

Informe Epidemiológico

Hanseníase

Série Histórica 2010 – 2021

Tanya Eloise Lafratta^{id}, Mary Lise Carvalho Marzliak^{id}, Iriane Maria Sammarone Henriques^{id}, Eliane Rodrigues Padovan de Queiroz^{id}, Silvana Cabral Lourenço^{id}, Márcio de Deus Vieira Borges^{id}, Lilian Clarice Barbosa dos Santos^{id}, Dulcineia Godoi Luz^{id}

Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase
Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37969>

VOL. 20 • Nº 219 • ANO 2023 • ISSN 1806-4272

Correspondência

E-mail: dvhansen@saude.sp.gov.br

Instituição: CVE|CCD/SES-SP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 351 - 6º andar. CEP: 01246-000. São Paulo-SP, Brasil

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que acomete nervos e pele. É causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), bacilo identificado como causador da doença, em 1873, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen.^{1,2}

A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças a acometer o homem. Acredita-se que seja originária da Ásia,³ mas alguns autores também apontam a África como seu berço se.⁴ Segundo Opromolla⁵, admite-se que a hanseníase era desconhecida na Europa na época de Hipócrates (467 a.C.). Aceita-se que as tropas de Alexandre, o Grande, quando retornaram ao continente europeu depois da conquista do mundo até então desconhecido, tenham trazido indivíduos contaminados com a doença nas campanhas da Índia (300 a.C.). Durante a Idade Média a hanseníase teve alta prevalência na Europa e Oriente médio. O concílio realizado em Lyon, no ano de 583, estabeleceu regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença.³ Essas regras consistiam em isolar o doente da população sadia, passando este a residir em locais especialmente reservados para esse fim (leprosários ou lazaretos).⁴

Pode-se estimar sua magnitude no Velho Mundo pela existência de quase 20.000 leprosários naquele continente, no século XIII. Da mesma forma, pode-se acompanhar o declínio da endemia europeia, a partir do século XVII, pela desativação gradual dos mesmos asilos, que prosseguiu ao longo do século XVIII e primeira metade do século XIX.⁶

Por volta de 1870, a doença já havia praticamente desaparecido em quase todos os países da Europa e, mesmo na Noruega, onde ainda podia ser considerada endêmica, sua incidência já estava em declínio. Ao mesmo tempo em que no continente europeu a hanseníase tendia ao desaparecimento, mantinham-se focos endêmicos na Ásia e na África e introduzia-se a doença no Novo Mundo, a partir das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de africanos escravizados. Nas Américas não havia hanseníase entre os povos originários. Durante o período da colonização, a América Latina tornou-se, gradativamente, uma nova área endêmica mundial.⁷

A doença entrou no Brasil por vários pontos do litoral com os primeiros colonizadores portugueses, principalmente açorianos, mas outros povos europeus também colaboraram para sua disseminação posteriormente.^{8,9} Os primeiros casos da doença foram notificados no país em 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde, anos mais tarde, seria criado o primeiro lazareto.¹⁰ Depois, outros focos da doença foram identificados, principalmente na Bahia e no Pará.¹⁰ Há relatos de casos no estado de São Paulo (ESP) em 1765 e 1768.

Após a introdução da moléstia por diversos pontos da costa brasileira, a infecção teria acompanhado a marcha da colonização. De Pernambuco, um dos mais antigos centros da agricultura

usineira, a moléstia teria se estendido à Paraíba e Alagoas, devido ao desenvolvimento agrícola dessas regiões. E chegou ao Ceará, Maranhão, Pará e Amazonas pela ocupação desses estados. De São Paulo a infecção teria acompanhado os bandeirantes para Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. E seria paulista, também, o foco da hanseníase para os estados do Sul.¹¹

Com a introdução da sulfona no tratamento da hanseníase, na década de 1940, o controle da doença deixou de ser feito através do isolamento e da segregação do indivíduo infectado.^{12,13} Desde os anos 1950 não existe mais a norma de isolar compulsoriamente o doente de hanseníase em hospitais-colônias e a terapêutica é realizada em nível ambulatorial.¹⁴ Em São Paulo, o Dispensário de Profilaxia da Lepra (DPL) continuou realizando internações dos doentes até 1967. No Brasil, em 1976, novas políticas para o controle da hanseníase determinaram ações de educação em saúde, acompanhamento de comunicantes com aplicação de BCG, busca ativa de casos novos, tratamento dos pacientes e prevenção e tratamento das incapacidades físicas.¹⁴

Em 1991, na 44ª Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), os países membros comprometeram-se a promover o uso de todas as medidas de controle para eliminação da doença como problema de saúde pública no mundo até o ano 2000. Esperava-se que todas as nações endêmicas alcançassem o coeficiente de prevalência de menos de 1 doente por 10.000 habitantes.¹⁵ A meta foi alcançada no nível global, porém, apesar de todos os esforços, o Brasil não atingiu a meta de eliminação da hanseníase, sendo seus principais pontos de estrangulamento: alta detecção de casos, alta prevalência em muitos municípios, a complexidade diagnóstica e a cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento. O prazo, então, foi prorrogado para 2005 nos níveis federal e estadual, enquanto para o nível municipal a proposta para a eliminação foi estendida até 2015.

AGENTE ETIOLÓGICO

O *M. leprae* é um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células de nervos periféricos e células cutâneas. O bacilo tem reprodução lenta, podendo levar de 12 a 13 dias para se completar. Essa lentidão biológica explica por que a hanseníase é tão crônica em sua evolução e seu período de incubação tão longo – em média de três a cinco anos. Há relatos na literatura de períodos maiores ou menores que esse.¹⁶

Apesar de ter sido o primeiro micro-organismo ao qual foi atribuída uma doença (Hansen, 1873), até o momento não se comprovou a multiplicação do bacilo em meios de cultura artificiais. Ele pode permanecer viável até nove dias fora do organismo humano. Em condições adequadas de umidade e temperatura, esse período pode chegar a 46 dias.

Considera-se o homem doente de forma clínica bacilífera (multibacilar-MB) sem tratamento como a principal fonte de infecção, que mantém ativa a transmissão na comunidade. Não se conhece ainda o potencial infectante das formas paucibacilares-PB e das suas fases subclínicas.

MODO DE TRANSMISSÃO

A hanseníase é considerada uma doença de alta infectividade e baixa patogenicidade. As vias de eliminação mais importantes parecem ser as aéreas superiores e solução de continuidade da pele (úlceras, ferimentos etc.) Estima-se que os doentes virchowianos eliminem diariamente em torno de $2,4 \times 10^8$ bacilos pelo trato respiratório.

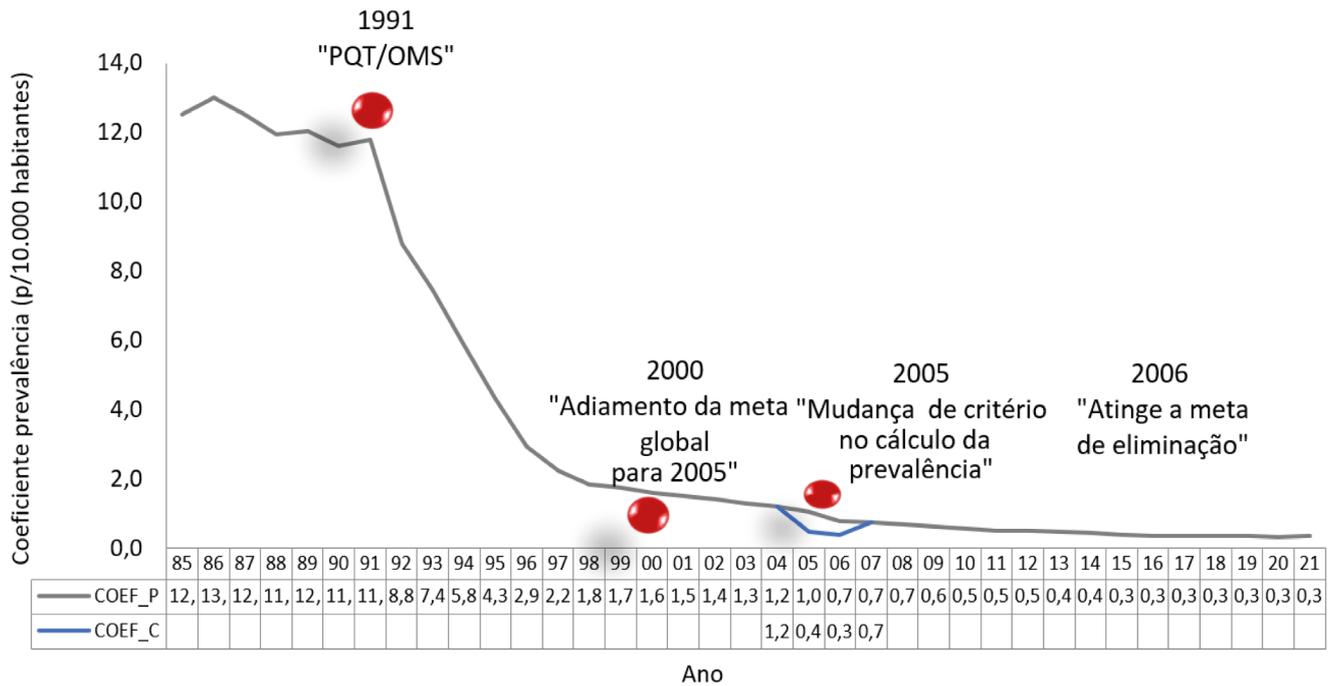
Apesar das micobactérias serem encontradas no leite de mães virchowianas, o aleitamento materno parece não ser uma via importante de transmissão. Estudos comparativos de crianças amamentadas por mães virchowianas não demonstraram risco maior de adquirir hanseníase do que crianças nas mesmas situações aleitadas artificialmente.

O contato direto e a inalação parecem ser as vias de entrada mais importantes do bacilo de Hansen. Ingestão ou vetores também podem ser lembrados, apesar de nenhuma dessas possibilidades terem sido consistentemente provadas. Fatores ligados ao hospedeiro, como desnutrição, e os ligados ao meio ambiente, como precárias condições de saneamento e baixa situação socioeconômica, parecem estar associados à ocorrência de hanseníase.^{16,17}

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O ESP atingiu a meta de eliminação proposto pela OMS de menos de 1 caso de hanseníase registrado por 10.000 habitantes em 2006, com 3.196 casos e um coeficiente de prevalência de 0,78 (parâmetro considerado baixo). O Gráfico 1 mostra o coeficiente resultante do impacto da terapêutica (poliquimioterapia – PQT), adotada em 1991 no ESP. Em 2000 a meta estabelecida pela OMS foi prorrogada para 2005, e o Ministério da Saúde adotou um novo critério para o cálculo do coeficiente de prevalência (Portaria nº 31, de 8 de julho do mesmo ano), sendo retomado a posteriori. Apesar de ESP ter atingido a meta de eliminação em 2006, 11 grupos de vigilância epidemiológica (GVE) e 264 municípios permanecem com coeficiente maior ou igual a 1 naquele ano.

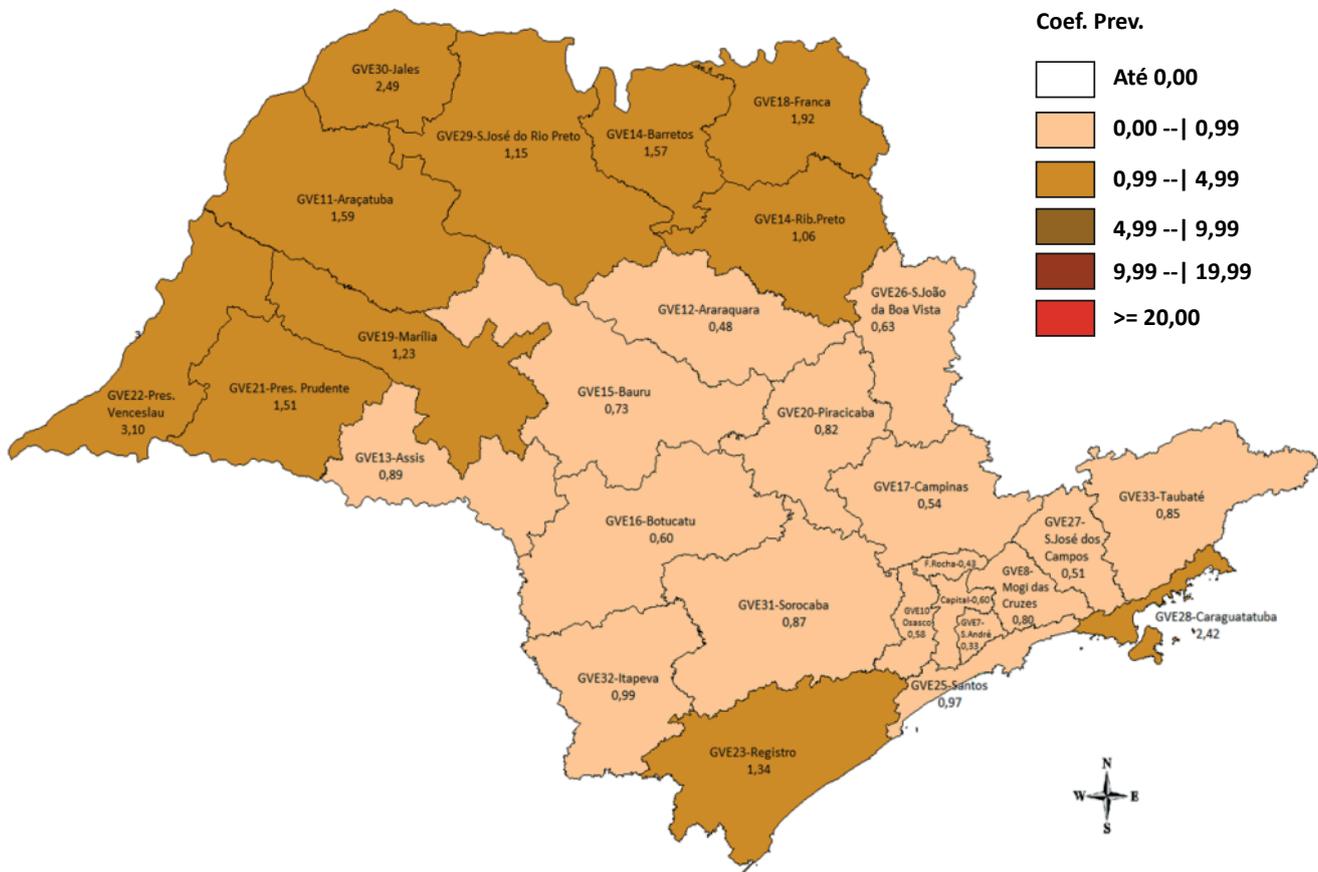
Gráfico 1. Coeficiente de prevalência dos casos de hanseníase no ESP, 1985-2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES. Prevalência – parâmetro: Baixo <1,00; Médio 1,00 a 4,99; Alto 5,0 a 9,99; Muito alto 10,0 a 19,99; Hiperendêmico ≥ 20,00 p/ 10.000 hab.¹⁸ Nota: Coef_Corrigido -> Coeficiente de prevalência corrigido pelo novo método de cálculo estabelecido em 2005.

Na Figura 1 estão distribuídos os casos por GVE, sendo grande parte das regiões fronteiriças com estados que apresentam grande número de casos: Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Paraná.

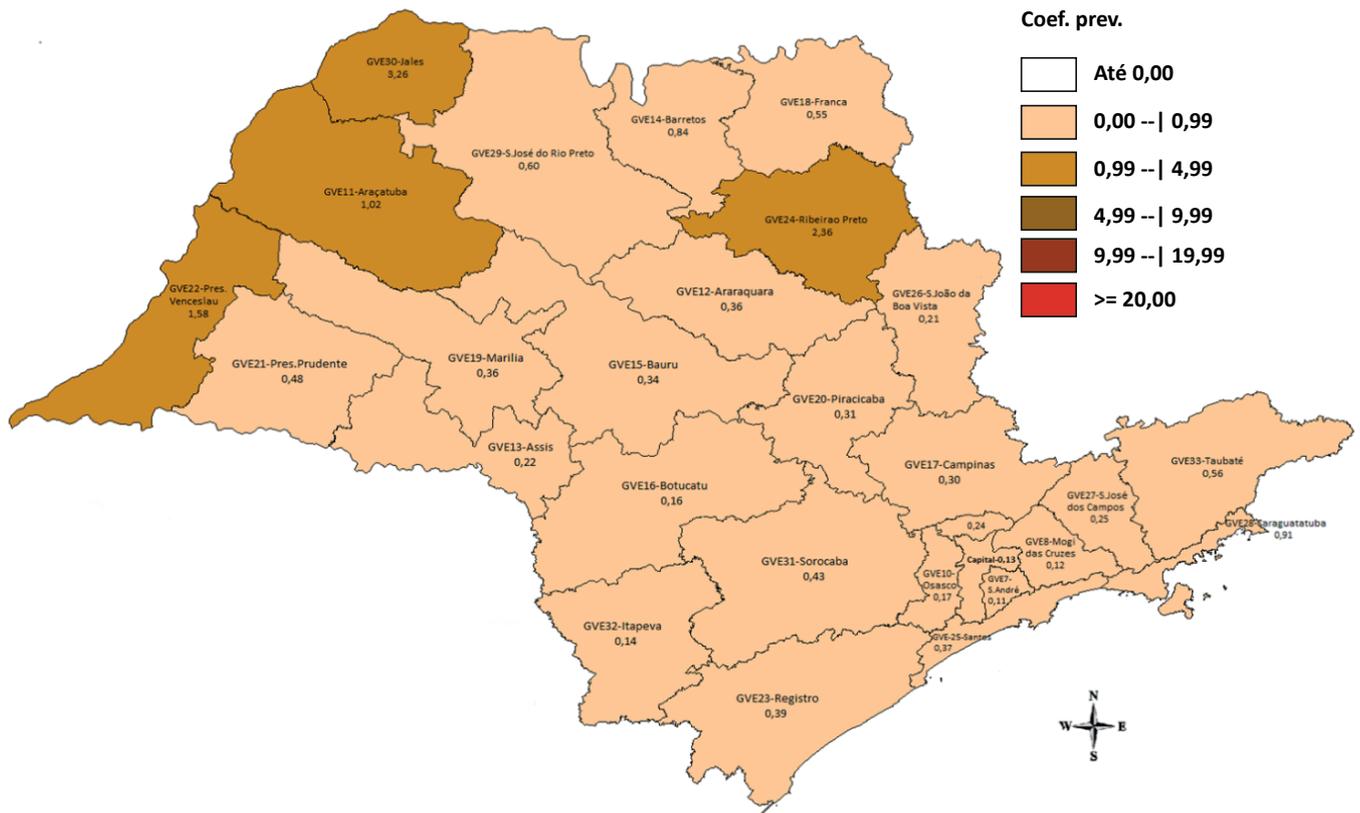
Figura 1. Distribuição da prevalência dos casos de hanseníase por GVE de residência no ESP, 2006.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

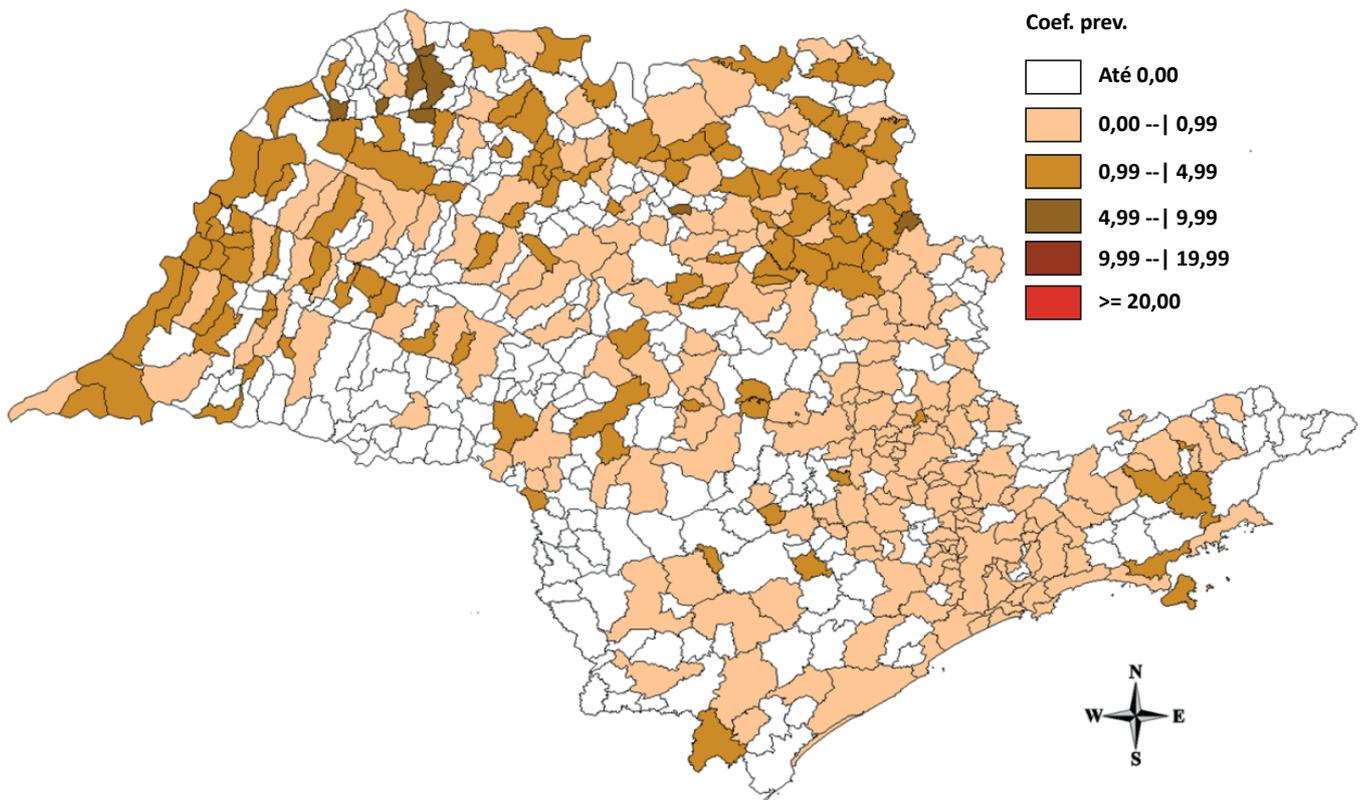
Em 2021 foram registrados 1.696 casos (0,37/10.000 habitantes), com quatro GVE apresentando níveis da endemia considerados médios: GVE 30 – Jales (3,26), GVE 24 – Ribeirão Preto (2,36), GVE 22 – Presidente Venceslau (1,58) e GVE-11 – Araçatuba (1,02). E, ainda, 106 municípios apresentaram coeficiente médio e oito com parâmetro considerado alto ([Figuras 2 e 3](#)).

Figura 2. Distribuição da prevalência dos casos de hanseníase por GVE de residência no ESP, 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

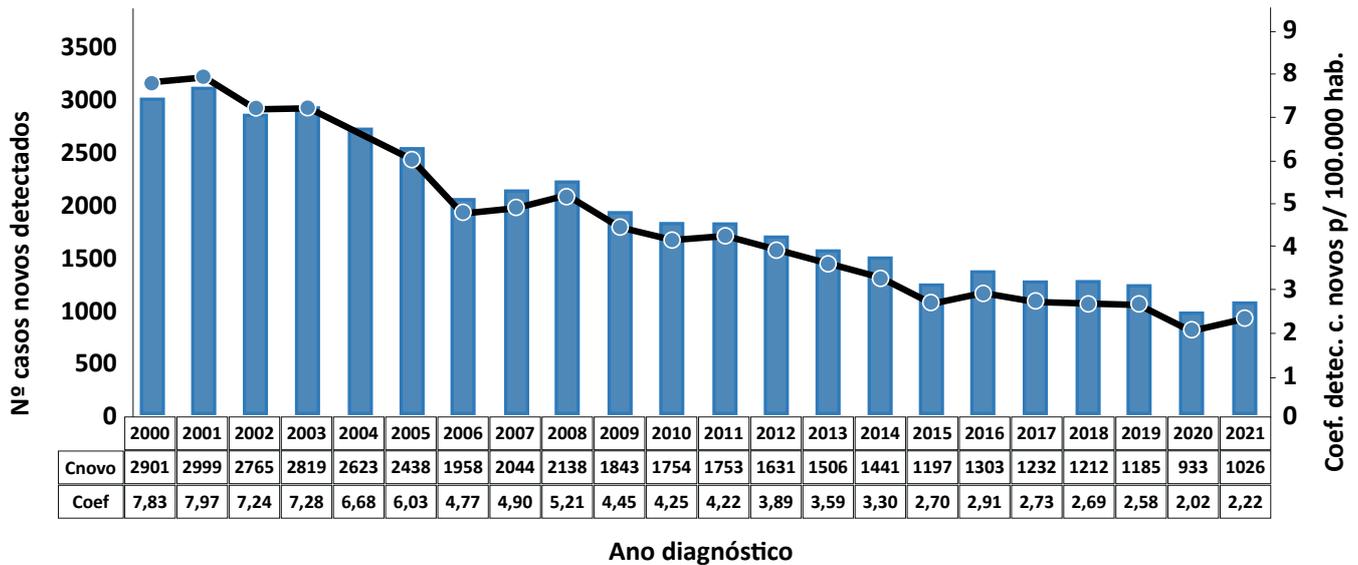
Figura 3. Distribuição da prevalência dos casos de hanseníase por município de residência no ESP, 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

A detecção de casos novos apresentou tendência decrescente estatisticamente significativa no tempo, sendo considerada de média intensidade de acordo com parâmetros oficiais (Gráfico 2). O ESP detectou, em 2021, 1.026 casos novos (2,22/100.000 habitantes), 93 a mais em relação a 2020, quando a pandemia de covid-19 impactou esses números. Em 2020 foram diagnosticados 933 casos (2,00/100.000 habitantes), um decréscimo de 20% em relação a 2019, ano em que foram diagnosticados 1.185 casos (2,58/100.000 habitantes).

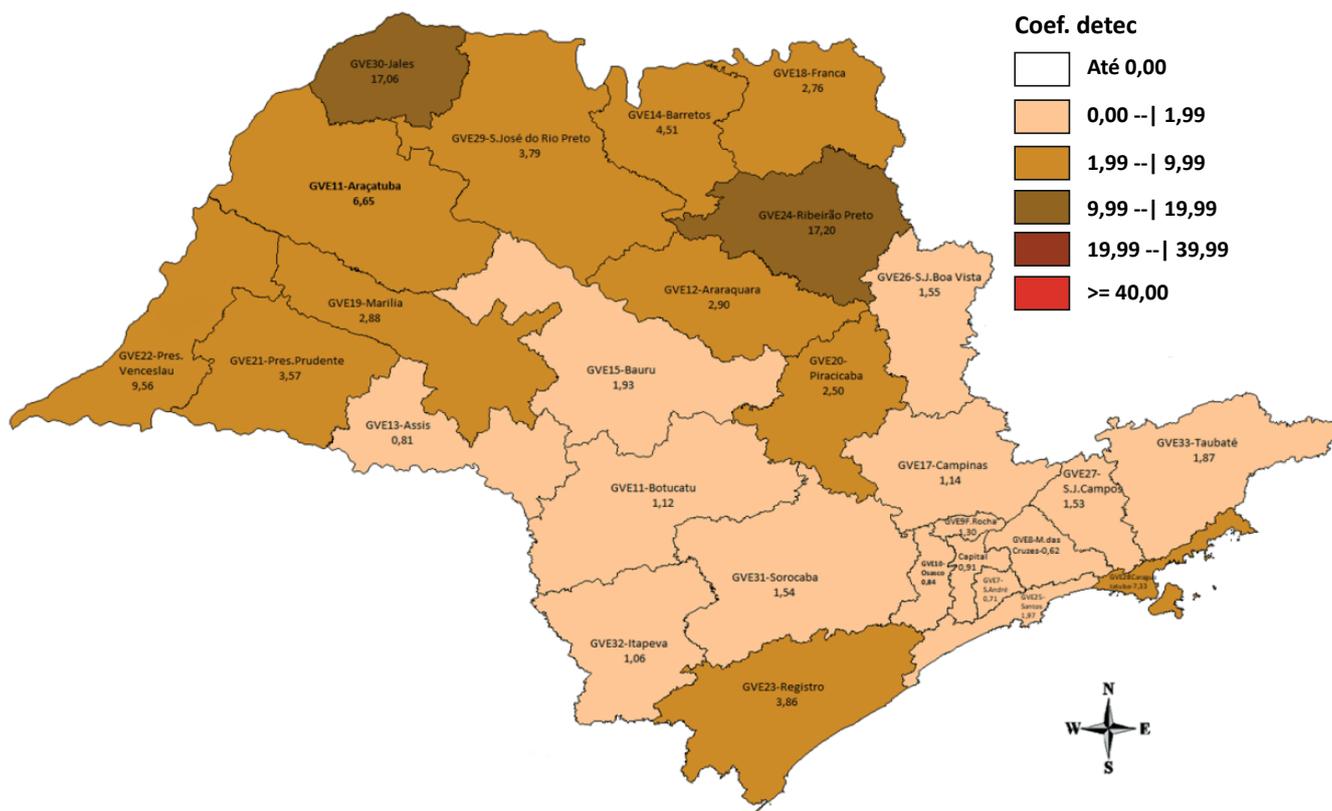
Gráfico 2. Detecção geral de casos novos de hanseníase no ESP, 2010 a 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

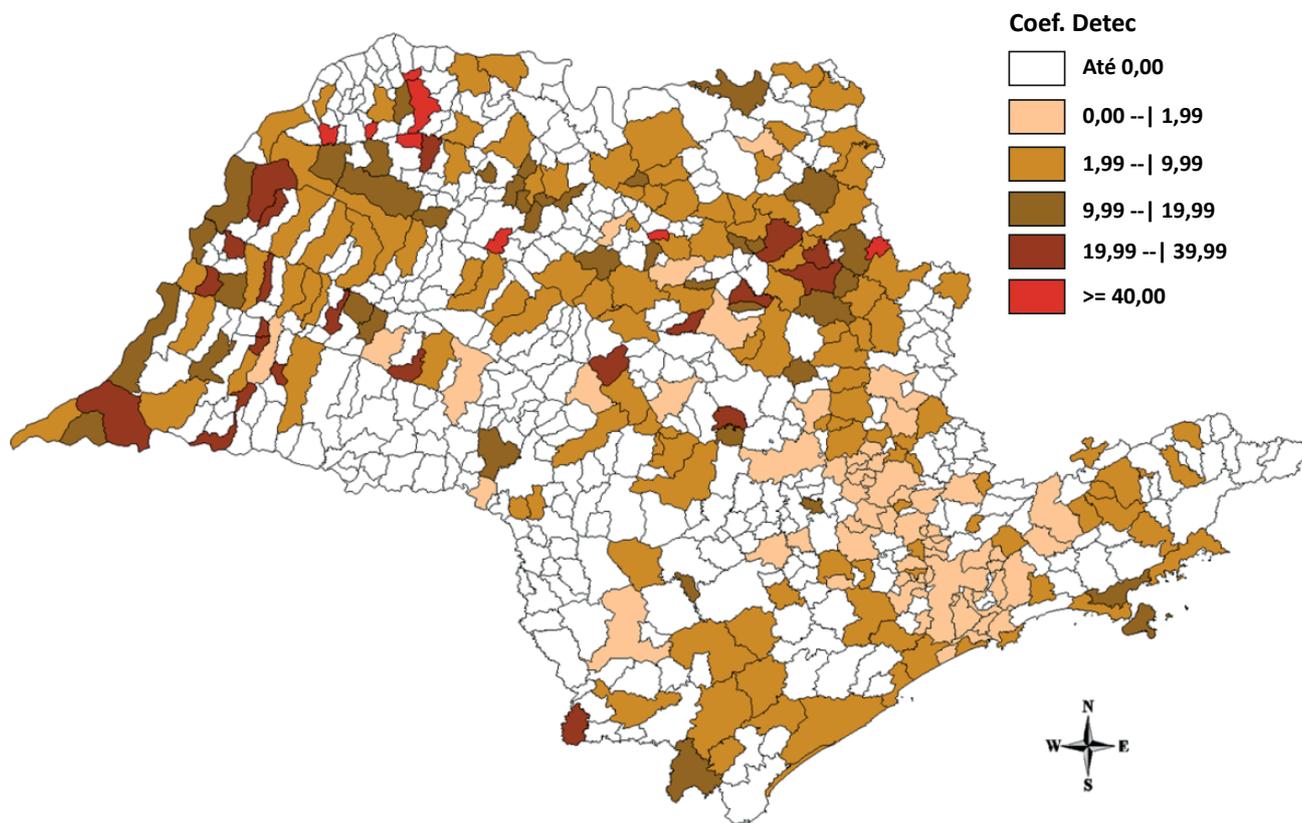
Dois GVE se destacam no estado, o de Ribeirão Preto (17,20/ 100.000 habitantes) e o de Jales (17,06/100.000 habitantes), apresentando um coeficiente de detecção de casos novos com parâmetro considerado alto (Figura 4). Não foram detectados casos em 388 municípios dos paulistas (60%), porém em 21 foi observado um alto coeficiente (acima de 10,00 e menor que 19,99/100.000 habitantes) e em 8 esteve acima de 40,00/100.000 habitantes, considerado hiperendêmico pelos parâmetros oficiais da CGDE/MS (Figuras 4 e 5).

Figura 4. Distribuição dos casos novos detectados de hanseníase por GVE de residência no ESP, 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES. Nota: Detecção casos novos – parâmetro: baixo < 2,00; médio 2,0 a 9,99; alto 10,00 a 19,99; muito alto 20,00 a 39,9; hiperendêmico ≥40,00 p/ 100.000 habitantes.

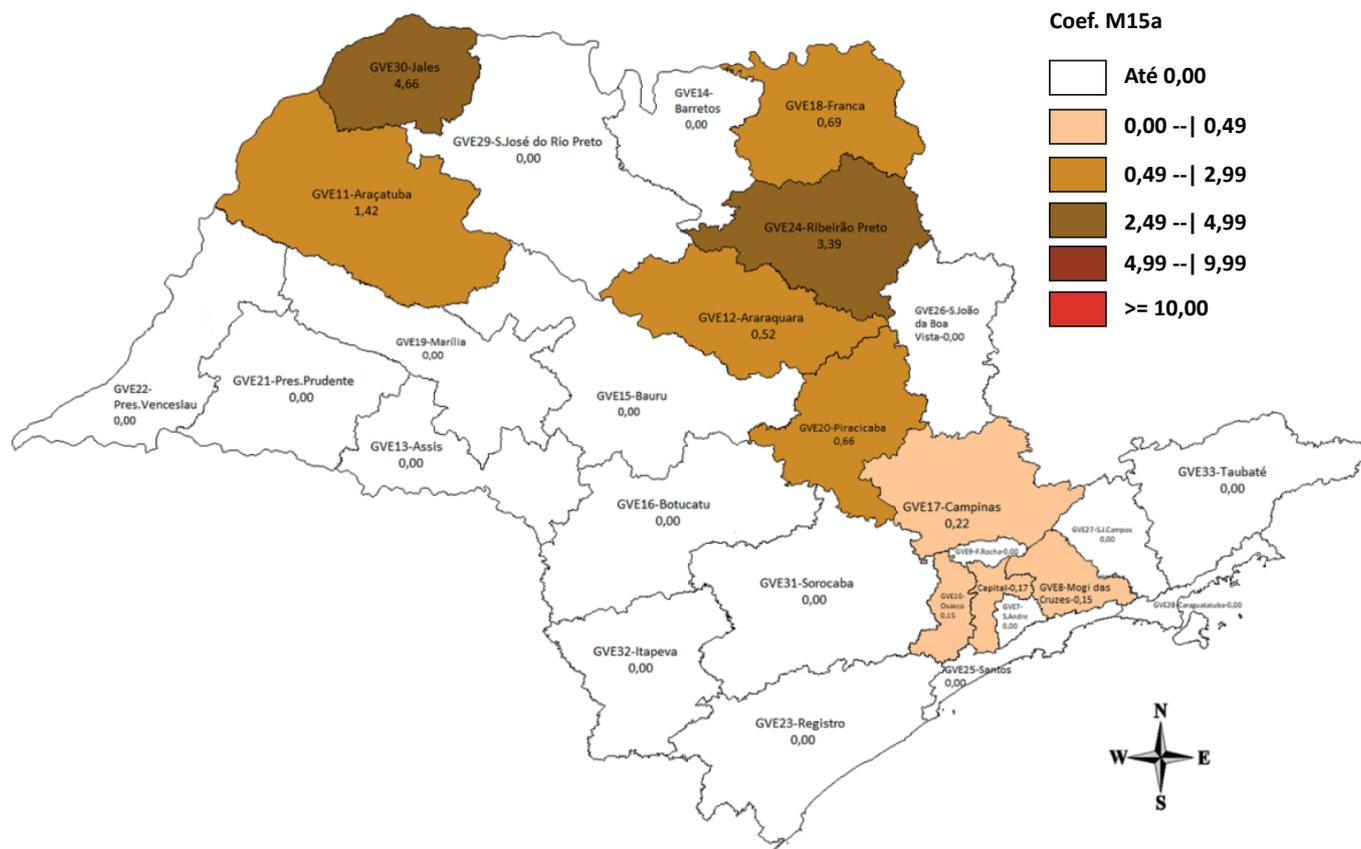
Figura 5. Distribuição dos casos novos detectados de hanseníase por município de residência no ESP, 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

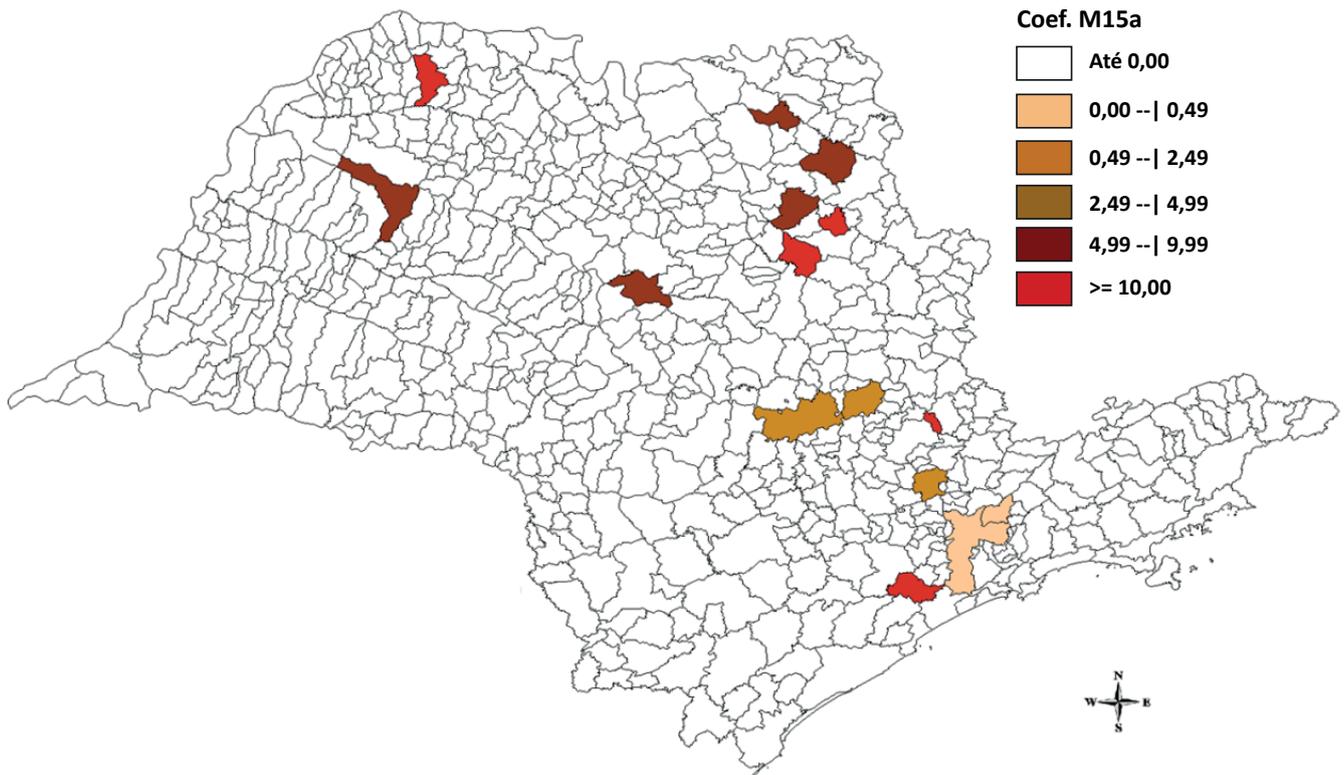
Quanto à detecção em menores de 15 anos, foram diagnosticados 26 casos (0,29/100.000 habitantes) em 15 municípios de 10 regiões do ESP. Casos em crianças evidenciam focos ativos da doença e transmissão recente e que elas estão em contato próximo a uma fonte de infecção, ou seja, um adulto doente sem tratamento ([Figuras 6 e 7](#)).

Figura 6. Casos novos detectados de hanseníase em menores de 15 anos distribuídos por GVE de residência no ESP, 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES. Nota: Detecção de casos novos em menores de 15 anos – parâmetro: baixo <0,50; médio 0,50 a 2,49; alto 2,50 a 4,99; muito alto 5,00 a 9,99; hiperendêmico $\geq 10,00$ p/ 100.000 habitantes.¹⁸

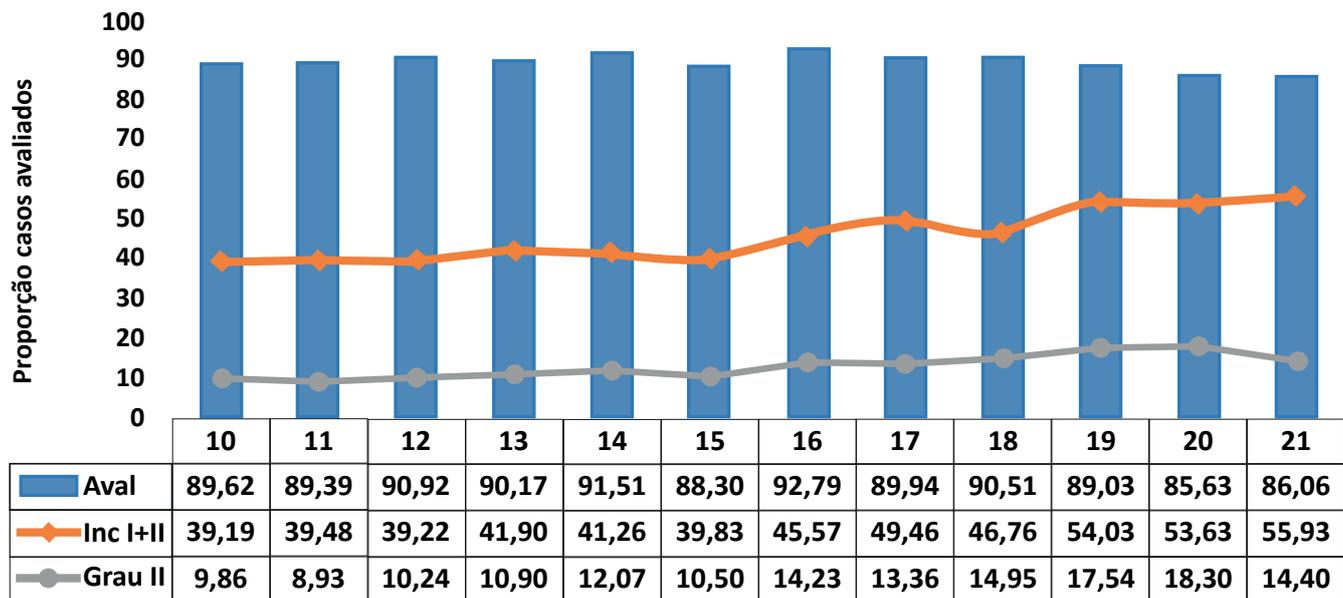
Figura 7. Casos novos detectados de hanseníase em menores de 15 anos distribuídos por GVE de residência no ESP, 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

A proporção de casos novos com grau II de incapacidade evidencia o diagnóstico tardio. No grau I há perda de sensibilidade protetora e força muscular, que pode se instalar nas mãos, pés ou olhos. Já nos casos com grau II, a deformidade é visível nesses mesmos segmentos. Desde 2012, o ESP vem apresentando parâmetro alto ($\geq 10\%$) na proporção de grau II de incapacidade no momento do diagnóstico ([Gráfico 3](#)).

Gráfico 3. Proporção de incapacidades físicas (grau I + II) nos casos novos de hanseníase detectados e avaliados no ESP, 2010 a 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

Na [Tabela 1](#) os casos estão distribuídos por GVE de residência, com o resultado do percentual avaliado dos casos novos no momento do diagnóstico e quantos deles apresentavam grau II.

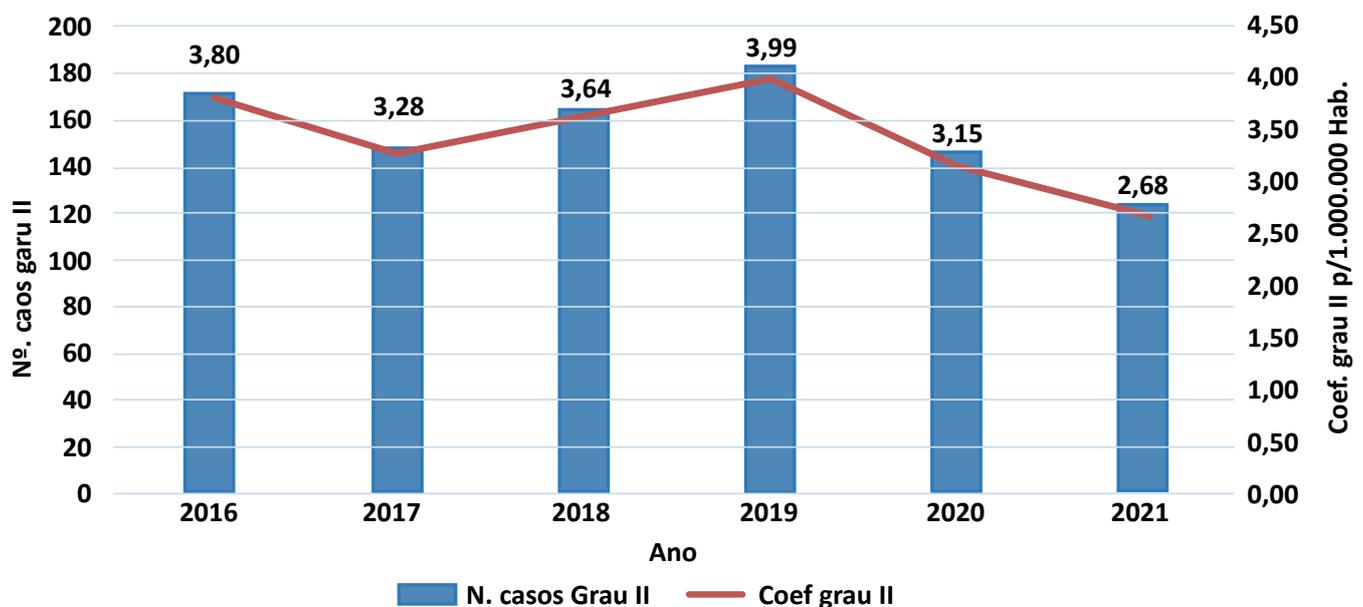
Tabela 1. Casos novos detectados de hanseníase distribuídos segundo avaliação de incapacidade e GVE de residência no ESP, 2021.

GVE Residência	AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO							Total	% avaliado	% GRAU II
	GRAU 0	GRAU I	GRAU II	Total avaliado	Não avaliado	Ignorado/branco				
1331 GVE 1 CAPITAL	50	47	13	110	0	2	112	98,21	11,82	
1332 GVE 7 SANTO ANDRÉ	9	10	0	19	0	1	20	95,00	0,00	
1333 GVE 8 MOGI DAS CRUZES	13	3	2	18	1	0	19	94,74	11,11	
1334 GVE 9 FRANCO DA ROCHA	1	2	3	6	0	2	8	75,00	50,00	
1335 GVE 10 OSASCO	10	9	3	22	4	0	26	84,62	13,64	
1336 GVE 11 ARAÇATUBA	31	16	3	50	1	2	53	94,34	6,00	
1337 GVE 12 ARARAQUARA	10	14	2	26	2	2	30	86,67	7,69	
1338 GVE 13 ASSIS	3	1	0	4	0	0	4	100,00	0,00	
1339 GVE 14 BARRETOS	8	7	2	17	2	1	20	85,00	11,76	
1340 GVE 15 BAURU	15	5	0	20	1	2	23	86,96	0,00	
1341 GVE 16 BOTUCATU	4	1	2	7	0	0	7	100,00	28,57	
1342 GVE 17 CAMPINAS	28	11	5	44	5	5	54	81,48	11,36	
1343 GVE 18 FRANCA	7	7	0	14	2	4	20	70,00	0,00	
1344 GVE 19 MARÍLIA	14	3	2	19	0	0	19	100,00	10,53	
1345 GVE 20 PIRACICABA	15	12	10	37	2	1	40	92,50	27,03	
1346 GVE 21 PRESIDENTE PRUDENTE	9	5	0	14	2	1	17	82,35	0,00	
1573 GVE 22 PRESIDENTE VENCESLAU	12	3	2	17	2	10	29	58,62	11,76	
1347 GVE 23 REGISTRO	3	3	1	7	2	2	11	63,64	14,29	
1348 GVE 24 RIBEIRÃO PRETO	83	121	30	234	18	13	265	88,30	12,82	
1349 GVE 25 SANTOS	6	5	5	16	14	7	37	43,24	31,25	
1350 GVE 26 SÃO JOÃO DA BOA VISTA	3	3	3	9	2	2	13	69,23	33,33	
1351 GVE 27 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	5	8	3	16	1	0	17	94,12	18,75	
1576 GVE 28 CARAGUATATUBA	7	13	2	22	1	2	25	88,00	9,09	
1354 GVE 29 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	17	19	8	44	0	8	52	84,62	18,18	
1574 GVE 30 JALES	13	17	12	42	3	1	46	91,30	28,57	
1353 GVE 31 SOROCABA	9	10	11	30	4	1	35	85,71	36,67	
1575 GVE 32 ITAPEVA	0	1	0	1	1	1	3	33,33	0,00	
1352 GVE 33 TAUBATÉ	8	10	0	18	0	3	21	85,71	0,00	
Total	393	366	124	883	70	73	1.026	86,06	14,04	

Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES. Nota: Dado encerrado em 8 de abril de 2022. Avaliação de Incapacidade – Parâmetro: bom >=90,00%; regular 75,00 a 89,99%; precário < 75,00%.¹⁸ Grau II de incapacidade – Parâmetro: alto->=10,00%; médio 5 a 9,99% e baixo < 5,00%.¹⁸

O Gráfico 4 traz uma série do coeficiente de grau II de incapacidade dos casos novos de hanseníase. É um indicador de impacto que reflete o atraso no diagnóstico, aplicável no âmbito mundial, federal e estadual, bem como em municípios com mais de 1 milhão de habitantes. O ESP vem apresentando uma taxa em torno de 3,00/1.00.000 habitantes.

Gráfico 4. Coeficiente de grau II de incapacidades dos casos novos detectados de hanseníase no ESP, 2016 a 2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

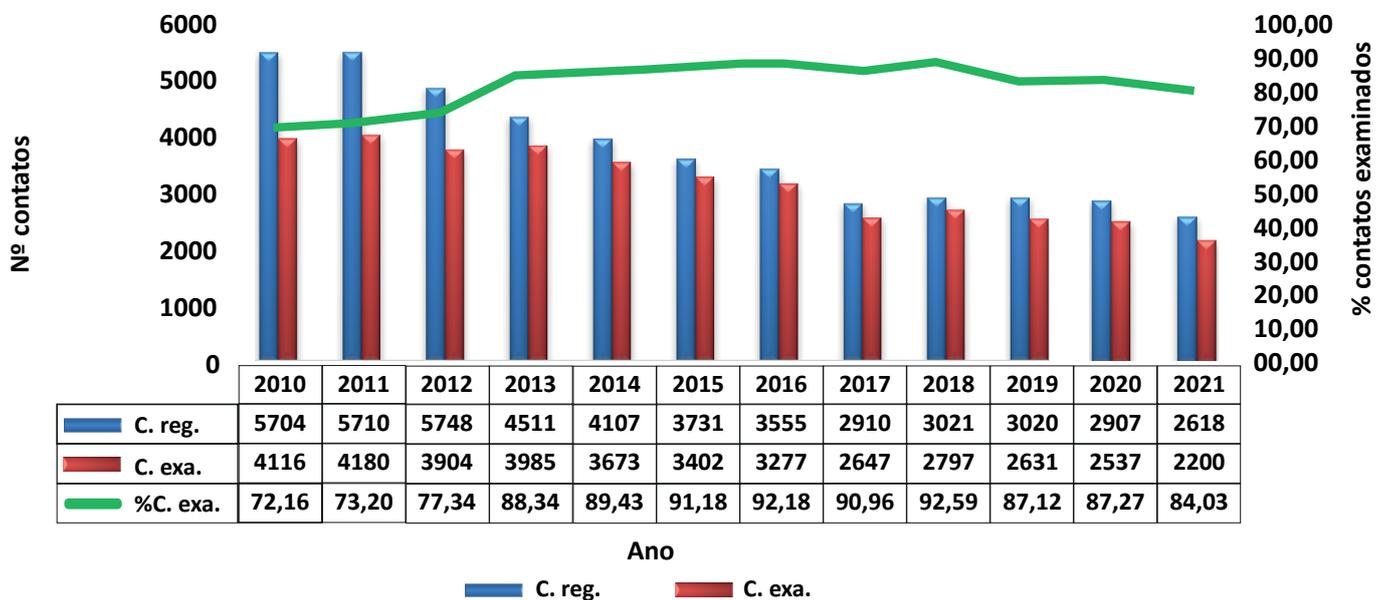
A Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 – Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase está assentada em três pilares que abrangem aspectos de governança, médicos e sociais da doença.¹⁹ A visão final da estratégia é ter um mundo sem hanseníase, mas seu objetivo imediato é reduzir ainda mais a carga global e local de da doença. As metas são:

- 1- Eliminação da incapacidade entre os casos novos em crianças.
- 2- Redução da incapacidade Grau II entre os casos novos a menos de 1 por um milhão.
- 3- Nenhum país com leis que permitam a discriminação por hanseníase.

O indicador de proporção dos contatos examinados faz parte do elenco de indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS).^a O cálculo do indicador até 2012 era construído selecionando os casos novos diagnosticados no ano. A partir de 2013 o critério de seleção foi alterado pela Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) do Ministério da Saúde, passando a ser avaliado dentre os casos novos nos anos das coortes PBMB. Na série mostrada no Gráfico 5 houve uma melhora nas taxas desde 2012, porém, a partir de 2019 houve uma redução no percentual de avaliação.

Na Tabela 2 os casos estão distribuídos por GVE de residência e classificados segundo o parâmetro do percentual de contatos examinados.

Gráfico 5. Proporção de contatos examinados dos casos novos de hanseníase no ESP, 2010-2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

Os contatos que convivem com o doente de hanseníase sem tratamento têm maior risco de adoecer, por isso, é de suma importância as ações de vigilância dos contatos. O indicador mede a capacidade dos serviços em realizar essa vigilância quanto aos casos novos, aumentando assim a detecção oportuna de hanseníase e recomendando a aplicação da vacina BCG nos contatos sadios. Essa vacina BCG não é específica para a doença, mas alguns trabalhos demonstraram que ela promove uma proteção contra a manifestação da hanseníase multibacilar.

^a Criado pela Portaria nº 1.378/GM/MS, de 8 de julho de 2013, o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) busca a melhoria das ações e serviços de vigilância em saúde, como iniciativa para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.²⁰

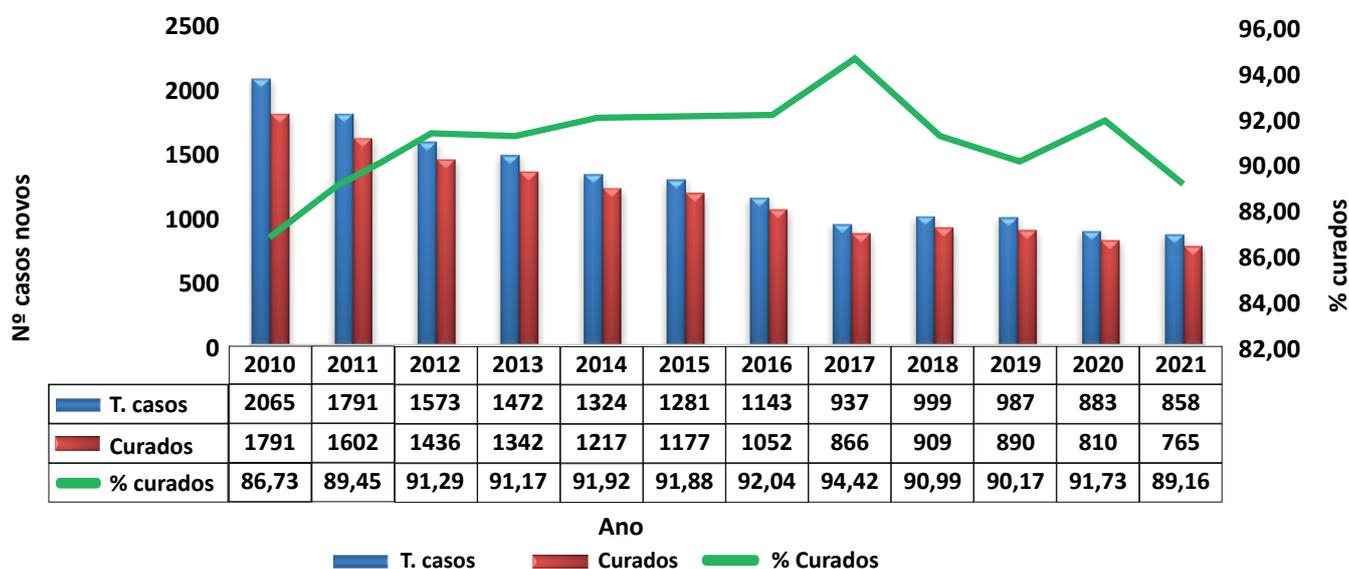
Tabela 2. Percentual de contatos examinados dos casos novos detectados de hanseníase nas coortes PBMB distribuídos segundo GVE de residência atual no ESP, 2021.

GVE Res. Atual	COORTE PBMB				Parâmetro % Casos examinados
	Nº casos	Caso registrado	Caso examinado	% Casos examinados PBMB	
1334 FRANCO DA ROCHA	3	8	8	100,00	Bom
1338 ASSIS	2	5	5	100,00	
1341 BOTUCATU	3	12	12	100,00	
1344 MARÍLIA	29	68	68	100,00	
1346 PRESIDENTE PRUDENTE	16	38	38	100,00	
1575 ITAPEVA	5	9	9	100,00	
1351 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	8	27	26	96,30	
1574 JALES	81	216	208	96,30	
1352 TAUBATÉ	19	76	71	93,42	
1340 BAURU	9	26	24	92,31	
1335 OSASCO	27	121	111	91,74	
1332 SANTO ANDRÉ	16	64	58	90,63	
1573 PRESIDENTE VENCESLAU	24	59	53	89,83	
1354 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	41	124	111	89,52	
1350 SÃO JOÃO DA BOA VISTA	3	9	8	88,89	
1345 PIRACICABA	43	169	148	87,57	
1336 ARAÇATUBA	31	90	78	86,67	
1576 CARAGUATATUBA	22	82	68	82,93	
1333 MOGI DAS CRUZES	33	92	76	82,61	
1343 FRANCA	32	69	57	82,61	
1353 SOROCABA	119	326	269	82,52	
1342 CAMPINAS	47	127	104	81,89	
1347 REGISTRO	10	23	18	78,26	
1339 BARRETOS	14	42	32	76,19	
1331 SÃO PAULO – CAPITAL	77	260	195	75,00	
1348 RIBEIRÃO PRETO	113	396	290	73,23	Precário
1349 SANTOS	19	50	36	72,00	
1337 ARARAQUARA	12	30	19	63,33	
Total	858	2618	2200	84,03	Regular

Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES. Nota: Dado encerrado em 8 de abril de 2022. % de Contatos examinados – Parâmetro: bom \geq 90,00%; Regular 75,00 a 89,99%; Precário $<$ 75,00%.¹⁸

A proporção de casos curados nas coortes PBMB é um indicador de avaliação de pactuação interfederativa^b que avalia a qualidade da atenção no acompanhamento dos casos até a conclusão do tratamento. Para padronizar o método de cálculo desde 2012 a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação, através da nota técnica nº 3/2012/CGDHE/DEVIT/SVS/MS, orienta o cálculo do indicador no período dessas coortes. Desde 2012, também, o ESP tem atingido a meta, com valores igual ou superior a 90,0%. Em 2021 ela não foi alcançada (89,16%), sendo observado um aumento na proporção de abandono em relação ao ano anterior, que contribuiu para a redução da meta (7,81%), provavelmente devido à pandemia de covid-19 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Proporção de casos curados entre os casos novos detectados de hanseníase no ESP, 2010-2021.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

A [Tabela 3](#) apresenta a distribuição do indicador por GVE, um indicador cujo resultado é em porcentagem e, por isso, deve-se ter cuidado na sua avaliação. Isso porque o aumento no número de óbitos ou abandono na coorte interferem no resultado do indicador.

^bA pactuação interfederativa é o processo de negociação entre os entes federados (municípios, estados e Distrito Federal) que envolve um rol de indicadores relacionados a prioridades nacionais em saúde, cabendo aos entes federados discutir e pactuar tais indicadores segundo interesses regionais.²¹

Tabela 3. Percentual de cura dos casos novos detectados de hanseníase nas coortes PBMB distribuídos por GVE de residência atual e tipo de saída no ESP, 2021.

GVE de residência atual	COORTE PBMB – TIPO DE SAÍDA						
	RA	Cura	Óbito	Abandono	Total	% cura	% abandono
1331 São Paulo – Capital	0	74	2	1	77	96.10	1.30
1332 Santo André	0	14	2	0	16	87.50	0.00
1333 Mogi das Cruzes	0	29	0	4	33	87.88	12.12
1334 Franco da Rocha	0	2	1	0	3	66.67	0.00
1335 Osasco	0	24	1	2	27	88.89	7.41
1336 Araçatuba	0	29	2	0	31	93.55	0.00
1337 Araraquara	0	11	0	1	12	91.67	8.33
1338 Assis	0	2	0	0	2	100.00	0.00
1339 Barretos	0	12	0	2	14	85.71	14.29
1340 Bauru	0	8	0	1	9	88.89	11.11
1341 Botucatu	0	3	0	0	3	100.00	0.00
1342 Campinas	0	41	3	3	47	87.23	6.38
1343 Franca	0	24	0	8	32	75.00	25.00
1344 Marília	0	27	1	1	29	93.10	3.45
1345 Piracicaba	0	41	1	1	43	95.35	2.33
1346 Presidente Prudente	0	15	1	0	16	93.75	0.00
1348 Ribeirão Preto	0	97	1	15	113	85.84	13.27
1349 Santos	0	18	0	1	19	94.74	5.26
1350 São João da Boa Vista	0	3	0	0	3	100.00	0.00
1351 São José dos Campos	0	6	1	1	8	75.00	12.50
1352 Taubaté	1	17	1	0	19	89.47	0.00
1353 Sorocaba	0	98	4	17	119	82.35	14.29
1354 São José do Rio Preto	0	41	0	0	41	100.00	0.00
1573 Presidente Venceslau	0	22	2	0	24	91.67	0.00
1574 Jales	0	73	1	7	81	90.12	8.64
1575 Itapeva	0	4	1	0	5	80.00	0.00
1576 Caraguatatuba	0	22	0	0	22	100.00	0.00
Total	1	765	25	67	858	89.16	7.81

Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES. Nota:% Cura – Parâmetro: Bom =90%, Regular 75 a 89,9 e Precário <75%.

REFERÊNCIAS

1. Foss NT. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. Anais brasileiros de imunologia. 1999; 74(2).
2. Gomes ACB. O processo de Armauer Hansen. Jornal do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. 2000; p.13.
3. Jopling WH, Mcdougall AC manual de hanseníase. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1991.
4. Ministério da Saúde (BR). Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: DNDS/Nutes, 1989.
5. Opromolla DVA. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 1981.
6. Maurano F. História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. Tomo 1. In: Agricola E. Tratado de leprologia. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra; 1944. v. 1.
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra. Manual de leprologia. Rio de Janeiro; 1960.
8. Monteiro YN. Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. Hansenologia Internationalis. 1987;12(1):1-7.
9. Terra F. Esboço histórico da lepra no Brasil. In: Anais Brasileiros de Dermatologia. 1926;2(1):3-4.
10. Yamanouchi AA, Caron CR, Shiwaku DT, Soares FB, Nicolodelli MA, Adur RC et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. An Bras Dermatol. 1993 nov-dez;68(6):396-404.
11. Magalhães JL. A morfêa no Brasil: especialmente na provincia de Sao Paulo. Rio de Janeiro, Typografia Nacional, 1882. p.5-12.
12. Avelleira JCR, Nery JA. O tratamento da hanseníase. Rio Dermatológico. 1998;2(3):2-3.
13. Virmond M. A hanseníase como doença de baixa prevalência. Hansenologia Internationalis. 1995;20(2): 27-35
14. Velloso AP, Andrade V. Hanseníase: curar para eliminar. Porto Alegre: edição das autoras; 2002.
15. Organização Mundial da Saúde. Elimination of leprosy as a public health problem [internet]. 44ª Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde; 13 May 1991 [acesso em: 28 jul 2022]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175244/WHA44_R9_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Secretaria da Saúde de São Paulo (estado). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Guia de vigilância epidemiológica [internet]. São Paulo; 2012 [acesso em 28 jul 2022]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/PedroBonfitto/guia-de-vigilancia-epidemiologica-2012-CVE>

17. Lombardi C, Ferreira J, Moita CP, Oliveira MLW. Hanseníase, epidemiologia e controle. São Paulo: Imprensa Oficial; 1990.
 18. Ministério da Saúde (BR). 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; 2019 [acesso em 28 jul 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
 19. Organização Mundial da Saúde. Manual operacional: Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 – Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase [internet]. Genebra; 2016 [acesso em 28 jul 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/64638>
 20. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.378, de 8 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. Brasília; 2013.
 21. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 8 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União. Brasília; 2016.
-

Publicação Maio de 2023

Acesso aberto



Como citar

Lafratta TE, Marzliak MLC, Henriques IMS, Queiroz ERP, Lourenço SC, Borge MDV, Santos LCB, Luz DG. Informe epidemiológico da vigilância da hanseníase. Bepa [Internet]. 1 de março de 2023 ;20(220):1-23. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37969>

