esse aprendizado ao profissional pode melhorar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.
<p>Intervenções psicossociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de padrões realistas de autoavaliação, com foco nos sucessos e nas qualidades, apoiando em atributos além dos físicos e aparentes. - Observar se o paciente apresenta alguma alteração relacionada a ansiedade e depressão. Se notado sinais relacionados a essas alterações encaminhar esse paciente para o profissional psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - As intervenções psicossociais atendem a aspectos como avaliação sobre a imagem corporal, a qual pode investigar de que modo o indivíduo percebe o próprio corpo, se possui algum nível de ansiedade relacionada à aparência.
<p>Auxílio/ Apoio aos doentes de hanseníase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer cestas básicas de alimentos para pacientes que forem observados situações de vulnerabilidade. -Elaborar programas para ajudar pacientes que passam por dificuldades de alimentação. Não basta apenas tratar a doença como também é preciso erradicar a fome. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar pacientes com escassez de alimentos e criar programas após avaliação social, para ajudar esses indivíduos, com cestas básicas.
<p>Falta de letramento em saúde nas populações vulneráveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o fortalecimento do letramento em saúde nas populações vulneráveis. Tais como: Elaborar materiais didáticos e entrevistas para que o indivíduo consiga avaliar as informações transmitidas. - Fortalecer as políticas públicas de saúde nos serviços de saúde, principalmente nas menores cidades e nas populações menos favorecidas. Participando dos conselhos locais de saúde e incentivando as populações a participarem das discussões dos conselhos de saúde. Introduzindo sempre que possível a participação da população nos contextos dos serviços de saúde. - Realização de ações socioeducativas de combate à pobreza e a baixa escolaridade. Tais como: realizar ações em que vinculem os serviços de saúde e a assistência social para a realização de oficinas de incentivo aos estudos e a oficinas práticas profissionalizantes, juntamente com articulação entre as prefeituras dos municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o acesso das populações vulneráveis nos serviços de saúde, conseqüentemente o letramento em saúde, favorecendo o diagnóstico precoce dos casos e sucesso no tratamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de um estudo de dados secundários, deve ser considerados alguns vieses nas pesquisas como a deficiência de notificações feitas pelos profissionais de saúde ocasionando menores números de casos nos bancos de dados.

Portanto, fica evidenciado a necessidade de ações fortalecidas em saúde da família e do indivíduo acerca do contágio, prevenção e detecção precoce da doença, a realização de ações socioeducativas de combate à pobreza e a baixa escolaridade.

É importante implementar atividades educativas nos serviços de saúde, para incentivar a adesão ao tratamento e o autocuidado, buscando sempre maneiras de auxiliar esse paciente trazendo conforto e solidariedade. Além disso, o fortalecimento de ações educativas nos serviços de saúde acerca do letramento em saúde nas populações mais vulneráveis e articulações de políticas públicas nos serviços de saúde.

7. CONCLUSÃO

A pesquisa concluí que os indivíduos acometidos pela doença foram pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e demográfica, baixa escolaridade, residentes nas capitais das regiões pobres do Brasil, entre elas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

As capitais mais afetadas pela doença foram: São Luís, Recife, Goiânia e Vitória. O perfil sociodemográfico dos acometidos por hanseníase são homens, com faixa etária entre 30 a 39 anos de idade. Em relação à raça/cor, a mais acometida foi a parda.

São Luís e Vitória foram as capitais com as maiores taxas de prevalência com 25,9 casos por 100.000 habitantes, e as capitais com as menores taxas de prevalência foram Belém e Macapá com 0,8 e 0,6 casos por 100.000 habitantes.

O ano em que se constatou a maior taxa de prevalência dos casos foi o ano de 2013 com a prevalência de 5,60 casos por 100.000 habitantes nas capitais brasileiras, e os menores registros ocorreram no ano de 2018 com 2,46 casos por 100.000 habitantes.

8. REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, M. V., et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.
2. AFTAB, H.; NIELSEN, S. D.; BYGBJERG, I. C. Leprosy in Denmark 1980-2010: a review of 15 cases. **Rev BMC Res Notes**, v. 9, n. 10, 2016.
3. ANCHIETA, J. J. S.; et al. Análise da tendência dos indicadores da hanseníase em estado brasileiro hiperendêmico, 2001–2015. **Rev Saúde Pública**, v. 53, n. 61, 2019.
4. BARBOSA, E. M. A.; FREITAS, D. F. Análise descritiva da taxa de prevalência da hanseníase em dois cenários territoriais no Estado de Goiás, **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**, v. 18, n. 4, 2017.
5. BELTRÁN, A. C.; LÓPEZ DÍAZ, F.; ROMERO-MONTOYA, M.; et al. Leprosy Drug Resistance Surveillance in Colombia: The Experience of a Sentinel Country. **Rev PLoS Negl Trop Dis**, v. 10, n. 10, 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov>. Acesso em: 10 de março de 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016, v. 49, n. 4, 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial Hanseníase, 2020.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Hanseníase, 2021.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Situação epidemiológica e estratégias de prevenção, controle e eliminação das doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 1995 a 2016, Brasília (DF), 2018.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para o enfrentamento da Hanseníase – 2019 – 2022, Brasília (DF), 2019.
13. COUTO, M. B.; FILHO, J. C. S. Proposta de intervenção para ampliar as ações de detecção e controle da hanseníase no município de São João do Piauí, **Rev Universidade Federal de Piauí (UFPI)**, 2020.

14. COSTA, J. C. Perfil epidemiológico da hanseníase no Brasil nos anos de 2014 a 2016, **Rev Universidade do Sul de Santa Catarina** – Campus Tubarão, 2018.
15. FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C.; GARCIA, L. P. Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001 – 2003 e 2010 – 2012. **Rev bras epidemiol**, v. 20, n. 4, p. 702-713, 2017.
16. GARCIA, L. S.; et al. Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília, n. 1607, 2011.
17. GOIABEIRA, Y. N. L. A.; ROLIM, I. L. T. P.; AQUINO, D. M. C. D. E.; et al. Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica, **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, n. 6, p.1507-13, 2018.
18. IBGE. Censo Demográfico, 2020. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 de abril de 2021.
19. JARDIM, C. P.; SANTOS, H. L. P. C. dos.; ARAÚJO, V. M. de.; et al. Análise da produção científica brasileira sobre hanseníase identificada na base de dados web of Science, **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 2, p. 105-111, 2020.
20. LABRADOR, Y. B. Proposta de intervenção educativa para evitar a proliferação de hanseníase na unidade de saúde da família Lagedo Grande no município de Santana no Ipanema/AL, **Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**, 2015.
21. LEANO, H. A. M.; ARAÚJO, K. M. F. A.; BUENO, I. C.; et al. Socioeconomic factors related to leprosy: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 1405-15, 2019.
22. LIMA, S. de M.; BRITO, K. K. G de.; SANTANA, E. M. F de.; et al. Qualidade de vida de pacientes com reações hansênicas, **Rev Cogitare enferm**, v. 24, n. 6292, 2019.
23. LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular, **Rev Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014.
24. MIRANDA, V.; et al. Situação epidemiológica da hanseníase em Goiânia, Goiás, **Revista Sapiência: Sociedade, Saberes e Práticas Educacionais (UEG)** - ISSN 2238-3565, v.7, n. 4, p. 240-251, 2018.
25. MACIAS, G.; HERNÁNDEZ, H. Tendencia temporal y distribución espacial de la mortalidad por enfermedades tropicales desatendidas en Argentina entre 1991 y 2016, **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, n. 67, 2019.

26. 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. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n2/v16n2a02.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2020.
27. MENDONÇA, A. M.; YARA, N. L. A.; ISAURA, L. T. P. R.; et al. Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil.J, **Rev. fundam. Care**, v.11, n. 4, p.873-879, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6696/pdf_1. Acesso em: 17/09/2020.
28. MONTEIRO, L. D.; et al. Tendência temporal e distribuição espacial da mortalidade relacionada à hanseníase no estado do Tocantins, 2000-2015, **Rev Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 3, 2020.
29. MOREIRA, R. S.; et al. Tendência temporal da hanseníase em Aracaju, Sergipe, Brasil, **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 1, 2019.
30. NUNES, P. S.; et al. Perfil clínico e epidemiológico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos em um município da região metropolitana de Goiânia, Goiás, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.17, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/319>. Acesso em 05 de setembro de 2020.
31. OLIVEIRA, R. G. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios, **Rev Ciência e Saúde**, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, 2018.
32. OMS. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra, 2016.
33. OMS. Estratégia Mundial para Hanseníase 2016-2020, 2019.
34. ONU. Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2017.
35. RAO, P. N.; SUNEETHA, S. Current Situation of Leprosy in India and its Future Implications, **Indian Dermatol Online J**, v. 9, n. 2, p. 83-89, 2018.
36. RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A. O.; SABRYNNA, B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação, **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.
37. ROCHA, M. C. N.; et al. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018), **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020.
38. ROLIM, M. F. N.; et al. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da Hanseníase, **Journal of Medicine and Health Promotion**, v. 1, n. 3, p. 254-266, 2016.

39. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. Boletim Epidemiológico. Análise descritiva da taxa de prevalência da hanseníase em dois cenários territoriais no Estado de Goiás. Gerência de Vigilância Epidemiológica/ Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, v. 18, n. 4, 2017.
40. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, Brasília. Ministério da Saúde, 2021.
41. SILVEIRA, M. G. B.; et al. Portadores de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Rev Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 517-527, 2014.
42. SOUZA, E. A.; et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014, **Rev Saude Publica**, v. 52, n. 20, 2018.
43. SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016, **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018.
44. TAYLOR, G. M.; MURPHY, E. M, MENDUM, T. A.; et al. Leprosy at the edge of Europe- Biomolecular, isotopic and osteoarchaeological findings from medieval Ireland, **PLoS One**, v. 13, n. 12, 2018.
45. TIWARI, A.; DANDEL, S.; DJUPURI, R.; et al. Population-wide administration of single dose rifampicin for leprosy prevention in isolated communities: a three-year follow-up feasibility study in Indonesia, **BMC Infect Dis**. v. 18, n. 1, p. 324, 2018.
46. VIGARES, M. O. Proposta de intervenção para identificação precoce de casos e contatos de hanseníase na Equipe de saúde da família no município Pão de açúcar, Alagoas, **Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**, 2016.
47. WANGARA, F.; KIPRUTO, H.; INGESA, O.; et al. The spatial epidemiology of leprosy in Kenya: A retrospective study, **PLoS Negl Trop Dis**, v. 13, n. 4, 2019.

