

Prevalência de Hanseníase na Baixada Maranhense do Brasil

Leprosy prevalence in the Baixada Maranhense do Brazil

Prevalencia de Lepra en la Baixada Maranhense do Brasil

Recebido: 29/08/2020 | Revisado: 06/09/2020 | Aceito: 05/11/2020 | Publicado: 08/11/2020

José Eduardo Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2451-4789>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: jbatistaufma@gmail.com

Verônica Coelho Campos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1691-0864>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: ve.camposm23@gmail.com

Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1602-4563>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: gerusinete@hotmail.com

Clice Cunha Pimentel de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0094-2423>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: clicecunha@hotmail.com

Andréa Dias Reis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1881-4382>

Universidade Estadual Paulista, Brasil

E-mail: adr.dea@hotmail.com

Nathália de Paula Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6103-5317>

Universidade Ceuma, Brasil

E-mail: nathaliadepaulab@hotmail.com

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4220-4437>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: joelmaraf7@yahoo.com.br

Francisca Bruna Arruda Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1191-0988>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: aragao_bruna@hotmail.com

Resumo

Objetivo: detectar a ocorrência de hanseníase nas principais cidades da Baixada Maranhense, relacionando com os fatores demográficos e aspectos clínicos. **Método:** Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo e analítico de dados contidos na ficha de notificação/investigação do Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dos casos novos de hanseníase. **Resultados:** A prevalência foi maior no sexo masculino e na faixa etária acima de 15 anos, com escolaridade até o ensino fundamental e cor parda. Com relação às características clínicas, a classificação operacional multibacilar foi a mais prevalente. O município de Pinheiro apresentou o maior número de casos prevalentes nos últimos 5 anos, com 198 (46,5%), seguido de Viana, com 92 (21,6%). No ano de 2013 houve uma prevalência de 78 (18,3%) casos, entretanto em 2014 obteve-se o maior número de casos prevalentes, com 99 (23,2%), no ano de 2015 foram 90 (21,1%), em 2016 registrou-se 93 (21,8%) casos e em 2017 obteve-se a sua menor prevalência, com 66 (15,5%) casos por ano nos municípios em estudo. **Conclusão:** Há uma maior ocorrência na forma operacional MB em todos os municípios nos anos de 2013 a 2017. As características predominantes na população com hanseníase deste estudo foram pessoas do sexo masculino, faixa etária acima de 15 anos, baixo nível de escolaridade e a forma dimorfa da hanseníase foi mais predominante entre as formas multibacilares. Sendo assim, são necessárias medidas que facilitem o diagnóstico precoce para impedir que a doença se propague para os casos mais avançados e não gere um comprometimento maior, quanto ao grau de incapacidade.

Palavras-chave: Hanseníase; Prevalência; Saúde pública.

Abstract

Objective: to detect the occurrence of leprosy in the main cities of Baixada Maranhense, relating to demographic factors and clinical aspects. **Method:** This is a retrospective, descriptive and analytical study of data contained in the notification / investigation form of the National Notifiable Disease Information System (SINAN) and in the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) of new cases of leprosy. **Results:** The

prevalence was higher in males and in the age group above 15 years, with schooling up to elementary school and mixed race. Regarding clinical characteristics, the multibacillary operational classification was the most prevalent. The municipality of Pinheiro had the highest number of prevalent cases in the last 5 years, with 198 (46.5%), followed by Viana, with 92 (21.6%). In 2013 there was a prevalence of 78 (18.3%) cases, however in 2014 the highest number of prevalent cases was obtained, with 99 (23.2%), in 2015 there were 90 (21.1%), in 2016, 93 (21.8%) cases were registered, and in 2017, their lowest prevalence was obtained, with 66 (15.5%) cases per year in the municipalities under study. Conclusion: There is a higher occurrence in the MB operational form in all municipalities in the years 2013 to 2017. The predominant characteristics in the population with leprosy in this study were male, aged over 15 years, low level of education and the form leprosy disease was more prevalent among multibacillary forms. Therefore, measures are needed to facilitate early diagnosis in order to prevent the disease from spreading to more advanced cases and not generating a greater impairment in terms of the degree of disability.

Keywords: Leprosy; Prevalence; Public health.

Resumen

Objetivo: detectar la ocurrencia de lepra en las principales ciudades de Baixada Maranhense, relacionada con factores demográficos y aspectos clínicos. Método: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de datos contenidos en el formulario de notificación / investigación del Sistema Nacional de Información de Enfermedades Notificables (SINAN) y en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) de nuevos casos de lepra. Resultados: La prevalencia fue mayor en el sexo masculino y en el grupo de edad mayor de 15 años, con escolaridad hasta primaria y mestiza. En cuanto a las características clínicas, la clasificación operacional multibacilar fue la más prevalente. El municipio de Pinheiro tuvo el mayor número de casos prevalentes en los últimos 5 años, con 198 (46,5%), seguido de Viana, con 92 (21,6%). En 2013 hubo una prevalencia de 78 (18,3%) casos, sin embargo en 2014 se obtuvo el mayor número de casos prevalentes, con 99 (23,2%), en 2015 hubo 90 (21,1%), en 2016 se registraron 93 (21,8%) casos, y en 2017 se obtuvo su menor prevalencia, con 66 (15,5%) casos por año en los municipios en estudio. Conclusión: Existe una mayor ocurrencia de la forma operativa del MB en todos los municipios en los años 2013 a 2017. Las características predominantes en la población con lepra en este estudio fueron hombres, mayores de 15 años, bajo nivel educativo y la forma la lepra fue más prevalente entre las formas multibacilares. Por tanto, son necesarias medidas que faciliten el diagnóstico

precoz para evitar que la enfermedad se propague a los casos más avanzados y no genere un mayor deterioro, en cuanto al grado de discapacidad.

Palabras clave: Enfermedad de Hansen; Predominio; Salud pública.

1. Introdução

A hanseníase, por todo o seu contexto natural, é um exemplo clássico de relação que o ambiente tem na saúde das populações. Na história, o termo *lepra*, nome mais conhecido coloquialmente, remonta à Bíblia e, apesar de o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ter sido descrito em 1873, a doença já era conhecida em escala mundial, pois seus relatos são antigos. Atualmente, pelo aspecto biomédico, especulou-se dizer que, com os grandes avanços nas terapias medicamentosas, a questão já parecia estar aparentemente bem resolvida no Brasil, tendo em vista que o Ministério da Saúde já disponibiliza medicação gratuita e técnicas simplificadas de prevenção de incapacidades. Porém, a dimensão sociocultural ambiental e o padrão epidemiológico desigual da doença ainda constituem um desafio para os profissionais de saúde e para os próprios pacientes (Passos et al., 2016).

Trata-se de uma infecção crônica, causada por uma bactéria do gênero *M. leprae*, transmitida ao ser humano pela liberação do bacilo no ar, sendo o homem a única fonte de infecção da doença. Constitui importante enfermidade para a saúde pública, por se tratar de doença potencialmente incapacitante e por possuir alta capacidade de penetração em células nervosas, onde exerce grande parte de sua imunogenicidade, acometendo principalmente na pele e nervos periféricos, levando a alterações da sensibilidade e deformações historicamente permeadas por forte preconceito (Barbosa et al., 2014).

As diferentes formas clínicas da hanseníase dependem da resposta imunológica do hospedeiro frente à presença do bacilo. Tais expressões clínicas ocorrem desde uma resposta imunológica competente a uma menos efetiva, ou seja, de uma forma clínica localizada e não contagiosa a uma forma difusa e contagiosa, entre esses extremos, encontram-se as formas intermediárias, que denotam os diferentes graus de resposta do hospedeiro ao bacilo (Neves et al., 2017).

Para o diagnóstico da Hanseníase, é essencial o conhecimento clínico e epidemiológico desta doença, sendo verificada a análise histórica e das situações de vida dos indivíduos acometidos, bem como a realização do exame baciloscópico e dermatoneurológico, com a finalidade de observar as lesões ou possíveis regiões da pele que

estão com sensibilidades alteradas e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autônomo); e o exame laboratorial por meio da baciloscopia (Velooso et al., 2018).

A hanseníase é uma das doenças infecciosas que ainda permanece endêmica no Brasil, pois somente em 2012 foram 33.303 notificações, sendo 63% de casos MB e 6,7% diagnosticados com grau 2 de incapacidade física. É considerada problema de saúde pública, devido ao número de casos diagnosticados por ano, à cronicidade e ao potencial incapacitante (Lana et al., 2014). O Maranhão foi o segundo estado em número de casos confirmados da federação brasileira no ano de 2012, com 4.747, seguido do Pará, com 4.784 casos (Ministério da Saúde, 2014).

Quanto ao perfil local da hanseníase, dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) apontam que no ano de 2011 a prevalência de hanseníase no município de São Luís foi de 6,5 casos para cada grupo de dez mil pessoas, o que coloca o município na condição de hiperendêmico, juntamente com outros municípios do Estado do Maranhão, unidade da federação também considerada hiperendêmica (Pacheco et al., 2014).

Em relação aos municípios no Maranhão, o maior número de casos notificados foi encontrado em São Luís (13,65%), seguido por Imperatriz (8,05%) e Timon (4,67%), que delimitam área de prevalência intermediária na região central do estado (Barbosa et al., 2014).

Em 1918, a frequência da doença no Maranhão foi estimada pelo doutor Marcellino Rodrigues Machado, como maior nas zonas da Baixada Maranhense, compreendida pelos rios Itapecuru e Turiaçu. Registrou o esculápio que se destacavam com “intensidade dessa terrível moléstia” as cidades de Monção, com 15 hansenianos, Penalva (13), Viana (10), Anajatuba (40), São Vicente e São Bento (50) e Pinheiro (14). Além dessas, foram detectados 49 casos na capital, São Luís, e 24 casos em São Luís Gonzaga (centro do estado), 100 casos em Caxias, a segunda cidade mais populosa do Maranhão e, de acordo com ele, “foco intenso” da doença. Foi estimado o total de quinhentos hansenianos no estado (Leandro, 2009).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar a ocorrência de hanseníase nas principais cidades da Baixada Maranhense no período de 2013 a 2017, por meio de um estudo retrospectivo.

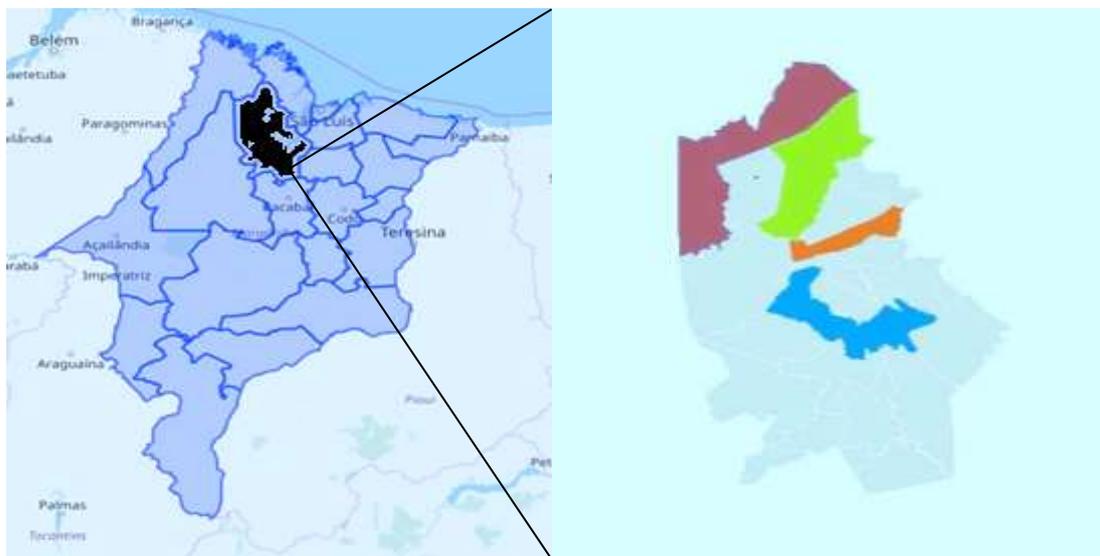
2. Metodologia

Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo e analítico de dados contidos na ficha de notificação / investigação do Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dos

casos novos de hanseníase no período de 2013 a 2017, nos principais municípios da Baixada Maranhense.

Foram analisadas fichas de notificação e investigação referentes aos casos novos de hanseníase registrados no SINAN no período de 2013 a 2017, na Baixada Maranhense. Não houve necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se tratar de dados secundários, sem identificação dos pacientes e provenientes do DATASUS, ou seja, dados disponíveis em rede eletrônica.

Figura 1. Região geográfica da Baixada Maranhense.



LEGENDA

- Pinheiro
- Santa Helena
- São Bento
- Viana

Fonte: IBGE, (2019).

A Microrregião Geográfica da Baixada Maranhense limita-se ao Norte, com a Microrregião Geográfica do Litoral Ocidental Maranhense; ao Oeste, com as Microrregiões Geográficas do Gurupi e do Pindaré; ao Sul, com a Microrregião Geográfica do Médio Mearim e ao Leste, com as Microrregiões Geográficas de Rosário e do Litoral Ocidental Maranhense. A Baixada Maranhense é uma região de aproximadamente 20.000 km² (Costa et al., 2017), compreendida a partir do Golfão Maranhense e o curso inferior dos Rios Mearim, Pindaré e Grajaú, curso médio do Rio Turiaçu e Bacia do Pericumã (IMESC, 2013). Os

municípios em estudo foram Pinheiro, Santa Helena, São Bento e Viana, cidades próximas umas das outras, com cerca de mais de 200.000 mil habitantes (IBGE, 2010), e reúnem um amplo espaço dentro da Baixada Maranhense. As cidades de Pinheiro e Viana são consideradas referências dentro da Baixada Maranhense, Santa Helena e São Bento estão localizadas ao lado da cidade de Pinheiro.

Foram considerados todos os casos novos de hanseníase, notificados segundo município de residência nos quatros municípios da Baixada Maranhense, no período de 2013 a 2017.

Foram excluídos todos os casos de transferência do mesmo município, transferência de outro município (mesma unidade federada), transferência de outro estado, transferência de outro país, os casos de recidiva, os casos de reingressos e os casos ignorados.

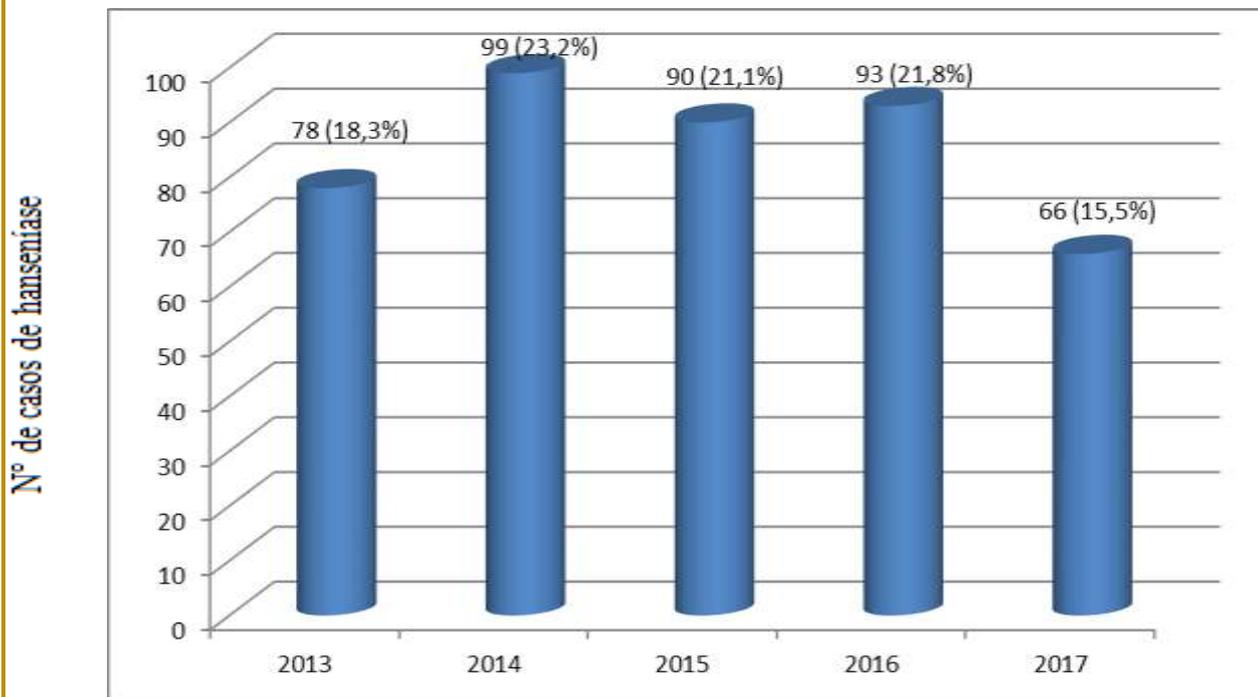
Realizaram-se análises estatísticas descritiva e exploratória, univariada e múltipla dos dados contidos no SINAN e DATASUS cedidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Maranhão. As informações foram armazenadas em banco de dados do programa Microsoft Office Excel 2007.

Os dados foram expressos por frequência absoluta e relativa. O teste qui-quadrado foi utilizado nas análises bivariadas para identificar a associação entre as variáveis. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Biostat 5.0, adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3. Resultados

A amostra foi de 426 casos contabilizados de hanseníase no período estudado. A distribuição dos casos consolidados ocorreu nos anos de 2013 a 2017 nos municípios de Pinheiro, São Bento, Santa Helena e Viana (Figura 2). Observa-se que no decorrer do tempo, os casos registrados ao ano não tiveram um aumento, ficando abaixo de 100 casos ao ano. O ano de 2014 teve a maior ocorrência do número de casos, com 99 (23,2%) e em 2017 obteve-se a sua menor ocorrência, com 66 (15,5%) casos por ano nos municípios em estudo (Figura 2).

Figura 2. Ocorrência de hanseníase por ano em quatro municípios da Baixada Maranhense, nos anos 2013 a 2017.



Fonte: SINAN/DATASUS/SES-MA, 2019 (2013 a 2017).

O município de Pinheiro apresentou o maior número de ocorrência nos cinco anos, com 198 (46,5%), seguido de Viana, com 92 (21,6%); o município de São Bento apresenta 69 (16,2%), seguido de Santa Helena, com 67 (15,7%) (Tabela 1).

De acordo com todos os anos da pesquisa, o ano de maior ocorrência foi na cidade de Pinheiro em 2014, com 61 (30,8%) dos casos, seguido por 2016, com 50 (25,2%) dos casos. Os anos de 2013 e 2016, os casos foram maiores na cidade de Santa Helena, com 18 (26,8%) e 16 (17,9%), respectivamente. Foram incidentes os mesmos números de casos em 2013 e 2014, com 15 (21,7%) notificações em São Bento. Em Viana, o ano de 2013 foi o mais ocorrente, com 23 (25%) dos casos, em 2015 foram 24 (26,1%) casos (Tabela 1).

Tabela 1. Ocorrência de Hanseníase em quatro municípios da Baixada Maranhense, segundo município de residência.

Município	2013	2014	2015	2016	2017	Total de
MA	N (%)	casos N (%)				
notificação						
Pinheiro	22 (11,1)	61 (30,8)	46 (23,2)	50 (25,2)	19 (9,6)	198 (46,4)
Santa Helena	18 (26,8)	13 (19,4)	8 (12)	16 (23,8)	12 (17,9)	67 (15,7)
São Bento	15 (21,7)	15 (21,7)	12 (17,4)	14 (20,3)	13 (18,8)	69 (16,2)
Viana	23 (25)	10 (10,9)	24 (26,1)	13 (14,1)	22 (23,9)	92 (21,6)

Fonte: SINAN/ DATASUS/SES-MA, (2019).

No período estudado, a Tabela 2 demonstra que a ocorrência foi maior no sexo masculino em todos os anos da pesquisa, no entanto em 2014 e 2015 foram notificados mais casos com 59 (59,6%) e 59 (65,6%), respectivamente. Os pacientes mais acometidos pela hanseníase foram aqueles com idade acima de 15 anos. Entretanto, em 2014, 26 (26,3%) não foram informados. Com relação à escolaridade, os pacientes com apenas o ensino fundamental foram aqueles mais acometidos pela hanseníase nos anos de 2013 a 2017, enquanto que os menores índices de incidência ocorreram em pacientes com o ensino superior.

Por fim, a cor parda foi a mais acometida em todos os anos da pesquisa, com maior incidência no ano de 2014, com 66 (66,7%) casos. Em 2013 não houve registro de novos casos de hanseníase de pessoas de raça/cor amarela; já em 2015, não foi registrado nenhum caso daqueles que não informaram cor/raça.

Tabela 2. Características sociodemográficas da hanseníase nos anos 2013 a 2017.

Variáveis	2013	2014	2015	2016	2017
	N (%)				
Sexo					
Masculino	41 (52,6)	59 (59,6)	59 (65,6)	50 (53,8)	43 (65,2)
Feminino	37 (47,4)	40 (40,4)	31 (34,4)	43 (46,2)	23 (34,8)
Faixa Etária					
0 a 14 anos	10 (12,8)	10 (10,1)	7 (7,8)	8 (8,6)	6 (9,1)
15 anos e mais	68 (87,2)	63 (63,6)	83 (92,2)	85 (91,4)	60 (90,9)
N informado	0 (0)	26 (26,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Escolaridade					
Analfabeto	7 (9,0)	10 (10,1)	11 (12,2)	6 (6,5)	4 (6,1)
Ensino Fundamental	48 (61,5)	54 (54,5)	64 (71,1)	46 (49,5)	39 (59,1)
Ensino Médio	16 (20,5)	17 (17,2)	14 (15,6)	19 (20,4)	13 (19,7)
Ensino Superior	1 (1,3)	0 (0)	1 (1,1)	2 (2,1)	2 (3,0)
N informado	6 (7,7)	18 (18,2)	0 (0)	20 (21,5)	8 (12,1)
Raça/cor					
Branco	15 (19,2)	16 (16,2)	10 (11,1)	16 (17,2)	6 (9,1)
Preta	21 (27,0)	12 (12,1)	12 (13,3)	17 (18,3)	8 (12,1)
Parda	40 (51,3)	66 (66,7)	65 (72,2)	56 (60,2)	49 (74,2)
Amarelo	0 (0)	2 (2,0)	3 (3,3)	1 (1,1)	2 (3,0)

N informado 2 (2,5) 3 (3,0) 0 (0) 3 (3,2) 1 (1,5)

Fonte: Autores.

A ocorrência foi maior nos casos multibacilares entre os homens, com 185 (75,6%) casos registros; já nos casos paucibacilares, houve entre as mulheres menor prevalência com 83 (45,6%) casos notificados (OR = 0,38004 e $p < 0,0001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação operacional no diagnóstico em relação ao sexo em portadores de hanseníase nos municípios da Baixada Maranhense.

Clas.Operacional	Masculino	Feminino	OR	<i>p</i>
	N (%)	N (%)		
Paucibacilar	59 (24,2)	83 (45,6)	0,38004	0,0001
Multibacilar	185 (75,8)	99 (54,4)		
Total	244 (100)	182 (100)		

Fonte: SINAN/DATASUS/SES-MA, (2019).

Apresentou-se maior registro de casos MB, sendo em 2016 a maior incidência, com 70 (75,3%) dos casos (Tabela 4). Com relação à forma clínica, a classificação indeterminada teve a menor incidência de casos, sendo apenas 5 (5,4%) em 2016; a forma dimorfa foi a mais incidente durante todo o período estudado, sendo em 2016 o maior número de casos, com 48 (51,6%). Quanto ao grau de incapacidade, o grau 0, em 2013 foram 52 (66,7%) casos. No entanto, em 2014 o maior número de casos não foi avaliado, com 79 (79,8%).

Tabela 4. Características clínicas da incidência de hanseníase em quatro municípios da Baixada Maranhense nos anos 2013 a 2017.

Variáveis	2013	2014	2015	2016	2017
	N (%)				
Clas. Operacional					
Paucibacilar	29 (37,2)	45 (45,5)	32 (35,6)	23 (24,7)	13 (19,7)
Multibacilar	49 (62,8)	54 (54,5)	58 (64,4)	70 (75,3)	53 (80,3)
Forma Clínica					
Indeterminada	8 (10,3)	17 (17,1)	8 (8,9)	5 (5,4)	7 (10,6)
Tuberculóide	15 (19,2)	19 (19,2)	28 (31,1)	17 (18,3)	7 (10,6)
Dimorfa	34 (43,6)	29 (29,3)	37 (41,1)	48 (51,6)	37 (56,1)
Virchowiana	8 (10,3)	7 (7,1)	16 (17,8)	17 (18,3)	13 (19,7)
N Classificada	13 (16,6)	27 (27,3)	1 (1,1)	6 (6,4)	2 (3,0)
G. Incapacidade					
Grau 0	52 (66,7)	10 (10,1)	30 (33,3)	31 (33,3)	39 (59,1)
Grau 1	17 (21,8)	10 (10,1)	10 (11,1)	14 (15,0)	16 (24,2)
Grau 2	2 (2,6)	0 (0)	7 (7,8)	6 (6,5)	3 (4,5)
Não avaliado	7 (8,9)	79 (79,8)	43 (47,8)	42 (45,2)	8 (12,1)

Fonte: SINAN/ DATASUS/SES-MA, (2019).

4. Discussão

Observou-se uma alta prevalência dos casos notificados no decorrer do estudo, no entanto houve uma redução significativa no último ano, podendo ser justificada pela maior procura pelos serviços de saúde ou pelos programas de combate à hanseníase. O estudo de Santos et al. (2017), realizado em Rondonópolis (MT), corrobora com os dados desta pesquisa, porém apresentou menor registro no ano de 2012.

A ocorrência de hanseníase foi considerada alta, mesmo com programas de prevenção e combate à Hanseníase e assistência a pessoas contaminadas. O alto número de doentes está diretamente relacionado com alguma falha, podendo ser proveniente da prevenção, até o tratamento, podendo também estar relacionado com a área demográfica destes municípios, já que juntos reúnem um amplo espaço demográfico e alto número de residentes na Baixada Maranhense, o que pode dificultar o acesso à saúde e informações para toda a população.

Esses dados corroboram com os estudos de Costa et al. (2017), onde fizeram uma análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, PA, sendo esta considerada hiperendêmica, nos anos 2010 a 2014.

Neste estudo, observou-se uma maior ocorrência de casos do sexo masculino, sendo explicado por diversos fatores, como a menor frequência em consultas em posto de saúde, um menor autocuidado com o corpo, o que demonstra que essa população pode não ter preocupação com a saúde, quando comparado às mulheres, além de possuírem um baixo acesso a informações, quando relacionado a questões de saúde, o que seria um desafio para as políticas de prevenção a doenças na inclusão de programas que facilitem a inclusão destes (Souza et al., 2018).

As mulheres, por outro lado, têm um maior cuidado com o corpo, costumam ter mais acesso às informações, os programas de prevenção costumam atingir a maior parte da população feminina, por consequência possuem vantagem em um diagnóstico prévio e tratamento mais eficaz, o que explica nos estudos possuírem uma quantidade menor de casos de hanseníase (Melão et al., 2011).

Nos achados de Pacheco et al. (2014), identificou-se que a maioria de pessoas com hanseníase apresentava idade superior a 15 anos, resultado esse semelhante encontrado neste estudo. Essa faixa-etária pode ser resultado, principalmente, do longo período de incubação do bacilo, ao entrar em contato com o hospedeiro. Esse fato pode gerar um forte impacto socioeconômico para esses municípios estudados, pois podem estar em atividade trabalhista, além de trazer impacto a mais para a saúde pública local, por conta das incapacidades.

Pessoas com menor escolaridade foram as mais afetadas neste estudo, o contrário daquelas que possuem um nível escolar maior; o baixo nível de esclarecimento afeta as condições socioeconômicas e, conseqüentemente, acarretam a maiores dificuldades no cuidado com a saúde. Palú et al. (2015) justificam que a escolaridade é um dos aspectos que auxiliam os determinantes sociais da saúde, contribuindo, neste caso, para as condições socioeconômicas.

Nos achados deste estudo, a ocorrência é maior em pessoas de cor parda, dados que divergem dos resultados de Santos et al. (2017), onde a maioria dos casos se deu na cor branca. No entanto, não é uma variável que se mostra determinante como parâmetro para avaliar prevalência, devido às características miscigenadas existentes no país, o que pode levar a uma prevalência maior de variada raça/cor, dependendo do local do estudo, informações já apontadas nos estudos de Sarmiento et al. (2015).

A ocorrência de casos MB foram predominantes em todos os anos, o que está diretamente ligado a uma baixa imunidade e possivelmente a um diagnóstico tardio que, quando acarreta um maior número de lesões, favorece a procura por um serviço de saúde, pois afeta as condições socioeconômicas que facilita a propagação da doença (Ribeiro Júnior, 2012). Nos achados de Garcia et al. (2013), a maioria dos casos diagnosticados foi composto por adultos, classificados como PB, que segundo os autores, sugere detecção precoce da doença, dados esses que divergem deste estudo.

A forma clínica mais incidente se deu na dimorfa em todos os anos de estudo desta pesquisa; esta é uma forma intermediária com suas características clínicas parecidas com as formas tuberculóide e virchowiana. A sua maior incidência pode estar ligada ao fato de apresentar mais casos MB, o que tem impacto direto na continuação da transmissão de hanseníase. Como no estudo de Lima et al. (2010), que apresenta um baixo número de casos na classificação indeterminada, essa característica pode estar relacionada a uma deficiência no diagnóstico precoce da doença. Os achados demonstraram que o grau de incapacidade é irrelevante para o estudo, já que os casos incidentes não foram classificados, o que mostra a dificuldade no momento de classificação da hanseníase, quanto ao grau de incapacidade. No entanto, há divergência da literatura com os achados deste estudo, pois Melão et al. (2011) encontraram maior incidência de grau de incapacidade 0.

Neste estudo, ao se observar a classificação operacional, verifica-se que a forma MB foi incidente nos gêneros masculino e feminino em relação à forma PB, sendo inclusive estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), esses dados são divergentes com os achados de Passos et al. (2016), onde analisaram a hanseníase no estado do Maranhão, constatando que o número de casos MB é maior no sexo masculino, enquanto que PB são mais numerosos no sexo feminino.

Este estudo sugere novas abordagens e aperfeiçoamentos para a coleta com mais informações e confirmações dos novos casos notificados. A principal limitação deste estudo foi a coleta de dados secundários, onde há dependência da notificação de novos casos e o preenchimento correto das informações relacionadas à doença dos pacientes. Entretanto, a relevância do presente estudo é estabelecer características da população com hanseníase para possibilitar novas políticas preventivas de saúde.

5. Considerações Finais

Houve uma maior ocorrência na forma operacional MB em todos os municípios em estudos nos anos de 2013 a 2017, com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, maior faixa etária e com baixo nível de escolaridade, o que demonstra a necessidade de medidas profiláticas para reduzir o número de pessoas contaminadas.

A forma dimorfa da hanseníase foi de maior incidência da classificação MB, sendo necessário medidas que facilitem o diagnóstico precoce para impedir que a doença se propague para os casos mais avançados. Quanto ao grau de incapacidade, não foi possível detectar a sua interferência nos casos de incidência devido à falta de preenchimento na ficha de notificação do grau de incapacidade. Contudo, faz-se necessário e indispensável promover políticas públicas de saúde que visem a promoção da saúde a todos os habitantes, além de capacitação aos que atendem.

Referências

Barbosa, D. R. M., Almeida, M. G., & Santos, A. G. (2014). Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012, *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47(4), 347-56.

Barbosa, D. R. M., et al. (2014). Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 8(1), 1-12.

Costa, L. A., et al. (2017). Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. *Rev Pan-Amaz Saude*, 8(3), 9-17.

Garcia, D. R., et al. (2013). Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 21 (2), 168-72.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br>.

Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos - IMESC. Enciclopédia dos Municípios Maranhenses: microrregião geográfica da Baixada Maranhense / Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos. – São Luís: IMESC, 2013.

Lana, F. C. F., et al. (2014). O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle, *Revista de Enfermagem UFMS*, 4(3), 556-65.

Leandro, J. A. (2009). A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16(2), 433-47.

Lima, H. M. N., et al. (2010). Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos e Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Bras Clin Med*, 8(4), 323-7.

Melão, S., et al. (2011). Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 44(1),79-84.

Ministério da Saúde. (2014). Portal Brasil. Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase. Brasília, DF, 2014. Recuperado de <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-hanseniase>

Neves, D. C. O., et al. (2017). Tendência das taxas de detecção de hanseníase em jovens de 10 a 19 anos de idade nas Regiões de Integração do estado do Pará, Brasil, no período de 2005 a 2014. *Rev Pan-Amaz Saude*, 8(1),29-37.

Pacheco, M. A. B., Aires, M. L. L., & Seixas, E. S. (2014). Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. *Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade*, 9(30): 23-30.

Palú, F. H., & Cetolin, S. F. (2015). Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 a 2014. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 44(2), 90-98.

Passos, C. E. C., et al. (2016). Hanseníase no estado do Maranhão: análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 12(22), 88-100.

Ribeiro Júnior, A. F., Vieira, M. A., & Caldeira, A. P. (2012). Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med.*, 10(4), 272-7.

Santos, D. A. S., et al. (2017). Prevalência de casos de hanseníase. *Rev enferm UFPE on line*, 11(Supl. 10), 4045-55.

Sarmiento, A. P. A., et al. (2015). Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). *Rev Soc Bras Clin Med.*, 13(3), 180-4.

Souza, E. A., et al. (2018). Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. *Revista Saúde Pública*, 52(1), 1-12.

Veloso, D. S., et al. (2018). Perfil Clínico Epidemiológico da Hanseníase: Uma Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 10(1), 1429-37.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

José Eduardo Batista– 15%

Verônica Coelho Campos– 15%

Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos– 10%

Clice Cunha Pimentel de Sousa– 15%

Andréa Dias Reis– 15%

Nathália de Paula Batista– 10%

Joelmara Furtado dos Santos Pereira– 10%

Francisca Bruna Arruda Aragão– 15%