



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**JOÃO GABRIEL PEREIRA SOUZA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE RESIDENTES  
NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA/BA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR – BA**

**2024**

**JOÃO GABRIEL PEREIRA SOUZA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE RESIDENTES  
NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA/BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano.

Orientador(a): Rosa Vianna Dias da Silva Brim

**SALVADOR**

**2024**

## RESUMO

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA/BA

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterim leprae* e representa um problema de saúde pública com estratégia de enfrentamento atualizada pelo Ministério da Saúde em 2016. OBJETIVOS: Objetivou-se com este estudo descrever o perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase em residentes no município de Feira de Santana – BA, no período de 2017 a 2022. MÉTODOS: Trata-se de estudo observacional descritivo, de série temporal que empregou dados secundários agregados coletados do Sistema de informação de agravos de notificação. RESULTADOS: Entre os anos de 2017-2022 foram notificados 558 casos novos de hanseníase em residentes do município em questão. Destes casos, o maior número se deu entre os indivíduos do sexo masculino e entre os indivíduos pardos. A faixa etária de 40-49 a anos e com grau de escolaridade ensino médio completo apresentaram a maior ocorrência da doença. Quanto à forma clínica, a multibacilar preponderou. Quanto ao grau de incapacidade, a maioria das casos notificados apresentou grau zero. CONCLUSÃO: O perfil epidemiológico dos portadores de Hanseníase residentes no município de Feira de Santana/BA entre 2017 e 2022 foi composto por: indivíduos que estão na faixa etária de 40 a 49 anos, sexo masculino, cor/raça parda, com grau de escolaridade Ensino médio completo, apresentando a forma clínica paucibacilar da doença, com grau de incapacidade Grau Zero.

Palavras-chave: Epidemiologia. Incidência. Hanseníase.

## **ABSTRACT**

### **EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HANSEN'S DISEASE PATIENTS RESIDING IN THE MUNICIPALITY OF FEIRA DE SANTANA/BA**

Hansen's Disease is an infectious and chronic disease caused by *Mycobacterium leprae* and represents a public health problem with a strategy updated by the Ministry of Health in 2016. **OBJECTIVES:** The objective of this study was to describe the epidemiological profile of new cases of Hansen's Disease in residents of the municipality of Feira de Santana - BA, from 2017 to 2022. **METHODS:** This is a descriptive observational study, a time series that employed aggregated secondary data collected from the Notifiable Diseases Information System. **RESULTS:** Between the years 2017-2022, 558 new cases of Hansen's Disease were reported among residents of the municipality in question. Among these cases, the highest number occurred among male individuals and individuals of mixed race. The age group of 40-49 years old and those with a completed high school education showed the highest occurrence of the disease. Regarding clinical form, the multibacillary form predominated. As for the degree of disability, the majority of reported cases had zero disability. **CONCLUSION:** The epidemiological profile of Hansen's Disease patients residing in the municipality of Feira de Santana/BA between 2017 and 2022 was composed of individuals aged 40 to 49 years, male, of mixed race, with a completed high school education, presenting the paucibacillary form of the disease, with zero disability.

Keywords: Epidemiology. Incidence. Hansen's Disease.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
2.1 Geral .....	8
2.2 Específicos.....	8
<b>3 RACIONAL TEÓRICO .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Hanseníase é o nome que, apesar de ter apenas surgido após 1873<sup>1</sup>, designa uma doença infectocontagiosa que há muito tempo acompanha a humanidade. Essa patologia é reconhecida e designada ainda em texto bíblico, anteriormente referida como lepra<sup>1</sup>. É causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae* (M. leprae), uma bactéria bacilar que, ao infectar um indivíduo, manifesta-se através de lesões cutâneas, com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, principalmente<sup>2</sup>, podendo, caso não tratada, evoluir de maneira lenta e progressiva, levando a acometimentos físicos potencialmente irreversíveis.

O M. leprae, que foi identificado pelo médico norueguês Gerhard Hansen<sup>1</sup>, fato que levou a novo batismo da doença, acomete a pele, mas também acomete o sistema nervoso periférico. Essa bactéria funciona como um parasita intracelular<sup>3</sup>, se disseminando através dos macrófagos, levando ao aparecimento de sintomas como perda de sensibilidade, atrofias, paresias e paralisias musculares, devido, especialmente, ao acometimento de terminações nervosas livres e troncos nervosos<sup>2</sup>. Se não houver diagnóstico adequado, a Hanseníase pode evoluir para incapacidades físicas permanentes.

Devido ao fato, porém, da Hanseníase não ser uma doença monomórfica, ela pode apresentar-se em diferentes padrões, classificados, no Brasil<sup>2</sup>, de acordo com a seguinte nomenclatura: virchowiano, tuberculóide, indeterminado e dimorfo. Considera-se as formas virchowiana e tuberculóide como tipos, enquanto as formas indeterminada e dimorfa são consideradas grupos. Pela designação “tipos”, entende-se modos de manifestação da doença na qual não há alteração nos padrões de manifestação dela ao longo do curso de enfermidade, ao passo que se entende pela designação “grupos” as formas clinicamente instáveis, que apresentam variações de manifestação de sinais e sintomas ao longo da enfermidade. <sup>2</sup>

A Hanseníase é, há muito tempo, um problema de saúde pública no Brasil, e, desde 2001, através da Portaria Nº 1.943<sup>4</sup>, o Ministério da Saúde decretou a Hanseníase como uma das suas 35 doenças de notificação compulsória para todo o território nacional, significando que os casos suspeitos ou confirmados dessa patologia devem ser notificados para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e à Fundação

Nacional de Saúde. As notificações devem ser feitas através do preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>4</sup>.

De acordo com o Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2022, apenas no ano de 2020 foram reportados 17.979 casos novos no Brasil, representando 93,6% dos casos totais na região das Américas<sup>5</sup>. Segundo dados da OMS, publicados em 2021, o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países que apresentam maior número de novos casos da doença no mundo, atrás apenas da Índia<sup>6</sup>.

No Brasil, foi publicado em 2016 o texto das Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, pelo Ministério da Saúde, e foi implementada a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, buscando alcançar a meta de um país sem Hanseníase<sup>9</sup>. Segundo, ainda, o Boletim Epidemiológico da Hanseníase de 2022, acredita-se ser necessária a análise de dados do SINAN para identificação dos diferentes padrões de ocorrência da doença, para que as tomadas de decisão buscando um olhar crítico sobre o sistema possam ser mais bem orientadas<sup>5</sup>.

Pensando nisso, identifica-se necessidade de atualização dos dados de perfil epidemiológico em Feira de Santana (BA). O último estudo publicado a respeito do perfil epidemiológico dessa doença tão prevalente no território nacional no município em questão, que tem alta relevância populacional no estado da Bahia, analisa dados entre os anos de 2005 e 2015<sup>8</sup>. Considerando as novas estratégias de enfrentamento da doença, iniciadas em 2016<sup>9</sup>, pelo Ministério da Saúde, e o recenseamento do país no ano de 2022, que identificou um aumento populacional de 10,72% em relação ao Censo 2010<sup>7</sup>, acredita-se necessário a realização do presente estudo para atualizar a descrição do perfil epidemiológico da Hanseníase na cidade de Feira de Santana (BA), entre os anos de 2016 e 2022.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever as características epidemiológicas dos pacientes portadores de Hanseníase notificados pelo município de Feira de Santana/BA.

### **2.2 Específicos**

- 1) Descrever os casos de hanseníase segundo variáveis biológicas, sociodemográficas e clínicas.
- 2) Estimar a taxa de detecção da hanseníase por ano no período analisado.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Ainda que nunca consigamos datar, ao certo, desde quando a Hanseníase acomete a humanidade, conseguimos traçar relatos dessa doença feitos há remotos quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, feitos na região do Egito, segundo um papiro da época de Ramsés II<sup>10</sup>. E, ainda que também nunca consigamos localizar exatamente onde ocorreram os primeiros casos de Hanseníase, indícios apontam que a África Central, da Nigéria à Abissínia, deve ser considerada a região de foco original, tendo sido, de lá, levada à Europa pelos persas e, após, disseminada mundo afora através dos processos de colonização e exploração futuramente encabeçados pelos europeus medievais<sup>10</sup>.

Inicialmente, a doença recebeu o nome de lepra, vindo do grego lépros, que significa escama<sup>1</sup>. Apenas após a descoberta do *Mycobacterium leprae*, a bactéria em formato de bacilo que serve como agente etiológico da doença, pelo norueguês Gerard Armauer Hansen, em 1874<sup>3</sup>, foi possibilitada a nova nomenclatura da doença. Em homenagem ao pesquisador em questão, apenas aproximadamente um século depois, ela passou a ser chamada de Hanseníase.

Devido à falta de conhecimento avançado a respeito da forma de contágio e dos efeitos nefastos causados pela Hanseníase, que ainda carecia de tratamento, a patologia foi alvo de medidas de saúde pública, ainda na Idade Média, que criaram ao redor dela uma estigmatização que perdurou até os tempos modernos<sup>10</sup>.

Ao contrário de todos os outros povos ao redor do mundo, a população indígena que residia no Brasil antes da colonização portuguesa não tinha um nome para designar a Hanseníase; associado a outros testemunhos dos que primeiro exploraram o território brasileiro, a História leva à compreensão de que foram os próprios colonizadores que trouxeram a patologia para terras tupiniquins<sup>11</sup>. O primeiro caso, entretanto, só foi registrado no ano de 1600, no Rio de Janeiro, seguido de outros focos registrados na Bahia e no Pará ao longo das décadas desse século em questão<sup>1</sup>.

As primeiras iniciativas de combate à doença foram tomadas ainda durante o governo de D. João VI, que consistiram em construção de asilos e assistência precária aos doentes<sup>1</sup>. Com o avanço do processo de habitação do Brasil e o avanço do desenvolvimento urbano, a necessidade de trabalhadores em diferentes regiões do

país foi responsável, durante os séculos XIX e XX, pela disseminação da doença em escala nacional.

Especialmente durante o século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o portador de Hanseníase era submetido a um a série de exigências como forma de controle, que, ao fim, contribuíram imensamente para a estigmatização social da doença. As exigências variavam de estado para estado e, ainda, de cidade para cidade. Entre alguns exemplos, estavam a obrigação de usar túnica de cor parda ou negra para sinalização de que era portador, a proibição de lavar roupas em lugares públicos, a proibição de entrar em algumas cidades e de comprar em alguns mercados. Também não podiam exercer profissões que envolvessem o manuseio de roupas, alimentos, ou quaisquer objetos a serem utilizados por pessoas sadias<sup>11</sup>.

Até o século XX, foram sancionadas algumas leis que garantiam o isolamento obrigatório do portador de Hanseníase, funcionando como principais métodos de controle da doença. Em 1912, foi sugerido durante I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, no Rio de Janeiro, a notificação compulsória em casos de Hanseníase e a importância de tratá-la com rigor científico, buscando trabalhar questões voltadas à profilaxia. Quatro anos depois, em 1916, era instituída a Comissão de Profilaxia da Lepra<sup>11</sup>.

A partir de 1930, com a chegada do Governo Vargas e a instituição do Ministério da Educação e Saúde, houve uma centralização das ações educativas e profiláticas, culminando, na década de 50, na instituição do tratamento ambulatorial da Hanseníase, tal qual no fim do isolamento compulsório do doente, e, no ano de 1960, na proposição da nova nomenclatura para a enfermidade, que viria a substituir o termo lepra com o objetivo de extinguir, ao máximo, toda a carga história de preconceito em torno da doença<sup>12</sup>.

A próxima mudança significativa no panorama do manejo da Hanseníase vem na década de 80, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a recomendar a poliquimioterapia (PQT), com esquema terapêutico adequado para cada forma clínica da doença, como padrão a ser seguido globalmente para controle e cura da doença<sup>1</sup>. O PQT é um esquema medicamentoso para cura da Hanseníase que utiliza as drogas Rifampicina, Dapsona e Clofazimina; é um tratamento feito ambulatorialmente através do uso de esquemas terapêuticos padronizados de acordo

com a classificação operacional do paciente e da idade dele<sup>13</sup>. O tratamento é o Standart até hoje.

A Hanseníase faz parte da agenda sanitária internacional e está contemplada como um objetivo de combate da ONU<sup>13</sup>. Desde 2001 faz parte da lista de doenças de notificação compulsória e de investigação obrigatória no Brasil<sup>4</sup>, através do preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Em 2016, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública<sup>9</sup>, estabelecendo como ações a serem tomadas para o combate da patologia as seguintes: educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica, exame de contatos, orientações e aplicação de BCG.

Em Feira de Santana, cidade que constitui a lista dos 12 municípios prioritários da Bahia para o controle da Hanseníase<sup>8</sup>, foram notificados 558 casos entre os anos de 2016 e 2022, período imediatamente subsequente da publicação do Ministério da Saúde acima referenciada, que estabeleceu ações específicas atualizadas a serem tomadas para vigilância e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública<sup>9</sup>.

Partindo do fato de que o último estudo que traçou o perfil epidemiológico dos casos de Hanseníase residentes no município de Feira de Santana utilizou dados referentes aos anos de 2005-2015, período que antecedeu mudanças no manejo da patologia em questão nacionalmente, o presente estudo visou atualizar a descrição do perfil epidemiológico dos casos de Hanseníase em residentes de Feira de Santana, notificados no período de 2016-2022.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo:**

Estudo observacional descritivo, de série temporal que empregou dados secundários agregados.

### **4.2 Local e período do estudo:**

O estudo foi realizado com dados do município de Feira de Santana - Bahia, no período de 2016 a 2022. O estado localiza-se ao sul da região Nordeste, fazendo divisa com os Estados de Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Tocantins, Espírito Santo, Goiás e Minas Gerais. A cidade de Feira de Santana possui uma área total de 1.304,425 km<sup>2</sup>, e de acordo com o censo do IBGE de 2022, uma população de 616.272 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa do estado da Bahia, atrás apenas da capital do estado, Salvador, e como 35<sup>o</sup> município mais populoso do Brasil, estando à frente de capitais de estados, como Aracaju e Florianópolis <sup>7</sup>.

### **4.3 População do estudo:**

Foram incluídos no estudo todos os casos confirmados de Hanseníase (CID 10<sup>a</sup>.Revisão A30) registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ocorridos em residentes em Feira de Santana (BA) no período definido para o estudo.

### **4.4 Fonte de dados:**

Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e obtidos no portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

#### **4.4.1 Sistema de Informação:**

O SINAN é um sistema de informações em saúde utilizado no Brasil para coletar, armazenar e analisar dados relacionados a agravos e doenças de notificação

compulsória. É alimentado de acordo com a lista de doenças de notificação compulsória definida pelo Ministério da Saúde, tornando-se uma ferramenta essencial para o monitoramento e controle de doenças e agravos que representam um risco à saúde pública.

#### **4.5 Variáveis do estudo:**

Foram analisadas as seguintes variáveis relativas aos casos de Hanseníase:

- Sexo (masculino; feminino)
- Faixa etária (1-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-39; 40-59; 60-64; 65-69; 70-79; 80+)
- Raça/cor (branca; preta; amarela; parda e indígena)
- Escolaridade (1ª a 4ª série incompleta do EF; 4ª série completa do EF; 5ª a 8ª série incompleta do EF; Ensino fundamental completo; Ensino médio incompleto; Ensino médio completo; Educação superior incompleta; Educação superior completa)
- Ano de diagnóstico (2016 a 2022)
- Forma clínica (paucibacilar; multibacilar)
- Grau de incapacidade (Grau Zero; Grau I; Grau II; Não avaliado)

#### **4.6 Plano de análise:**

Os dados referentes ao período selecionado foram armazenados em planilhas eletrônicas e apresentados em tabelas e gráficos utilizando-se o Microsoft Office Excel 2019. Os dados foram apresentados inicialmente através dos seus valores absolutos e relativos utilizando-se o cálculo de proporções por categoria das variáveis do estudo.

##### **4.6.1 Cálculo da taxa de detecção da Hanseníase**

Foi calculado a taxa de detecção da Hanseníase considerando-se o número de casos no numerador e a população estimada por ano e o resultado dessa razão será multiplicado por  $10^5$ .

#### **4.7 Aspectos éticos**

Este estudo envolveu apenas o levantamento de informações originadas de banco de dados de uso e acesso público - DataSUS, o que justifica a ausência da apreciação de um Comitê de Ética, em conformidade com a Resoluções no 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressaltando que não se faz necessário registrar no Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos aqueles estudos que utilizam dados de acesso público, domínio público e/ou que estejam em banco de dados sem possibilidade de identificação individual.

## 5 RESULTADOS

De forma geral, foi possível observar um total de 558 casos de Hanseníase em Feira de Santana entre 2016 e 2022. No período analisado, verificou-se que o ano de 2017 apresentou a maior frequência de casos (16,13%), enquanto o ano de 2022 apresentou a menor frequência de casos (12,54%) (Tabela 1).

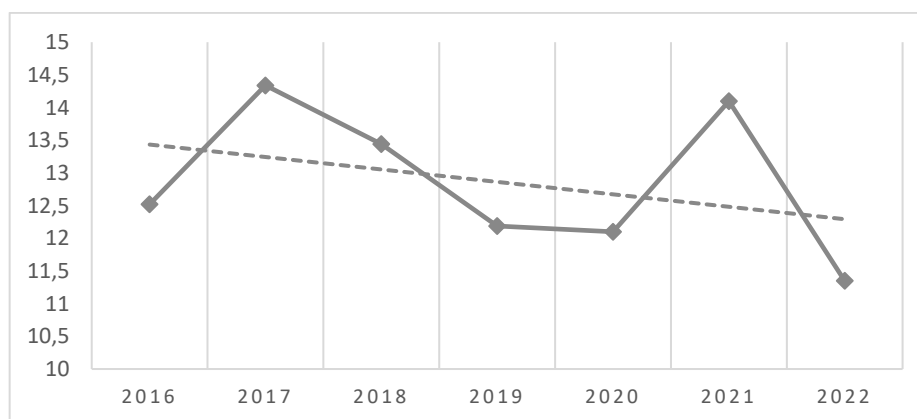
**Tabela 1 – Número e distribuição proporcional dos casos de Hanseníase segundo ano. Feira de Santana – BA, 2016 a 2022**

Ano	N=558	%	Taxa de detecção
2016	78	13,98	12,52
2017	90	16,13	14,34
2018	82	14,70	13,44
2019	75	13,44	12,19
2020	75	13,44	12,10
2021	88	15,77	14,10
2022	70	12,54	11,35

Fonte: Ministério da Saúde – SINAN

No recorte temporal estudado, os valores das taxas de detecção da doença apresentaram pequena variação. O maior valor foi de 14,34 casos/100.000hab, no ano de 2017, menor valor foi de 11,35 casos/100.000hab., no ano de 2022. A taxa de detecção da doença demonstrou uma linha de tendência decrescente. (Figura 1)

**Figura 1 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase ( $10^5$ ) em residentes do município. Feira de Santana – BA, 2016 a 2022**



Fonte: Ministério da Saúde – SINAN

Em relação à faixa etária, percebe-se que no período de 2016 a 2022, a maioria dos casos ocorreu em indivíduos de 40 a 49 anos e a minoria dos casos ocorreu em indivíduos de 1 a 4 anos, representando, respectivamente, 21,15% e 0,18% do total. Em relação ao sexo, no período analisado, não houve diferença importante na frequência de casos entre os sexos, visto que os homens representaram 55,91% do total dos casos, enquanto as mulheres representaram 44,09% do total dos casos. Em relação à raça/cor, a maioria dos casos foi em indivíduos pardos (66,49%), e a minoria em indivíduos indígenas (0,36%). A escolaridade dos indivíduos apresentou grande variação, tendo um total de 12 indivíduos cujo grau de escolaridade não se aplicava e um total de 66 indivíduos cujo grau de escolaridade foi ignorado, equivalendo a 12,19% do total. O grau de escolaridade mais frequente entre os casos de hanseníase no município foi, por sua vez, Ensino médio completo, com um total de 29,75% dos casos, e a escolaridade menos frequente foi Ensino superior incompleta, com um total de 1,97% dos casos (Tabela 2)

**Tabela 2 – Distribuição dos casos de Hanseníase segundo características biológicas e sociodemográficas. Feira de Santana – BA, 2016 a 2022**

<b>Características</b>	<b>N=558</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
1 a 4 anos	1	0,18%
5 a 9 anos	5	0,90%
10 a 14 anos	8	1,43%
15 a 19 anos	11	1,97%
20 a 29 anos	52	9,32%
30 a 39 anos	92	16,49%
40 a 49 anos	118	21,15%
50 a 59 anos	113	20,25%
60 a 69 anos	97	17,38%
70 a 79 anos	49	8,78%
80 anos e mais	12	2,15%
<b>Sexo</b>		
Masculino	312	55,91%
Feminino	246	44,09%
<b>Raça/Cor</b>		
Ign/Branco	10	1,79%
Branca	91	16,31%
Preta	76	13,62%
Amarela	8	1,43%
Parda	371	66,49%
Indígena	2	0,36%
Ign/Branco	10	1,79%
<b>Escolaridade</b>		
Ign/Branco	66	11,83%
Analfabeto	5	3,41%
1ª a 4ª série incompleta do EF	8	9,50%
4ª série completa do EF	11	6,63%
5ª a 8ª série incompleta do EF	52	17,92%
Ensino fundamental completo	92	7,17%
Ensino médio incompleto	118	7,71%



Ensino médio completo	113	29,75%
Educação superior incompleta	97	1,97%
Educação superior completa	49	3,76%
Não se aplica	12	0,36%

Fonte: Ministério da Saúde – SINAN

Em relação as formas clínicas da doença a multibacilar foi a predominante representando 76,5% dos casos no período analisado, enquanto a forma paucibacilar representou apenas 23,4% dos casos. A respeito do Grau de Incapacidade, o Grau Zero representou 39,96% dos casos, sendo o que apresentou maior frequência em pacientes. O Grau II representou o equivalente a 9,86% dos casos, apresentando a menor frequência em pacientes. Entretanto, chamou a atenção que para 21,68% dos casos a informação sobre o grau de incapacidade não existia ou o paciente não foi avaliado no período (Tabela 3).

**Tabela 3 – Características Clínicas dos casos de Hanseníase. Feira de Santana – BA, 2016 a 2022**

<b>Características</b>	<b>N=558</b>	<b>%</b>
<b>Forma clínica</b>		
PAUCIBACILAR	131	23,47%
MULTIBACILAR	427	76,53%
<b>Grau de Incapacidade</b>		
Em Branco	7	1,25%
GRAU ZERO	223	39,96%
GRAU I	159	28,49%
GRAU II	55	9,86%
Não AVALIADO	114	20,43%

Fonte: Ministério da Saúde – SINAN

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de Hanseníase residentes no município de Feira de Santana (BA) no período de 2016 a 2022. Como principal achado dessa pesquisa, foi possível constatar que o perfil dos pacientes mais afetados por essa patologia foi de indivíduos na faixa etária entre 40 e 49 anos, do sexo masculino, raça/cor parda e grau de escolaridade Ensino médio completo.

A taxa de detecção da Hanseníase no município de Feira de Santana no período analisado apresentou uma linha de tendência decrescente, com redução do risco de adoecer, sendo que a média das taxas de detecção foi de 12,86 casos/100.000hab para o período total do estudo (2016-2022). De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a média das taxas de detecção da Hanseníase em Feira de Santana no período estudado é classificada como alta endemicidade (10,00 a 19,99 casos por 100 mil habitantes) <sup>9</sup>. Vale ressaltar que, no período estudado, a taxa de maior valor foi de 14,34 casos/100.000hab, no ano de 2017, menor valor foi de 11,35 casos/100.000hab., no ano de 2022, de modo que, em todos os anos analisados pelo estudo, as taxas de detecção da Hanseníase em Feira de Santana se mantiveram classificadas como alta endemicidade, mesmo que em linha de tendência decrescente. Comparativamente, no estado da Paraíba, no período de 2015 a 2019, todas as taxas de detecção anuais da mesma patologia se apresentaram com classificação alta endemicidade<sup>25</sup>. No estado do Pernambuco, no período de 2011 a 2021, todas as taxas de detecção da Hanseníase também se apresentaram classificadas como alta endemicidade<sup>26</sup>. Considerando a relação existente entre as altas taxas de endemicidade e os baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, elevada vulnerabilidade social e espacial das pessoas acometidas pela doença em questão<sup>27</sup>, a região do Nordeste brasileiro, que engloba os estados da Paraíba, do Pernambuco e da Bahia, onde Feira de Santana está localizada, apresenta grande lacuna no que diz respeito ao desenvolvimento regional, em comparação com as regiões do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, por exemplo, apesar de melhora nas condições socioeconômicas nas últimas décadas, justificando a alta endemicidade de Hanseníase em Feira de Santana<sup>28</sup>.

Em relação à faixa etária, foi possível observar que a faixa etária entre 40 a 49 anos representou 21,15%, representando o grupo com maior frequência de casos. Para

além da faixa etária mais acometida, a menos acometida foi a de 5 a 9 anos, e 57,88%, dos casos reportados no período analisado acometeram indivíduos entre as faixas etárias 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, sendo possível inferir que a população adulta é consideravelmente mais afetada pela Hanseníase, fato que está ligado ao longo período de incubação da doença<sup>14</sup>. Comparativamente, no período de 2010 a 2020, no estado da Bahia, foi observado que aproximadamente 54% dos casos representaram indivíduos dos mesmos grupos etários encontrados nesse estudo, e que no período de 2017 a 2021<sup>14</sup>, no Brasil, 23.192 de um total de 119.689 casos novos reportados, aproximadamente 19,3%, foram identificados em indivíduos de 50 a 59 anos, representando a faixa etária com maior frequência do território nacional no período em questão<sup>5</sup>. Portanto, é possível inferir que existe uma concentração considerável de casos em indivíduos adultos em todo o território nacional.

No que tange ao sexo, constatou-se que houve uma maior frequência de casos no sexo masculino em relação ao feminino. É, entretanto, relevante destacar que foi uma diferença discreta, totalizando 55,91% do total de casos, criando uma diferença de menos de 10% do total de casos estudados em relação aos casos no sexo feminino. Entre 2017 e 2022, no território da Bahia observou-se que os casos em indivíduos do sexo masculino representaram 55,43% do total de casos<sup>24</sup>, e, entre 2017 e 2022, na extensão do território do Brasil, os casos em indivíduos do sexo masculino representaram 57,14% do total de casos analisados<sup>19</sup>. Infere-se, portanto, que a maior frequência de casos em indivíduos do sexo masculino em Feira de Santana (BA) no presente estudo é, também, encontrada no estado em que esse município se localiza e em todo o Brasil. Esse fato está de acordo com a literatura nacional e internacional, que discutem com clareza o fato de homens acessarem menos os serviços de saúde, no que tange desde as ações de prevenção até o tratamento, aumentando os riscos a longo prazo<sup>15</sup>. Entende-se, ainda, que homens só buscam tratamento de saúde a partir do momento em que os sintomas causados pela patologia que os acomete passam a interferir na execução adequada de seus papéis enquanto trabalhadores ou a partir de intercorrências graves<sup>20</sup>. Mais especificamente em relação à Hanseníase, estudos relatam que, devido a maior preocupação estética, as mulheres são mais preocupadas com questões relativas à estética corporal<sup>17</sup> e à representação do cuidar como uma atividade tipicamente feminina, deixando os homens, de maneira geral, mais suscetíveis à patologia<sup>19</sup>.

Ademais, com relação à variável cor/raça, os pardos representaram 66,49% do total de casos em Feira de Santana no período estudado. Na Bahia, no período de 2010 a 2020, a raça/cor parda representou 61,76% do total de casos<sup>14</sup>, e no Brasil, no período de 2017 a 2022, representou 51,6% dos casos<sup>5</sup>. Esse fato está de acordo com a proporção da população residente no Brasil que se identifica como parda. De acordo com Censo 2022, pela primeira vez na história, a maior parte da população brasileira se identificou como parda, representando 45,3% do total da população nacional. No Censo de 2010, representava 43,1% do total da população e no Censo de 2000, representava apenas 38,5%<sup>16</sup>. Destaca-se, porém, com relevância, que o Nordeste é a região com maior proporção de população autodeclarada preta ou parda entre todas do Brasil e que se trata de uma região que historicamente apresenta grande desigualdade sociodemográfica<sup>14</sup>. Deste modo, infere-se que a concentração de casos de Hanseníase, assim como de muitas doenças infectocontagiosas, em pessoas pardas, está ligada à vulnerabilidade social experimentada por essa população, que, do ponto de vista econômico, é mais pobre e possui mais baixa escolaridade do que o restante da população brasileira. Também ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, além de residir em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica, resultando em maiores restrições no acesso a serviços de saúde<sup>23</sup>.

Em relação ao grau de Escolaridade, 29,75% dos casos em Feira de Santana no período analisado ocorreram entre pessoas com ensino médio completo. É importante analisar que esse percentual foi consideravelmente maior que o dos casos entre os indivíduos com ensino superior incompleto, que representaram 1,97% do total dos casos, e do que os dos indivíduos com Ensino superior completo, que representaram 3,76% dos casos. Comparativamente, entre 2010 e 2020 na Bahia, a maioria dos casos notificados foram de indivíduos que possuíam 1ª a 4ª série do ensino fundamental incompleta, totalizando 21,4% dos casos notificados no período<sup>14</sup>, e entre 2017 e 2022 no Brasil, a população analfabeta e com Ensino médio incompleto representaram 47% dos casos notificados no período<sup>19</sup>. Pode-se inferir, portanto, que mesmo não havendo constância na distribuição entre os casos de Hanseníase entre os graus de escolaridade, há uma tendência de que os casos se concentrem entre os indivíduos com menor grau de escolaridade do que entre aqueles com maior escolaridade. A contração da doença por pessoas com mais baixa escolaridade está

associada à maior dificuldade de acesso às informações relativas às formas de infecção assim como às medidas de prevenção da doença, tal qual às informações a respeito do que a doença provoca e quais são os seus sinais e sintomas<sup>19</sup>. Além disso, reforça-se o juízo de que a situação de baixa escolaridade está associada a uma conjuntura socioeconômica também de fragilidade, favorecendo ainda mais a vulnerabilidade social dos pacientes<sup>22</sup>.

No que tange a forma clínica da Hanseníase, a forma Multibacilar foi a mais frequente, representando 76,53% dos casos notificados em Feira de Santana entre 2017 e 2022. No Brasil, entre 2011 e 2020, houve um aumento de 31,3% na proporção de novos casos de Hanseníase multicabilar notificados, visto que em 2011 representavam 61% do total de casos e em 2020, representavam 80,1% do total de casos<sup>5</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a classificação operacional dessas formas com os seguintes critérios: as manifestações paucibalares são as que apresentam até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido, ao passo que as manifestações multibacilares são as que apresentam com mais de cinco lesões de pele e ou com mais de um tronco nervoso acometido<sup>21</sup>. Apesar do papel dos indivíduos portadores de Hanseníase paucibacilar, antes questionado, já ter sido comprovado na cadeia de transmissão da doença, os indivíduos portadores de Hanseníase multibacilar se mantém como os principais transmissores da doença<sup>21</sup>.

Por fim, ao analisar a variável Grau de Incapacidade, foi possível inferir que o grau zero representou 39,96% do total de casos analisados no presente estudo. É relevante, porém, destacar que 20,43% dos casos não tiveram o grau de incapacidade avaliado e que 1,25% dos casos não tiveram essa variável preenchida na notificação. Vale ressaltar que grau de incapacidade zero refere-se a pacientes que não têm comprometimento neural, enquanto grau I refere-se a pacientes que apresentam diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, mãos e pés e grau 2 representa pacientes que apresentam lesões mais graves nos olhos, mãos e pés<sup>17</sup>. No Brasil, entre 2011 e 2020, os casos de Hanseníase com grau de incapacidade zero se mantiveram entre 60% e 70% do total de casos novos notificados que teve o grau de incapacidade do paciente avaliado. O total de pacientes que tiveram o grau de incapacidade avaliado no Brasil entre 2011 e 2020, por sua vez, se manteve entre 80% e 90% do total de casos notificados no período. A frequência dos pacientes com Grau zero de incapacidade é decorrente de êxito no diagnóstico precoce e tratamento

adequado da Hanseníase. Esta frequência observada em Feira de Santana é condizente com a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, publicada pelo Ministério da Saúde, que traz como metas a redução para 30 o número total de crianças com grau 2 de incapacidade física e reduzir para 8,83/1 milhão de pessoas com grau 2 de incapacidade física, através do uso dos dados de notificação compulsória, para que seja possível identificar diferentes padrões de ocorrência da doença, as áreas de maior vulnerabilidade e as fragilidades na vigilância dessa doença, permitindo, dessa forma, melhor prognóstico para a população<sup>18</sup>.

Entre as limitações do estudo, destaca-se que a plataforma DATASUS tem limitações em relação à falta de dados, confiabilidade dos dados, precisão e integralização dos dados<sup>24</sup>. Entretanto, esse trabalho evidenciou o perfil epidemiológico dos pacientes residentes em Feira de Santana, entre 2016 e 2022, que contraíram Hanseníase. Essa informação é relevante para o aprimoramento de estratégias de promoção da saúde, para que seja possível reduzir a ocorrência da doença na região estudada.

## **7 CONCLUSÃO**

O perfil dos portadores de Hanseníase residentes no município de Feira de Santana/BA entre 2017 e 2022 foi composto por indivíduos na faixa etária de 40 a 49 anos, do sexo masculino, da cor/raça parda, com ensino médio completo, apresentando a forma clínica multibacilar da doença e o grau de incapacidade Grau Zero foi o mais frequente. A taxa de detecção da Hanseníase no município de Feira de Santana no período analisado apresentou uma linha de tendência decrescente com redução do risco de adoecer.

## 8 REFERÊNCIAS

1. Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saude soc* [Internet]. 2004May;13(2):76–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>
2. Beiguelman B. Genética e hanseníase. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2002;7(1):117–28. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000100011>
3. Cunha AZS da. Hanseníase: a história de um problema de saúde pública [tese de mestrado]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 1997. Available from: <http://hdl.handle.net/11624/337>.
4. Portaria nº 1.943, de 18 outubro de 2001 (Brasil). Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional [Internet]. *Diário Oficial da da União*. 2001 out 24. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v10n1v10n1a07.pdf>
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswbr.def>
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia Global para a Hanseníase 2021-2030: Rumo a zero hanseníase. Nova Deli: OMS, 2021a.
7. IBGE Cidades. Brasil: IBGE; 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>
8. Perfil epidemiológico e espacial dos casos novos de hanseníase notificados em Feira de Santana no período de 2005- 2015. *Rev Pesq Físio* [Internet]. 12º de maio de 2021 [citado 23º de novembro de 2023];11(2):334-41. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3682>
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase4fev16-web.pdf>
10. SERVIÇO NACIONAL DE LEPROLOGIA. Manual de leprologia. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1960.
11. MAURANO F. Tratado de leprologia. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Leprosia, 1944. V. 1 – História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica.
12. Alves ED, Leonel Ferreira T, Nery Ferreira I, organizadores. Hanseníase: Avanços e Desafios. Brasília: Universidade de Brasília, NESPROM; 2014. 492 p. (Coleção PROEXT; 1) [E-Book]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3250858/mod\\_resource/content/1/hanseníaseavancoes.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3250858/mod_resource/content/1/hanseníaseavancoes.pdf).
13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Bahia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ba1.pdf>
14. de Oliveira L, da Costa Barros IR, Siega AC, Alcântara YD, Lima LB, Barcelos LS, Vasconcelos JF. Perfil Epidemiológico da Hanseníase na Bahia no Período de 2010 a 2020. *Research, Society and Development*. 2022 Mar 14;11(4):e16911427228-.
15. Palmeira NC, Moro JP, Getulino F de A, Vieira YP, Soares Junior A de O, Saes M de O. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022;31(3):e2022966. Available from: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>
16. GOMES I, BELANDE C. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. Agência de Notícias IBGE. 26 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogit. Enferm. (Online)*. 2015 Jul-Set;20(3):495-502.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
18. Alves AP de F, de Oliveira Filho JEL, Gouveia AD de M, Braga AS de M, Tenório DM de C, Cansanção VI de MTC, Carnauba ATL. Perfil epidemiológico da Hanseníase no Brasil entre 2017 e 2022. *Braz. J. Develop. [Internet]*. 2023 May 10 [cited 2024 Apr. 13];9(05):15743-5. Available



- from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/59638Figueiredo> DCMM de, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cad saúde colet* [Internet]. 2020Apr;28(2):288–301. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>
- Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2003May;36(3):373–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>
19. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2003May;36(3):373–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>
  20. Brito KK, et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do Nordeste Brasileiro. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(8). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9972>.
  21. Araújo EM de, Costa M da CN, Hogan VK, Araújo TM de, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009Oct;13(31):383–94. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>
  22. Blanger J, Alves L, Santos V. Acompanhamento dos dados de hanseníase na Bahia. *Research, Society and Development*. 2021;10:e573101523500. doi:10.33448/rsd-v10i15.23500.
  23. VIANA SW, FALEIRO MD, MENDES ALF, TORQUATO AC, TAVARES CPO, FERES B, et al.. Limitations of using the DATASUS database as a primary source of data in surgical research: a scoping review. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2023;50:e20233545. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233545-en>
  24. Véras GCB, Soares MJGO, Silva LH da, Moraes RM de. Perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de hanseníase na Paraíba. *Cad saúde colet* [Internet]. 2023;31(2):e31020488. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020488>
  25. Silva MLFI da, Farias SJM de, Silva AP de SC, Rodrigues MOS, Oliveira ECA de. Spatial patterns of new leprosy cases in a northeastern state of Brazil, 2011–2021. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2023;26:e230014. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230014>
  26. Marquetti CP, Sommer JAP, Silveira EF, Schröder NT, Périco E. Perfil epidemiológico dos acometidos por hanseníase em três estados da região Nordeste do Brasil. *Research, Society and Development* 2022; 11(1): e38811124872. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230014.2> and <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24872>
  27. Silva M, Raposo I, Silva L, Assunção J, Rolim T, Souza A, Franco F. Vulnerabilidade social, fome e pobreza nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. [Internet]. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37885/200700618>.