

## Hanseníase – O controle da doença e desafios atuais

### *Leprosy - Disease control and current challenges*

**Mary Lise Carvalho Marzliak**

Médica sanitária, coordenadora do Programa Estadual de Controle da Hanseníase e Diretora Técnica da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*.

Ainda é considerada um problema de saúde pública em alguns países,<sup>a</sup> não só pela magnitude que pode assumir, mas também pelo seu alto poder incapacitante (transcendência).

No mundo, estão registrados 192.713 casos de hanseníase, correspondendo à taxa de prevalência global de 0,25/10.000 hab., com a detecção de 210.617 casos novos (taxa de 2,77/100.000hab.),<sup>6</sup> detecção considerada de média intensidade.

Em 2017, o Brasil registrou (31/12/2017) 28.064 casos correspondendo à taxa de prevalência de 1,35/10.000, não tendo alcançado a meta de eliminação para o país ainda que essa agenda devesse ter sido cumprida até 2005. No mesmo ano, foram detectados 26.875 casos novos, o equivalente à taxa de detecção geral de 12,94/100.000 hab. (alta).

O diagnóstico precoce, o tratamento oportuno dos casos novos com o esquema terapêutico PQT/OMS<sup>b</sup> continua sendo as principais ações para a redução da carga da doença.

O alcance da meta nacional e subnacional continuam a ser um marco, ressaltando-se que o estado de São Paulo alcançou a eliminação em 2006 quando registrou, naquele ano, 3.196 casos (0,78/10.000 hab.).

Em abril de 2016 foi publicada a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 (aceleração rumo a um mundo sem hanseníase), pela OMS. Esta estratégia vem baseada em etapas quinquenais anteriores, a saber:

- 2000 a 2005: Tratamento Poliquimioterapia/OMS e detecção passiva de casos;
- 2006 a 2010: Detecção oportuna e PQT/OMS em serviços integrados de combate à hanseníase. A estratégia tinha por objetivo diminuir a carga da doença mantendo as atividades de controle.

2011 a 2015: Estratégia Global Aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase. Abordou o desafio de detecção precoce para reduzir as incapacidades.

Isso significa que durante três décadas as estratégias globais de controle da hanseníase foram a detecção precoce de casos e o

a. Eliminação: menos de 1 caso de hanseníase /10.000 hab. Acima dessa marca a hanseníase é considerada um problema de saúde pública.

b. PQT/OMS: Poliquimioterapia/Organização Mundial de Saúde. Tratamento específico da hanseníase, recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

tratamento oportuno com PQT/OMS. A partir do alcance da meta pela maioria dos países<sup>c</sup> a estratégia atual parte do nível “eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública” para a “redução da carga da doença medida pela redução do grau 2 de incapacidades físicas entre os casos novos e casos novos em crianças”.

A proposta atual (2016 - 2020) vem construída sobre 3 pilares;

1. Fortalecimento do controle, da coordenação e parcerias com o governo;
2. Combate à hanseníase e suas complicações;
3. Combate à discriminação e promoção da inclusão.

Tem como propósitos:

- Detecção precoce da hanseníase e tratamento imediato evitando incapacidades ou o agravamento delas.
- Redução da transmissão da infecção na comunidade.

A proporção de casos com grau 2 de incapacidades (incapacidade visível) entre os casos novos de hanseníase e a taxa de grau 2 de incapacidade na população são indicadores da eficiência da detecção precoce.

As incapacidades físicas na hanseníase são indicadores que podem sinalizar o diagnóstico tardio, iniciando pela perda de sensibilidade protetora e de força muscular, correspondendo ao grau 1. O grau 2 é quando a deformidade é visível nas mãos, e/ou nos pés, e/ou nos olhos.

Indiretamente refletem o nível de conscientização sobre os sinais e sintomas da doença, o acesso aos serviços de saúde e a habilidade das equipes em fazer o diagnóstico.

A longo prazo espera-se um “mundo sem hanseníase”, onde a comunidade esteja livre desta doença, livre de incapacidade e de problemas sociais relacionados a ela.

O primeiro pilar da atual proposta traz o compromisso político e a alocação de recursos adequados. Nacionalmente estão relacionados os indicadores pactuados entre os entes federativos e os instrumentos de gestão:

1a. Percentual de exames de contato domiciliares de casos novos de hanseníase.

Presente no Plano Plurianual PPA 2016 – 2019 e no Plano Nacional de saúde 2016 – 2019 com meta para ambos os planos de 82% de contatos examinados.

Está presente também no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância PQAVS/2017.<sup>d</sup> Este indicador está pactuado como igual ou maior de 80% para estados e municípios implicando em transferência de recurso financeiro.

1b. Percentual de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.

Presente na Pactuação Interfederativa 2017-2021<sup>e</sup> (Sispacto) relacionada a prioridades nacionais e com metas próprias dos estados.

1c. A taxa de grau 2 - incapacidades físicas é proposta pela Estratégia Global 2016 – 2020/OMS. A meta é reduzir esta taxa para menos de 4,36 casos/1 milhão de habitantes até 2020.

c. Durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde foram 122 países signatários pela Meta de Eliminação da Hanseníase até o ano 2000.

d. PQAVS – Trata-se de um conjunto de 14 indicadores que sintetizam o conjunto das ações de vigilância em saúde que devem nortear as gestões estaduais e municipais.

e. Resolução CIT n. 08, de 24 de novembro de 2016.

Nesta proposta também está a meta de redução em 57% no número de crianças diagnosticadas com grau 2 de incapacidade física devido a hanseníase.

No Brasil, segundo a coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em eliminação, os recursos destinados à hanseníase em 2017 foram da ordem de R\$15 milhões.

### **Avaliação epidemiológica - estado de São Paulo, 2017**

A avaliação epidemiológica da hanseníase em 2017 no Estado de São Paulo mostra 1.617 casos em registro ativo em 31 de dezembro de 2017 e corresponde ao coeficiente de prevalência no ponto de 0,36/10.000 hab. Os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), regionais administrativas do estado, que ainda não atingiram a meta de eliminação foram: GVE de Jales (2,54/10.000hab.), GVE de Caraguatatuba (1,56/10.000hab.), GVE de Ribeirão Preto (1,42/10.000hab.) e GVE de Registro (1,27/10.000hab.). São 520 (80,62%) o número de municípios paulistas que eliminaram a hanseníase como problema de saúde pública.

Foram detectados no ano 1.232 casos novos (2,73/100.000hab.), detecção considerada média de acordo com os parâmetros oficiais.<sup>f</sup> De forma semelhante à prevalência, os GVE que possuem coeficiente de detecção considerado alto são: GVE de Jales (22,73/100.000hab.), GVE de Registro (12,64/100.000hab.) e GVE de Caraguatatuba (12,04/100.000hab.) A quarta detecção mais alta é a do GVE de Ribeirão Preto (9,30/100.000 hab.) considerada, entretanto de média intensidade.

São 364 (56,34%) os municípios que não apresentaram casos novos e 184 (28,53%) os com níveis baixo de detecção.

Foram detectados 28 casos novos em menores de 15 anos (2,3%) sendo que nenhum dos casos foi detectado mediante estratégia de busca ativa da Campanha dos 3 Bichos,<sup>g</sup> mas nas unidades de saúde, por meio de encaminhamentos, demanda espontânea ou exame de contatos.

Dos casos novos detectados, 148 (13,36%) apresentam grau 2 de incapacidades, e em menores de 15 anos, 1 caso já apresentava deformidade visível (3,57%) e 9 casos grau 1 (32%).

A sistematização da Taxa de Casos Novos com grau 2 de incapacidade começou a ser observada em 2007, sendo naquele ano de 5,7/1 milhão de hab. Em 2017, registramos 3,3/1 milhão de hab. A título de comparação, em período igual de 2012 a 2017, a média para o estado foi de 3,6/1 milhão, enquanto para o país foi de 10,5/1 milhão. Importante ressaltar que os casos novos com grau de incapacidade 2 são mais frequentes nos homens do que nas mulheres (cerca de 2 vezes).

O percentual de exames de contatos dos casos novos atingiu a marca de 90,96% sendo que a meta pactuada para o ano de 2017 foi examinar mais de 80% dos contatos registrados.

O percentual de cura entre os casos novos de hanseníase nos anos das coortes tinha como meta pactuada 90% de cura. O estado atingiu a marca de 92,42% em 2017.

f. Parâmetro oficial para classificação do nível de detecção: Baixo: <0,5 por 100 mil hab.; Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab.; Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab.; Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab.; Hiperendêmico: ≥ 10,00 por 100 mil hab.

g. A Campanha Nacional de Hanseníase, Geo-helmintíase e Tracoma é conhecida no estado de São Paulo como a Campanha dos 3 Bichos.

**Tabela 1.** Proporção de Contatos Examinados nas Coortes(\*) de Casos Novos de Hanseníase distribuídos segundo GVE de residência, estado de São Paulo, 2017

GVE Res. AT	Nº casos	CONTATOS-COORTEPB				CONTATOS-COORTEMB				CONTATOS-COORTEPBMB			
		Casos Registrado	Casos Examinado	% CExaPB	N Casos	C Registrado	C Examinado	% CExaMB	N Casos	C Registrado	C Examinado	% CExaPBMB	
1331 São Paulo	39	118	103	87,29	71	225	199	88,44	110	343	302	88,05	
1332 Santo André	7	14	12	85,71	18	61	60	98,36	25	75	72	96,00	
1333 Mogi das Cruzes	4	9	7	77,78	22	90	61	67,78	26	99	68	68,69	
1334 Franco da Rocha	4	32	31	96,88	6	42	42	100,00	10	74	73	98,65	
1335 Osasco	10	30	30	100,00	27	78	67	85,90	37	108	97	89,81	
1336 Araçatuba	21	62	59	95,16	22	52	50	96,15	43	114	109	95,61	
1337 Araraquara	3	11	7	63,64	15	39	37	94,87	18	50	44	88,00	
1338 Assis	3	8	8	100,00	5	21	15	71,43	8	29	23	79,31	
1339 Barretos	6	24	23	95,83	8	21	18	85,71	14	45	41	91,11	
1340 Bauru	5	13	7	53,85	21	68	61	89,71	26	81	68	83,95	
1341 Botucatu	0	0	0	0,00	7	26	26	100,00	7	26	26	100,00	
1342 Campinas	37	93	86	92,47	49	151	141	93,38	86	244	227	93,03	
1343 Franca	11	22	19	86,36	18	53	47	88,68	29	75	66	88,00	
1344 Marília	8	18	18	100,00	25	130	130	100,00	33	148	148	100,00	
1345 Piracicaba	9	30	30	100,00	34	108	100	92,59	43	138	130	94,20	
1346 Presidente Prudente	12	28	27	96,43	17	43	42	97,67	29	71	69	97,18	
1347 Registro	1	0	0	0,00	5	10	10	100,00	6	10	10	100,00	
1348 Ribeirão Preto	14	38	34	89,47	90	294	263	89,46	104	332	297	89,46	
1349 Santos	23	78	58	74,36	11	55	54	98,18	34	133	112	84,21	
1350 São João da Boa Vista	4	11	11	100,00	8	28	28	100,00	12	39	39	100,00	
1351 São José dos Campos	5	13	9	69,23	12	24	22	91,67	17	37	31	83,78	

1354 São José do Rio Preto	23	81	73	90,12	29	108	105	97,22	52	189	178	94,18
1353 Sorocaba	8	20	7	35,00	36	91	87	95,60	44	111	94	84,68
1352 Taubaté	7	19	19	100,00	19	53	53	100,00	26	72	72	100,00
1573 Pres. Venceslau	6	6	6	100,00	23	76	74	97,37	29	82	80	97,56
1574 Jales	9	18	17	94,44	32	80	80	100,00	41	98	97	98,98
1575 Itapeva	1	9	9	100,00	5	11	11	100,00	6	20	20	100,00
1576 Caraguatatuba	7	22	22	100,00	15	45	32	71,11	22	67	54	80,60
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>827</b>	<b>732</b>	<b>88,51</b>	<b>650</b>	<b>2083</b>	<b>1915</b>	<b>91,93</b>	<b>937</b>	<b>2910</b>	<b>2647</b>	<b>90,96</b>

(\* Coortes de Casos Novos: As coortes são diferenciadas segundo a classificação operacional e a data do diagnóstico. PB – paucibacilar: todos os casos novos paucibacilares que foram diagnosticados um ano antes do ano de avaliação; MB – Multibacilar: todos os casos novos Multibacilares que foram diagnosticados dois anos antes do ano de avaliação

**Tabela 2.** Proporção de Cura nas Coortes (\*) de Casos Novos de Hanseníase segundo classificação operacional, distribuídos segundo GVE de Residência, estado de São Paulo, 2017

GVE Res. AT	Coorte PB-2016			Coorte MB-2015			Coorte PBMB		
	Cura	Total	% CuraPB	Cura	Total	% CuraMB	Cura	Total	% CuraPBMB
1331 São Paulo	39	39	100,00	63	71	88,73	102	110	92,73
1332 Santo André	6	7	85,71	16	18	88,89	22	25	88,00
1333 Mogi das Cruzes	3	4	75,00	19	22	86,36	22	26	84,62
1334 Franco da Rocha	4	4	100,00	4	6	66,67	8	10	80,00
1335 Osasco	9	10	90,00	27	27	100,00	36	37	97,30
1336 Araçatuba	21	21	100,00	22	22	100,00	43	43	100,00
1337 Araraquara	3	3	100,00	14	15	93,33	17	18	94,44
1338 Assis	3	3	100,00	5	5	100,00	8	8	100,00
1339 Barretos	6	6	100,00	8	8	100,00	14	14	100,00
1340 Bauru	5	5	100,00	19	21	90,48	24	26	92,31
1341 Botucatu	0	0	0,00	6	7	85,71	6	7	85,71
1342 Campinas	35	37	94,59	43	49	87,76	78	86	90,70
1343 Franca	10	11	90,91	17	18	94,44	27	29	93,10
1344 Marília	8	8	100,00	22	25	88,00	30	33	90,91
1345 Piracicaba	8	9	88,89	31	34	91,18	39	43	90,70
1346 Presidente Prudente	11	12	91,67	15	17	88,24	26	29	89,66
1347 Registro	1	1	100,00	4	5	80,00	5	6	83,33
1348 Ribeirão Preto	14	14	100,00	85	90	94,44	99	104	95,19
1349 Santos	19	23	82,61	9	11	81,82	28	34	82,35
1350 São João da Boa Vista	4	4	100,00	8	8	100,00	12	12	100,00
1351 São José dos Campos	4	5	80,00	12	12	100,00	16	17	94,12
1354 São José do Rio Preto	22	23	95,65	24	29	82,76	46	52	88,46

1353 Sorocaba	8	8	100,00	34	36	94,44	42	44	95,45
1352 Taubaté	7	7	100,00	18	19	94,74	25	26	96,15
1573 Presidente Venceslau	6	6	100,00	21	23	91,30	27	29	93,10
1574 Jales	9	9	100,00	27	32	84,38	36	41	87,80
1575 Itapeva	1	1	100,00	5	5	100,00	6	6	100,00
1576 Caraguatatuba	7	7	100,00	15	15	100,00	22	22	100,00
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>287</b>	<b>95,12</b>	<b>593</b>	<b>650</b>	<b>91,23</b>	<b>866</b>	<b>937</b>	<b>92,42</b>

(\*) Coortes de Casos Novos: As coortes são diferenciadas segundo a classificação operacional e a data do diagnóstico. PB – paucibacilar todos os casos novos paucibacilares que foram diagnosticados um ano antes do ano de avaliação; MB – Multibacilar: todos os casos novos Multibacilares que foram diagnosticados dois anos antes do ano de avaliação

## CONSIDERAÇÕES

Ainda que os indicadores anunciem uma situação de controle da doença no estado o Programa Estadual tem pela frente alguns desafios. O que se impõe no momento é manter organizada a rede de serviços de referência dentro da linha de atenção à hanseníase.

Nosso estado conta com três centros de referência para hanseníase:

1. O Instituto Lauro de Souza Lima, de Bauru. Trata-se de um centro de referência estadual e nacional, atuando também como referência para países de língua latina.
2. Centro Colaborador do Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto, referência estadual e nacional.

3. Centro de Dermatologia Sanitária do Departamento de Gerenciamento Ambulatorial da Capital (PAM Várzea do Carmo), referência para a região metropolitana da capital paulista.

O Instituto Emílio Ribas e o Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas de São Paulo também atuam como referências para internação de casos da região metropolitana e interior da Grande São Paulo.

Nesse cenário, começamos a articulação da rede de vigilância à resistência medicamentosa que deverá formalizar sua atividade para 2019. Sabemos que o surgimento da resistência é uma ameaça para os programas de intervenção em doenças infecciosas especialmente quando a prevenção secundária (quimioterapia) é o principal componente da estratégia de controle.

---

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *Wkly. epidemiol. rec.* [internet]. 2018 [acesso em 26 jan. de 2019]; 35(93):445-56. Disponível em <http://www.who.int/wer>
2. 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. Brasília (DF); 2016.
3. Organização Mundial da Saúde. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 (Aceleração rumo ao mundo sem hanseníase). Genebra; 2016.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância epidemiológica. Manual de Prevenção de Incapacidades. 3.ed. rev.e ampl. Brasília (DF); 2008. (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; 1).