

Boletim Epidemiológico

Volume 18, Número 4

Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Análise descritiva da taxa de prevalência da hanseníase em dois cenários territoriais no Estado de Goiás

Edna Magalhães de Alencar Barbosa¹, Denise Ferreira de Freitas²

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. CDCT/ GVE/ SUVISA/ SES-GO Goiânia. GO. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7239344079206086>

² Enfermeira especialista em Saúde Pública. CDCT/ GVE/ SUVISA/ SES-GO Goiânia. GO. Brasil

Recebido: 10/03/2017

Aceito: 03/10/2017

Publicado: 27/10/2017

E-mail: gve.suvisa@gmail.com

Descritores: Hanseníase, Epidemiologia, Prevalência

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), manifestada por lesões na pele e comprometimento dos nervos periféricos, tendo as vias aéreas superiores como a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada⁽¹⁾.

Ela pode cursar com surtos reacionais intercorrentes e incapacidades físicas, sendo que o potencial incapacitante é um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença⁽²⁾.

Após a infecção, a maioria das pessoas não adoecem, pois, em geral, tem imunidade para o bacilo. O risco de adoecer está associado, dentre outros fatores, às características individuais (resposta imunológica), às condições socioeconômicas, às condições precárias de habitação, à baixa escolaridade e ao número de pessoas vivendo no mesmo ambiente^(2,3).

O tratamento segue um esquema poliquimioterápico padronizado (PQT), determinado pela classificação do caso,

a qual é definida pelo número de lesões cutâneas em Paucibacilar ou Multibacilar⁽⁴⁾. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem a cura sem deixar sequelas, sendo de suma importância que o profissional de saúde tenha subsídios, os quais facilitem identificar, diagnosticar e tratar essa doença⁽⁵⁾.

A hanseníase, moléstia endêmica, constitui ainda problema de saúde pública na maioria dos estados brasileiros, embora, nos últimos anos, venha apresentando queda importante no Coeficiente de Prevalência (CP). Porém, ao mesmo tempo em que esses níveis vêm diminuindo, os Coeficientes de Detecção se mantêm em graus elevados, em virtude da continuidade na transmissão da doença entre as populações, mas também, pela detecção tardia de casos⁽⁶⁾.

O monitoramento da hanseníase é feito essencialmente através desses dois indicadores. O CP, utilizado para monitorar a eliminação da hanseníase, se refere ao número de casos em registro ativo por 10 mil habitantes. Já o Coeficiente de Detecção (CD) indica a transmissibilidade da doença e representa o número de casos novos diagnosticados no ano de avaliação por 100 mil habitantes⁽⁷⁾.

A Portaria nº. 149, de 03 de fevereiro de 2016/Ministério da Saúde, que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, estabelece que, para a construção do CP, o numerador seja composto pelo total de pacientes em curso de tratamento (em registro ativo), indicando o total de doentes no momento da análise. A prevalência, usualmente, é medida no dia 31 de dezembro de cada ano. Para a construção do CD, o numerador é composto pelos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação⁽⁷⁾. Apesar da meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seguida pelo Ministério da Saúde (MS) de redução da prevalência da hanseníase para menos de um caso em cada 10.000 habitantes⁽⁸⁾, o Brasil ainda se encontra inserido num contexto de alta prevalência da doença⁽⁹⁾. E, embora registre decréscimos nos Coeficientes de Detecção, ele ainda figura como o país mais endêmico das Américas e o segundo em número de casos no mundo, ficando atrás somente da Índia^(10, 11).

O alcance da meta de eliminação em Goiás também tem sido um desafio para vários municípios. Apesar de ter apresentado redução do CP de 2010 para 2015, no mesmo período apresentou CD ainda elevado, configurando média endemicidade e manutenção da doença segundo parâmetros do MS⁽¹³⁾.

O Estado de Goiás é dividido administrativamente em 18 Regionais de Saúde (RS) e 246 municípios⁽¹⁴⁾. As RS constituem-se como instâncias administrativas intermediárias da Secretaria de Estado da Saúde e cabe desenvolver estratégias necessárias para apoiar os

municípios em todas as áreas, bem como direcionar o planejamento para ações em saúde de cada município em sua região⁽⁶⁾.

Em 2002, a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002), que garante a universalidade e a descentralização da assistência à saúde⁽¹⁵⁾, ampliou as responsabilidades dos municípios para o acesso da população com equidade a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção. E, na atenção primária, definiu a eliminação da hanseníase como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾. No entanto, o Estado de Goiás, apesar de contar com uma cobertura de 64%⁽¹⁷⁾ da população com equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) desenvolvendo as ações de controle da hanseníase, ainda não atingiu a meta proposta pela OMS. Adicionalmente, a endemia no Estado não tem se apresentado de forma homogênea, havendo regiões de maior e menor prevalência⁽¹³⁾.

Assim, surgiram as seguintes indagações: Por que Goiás, considerado um dos Estados mais endêmicos da região Centro-Oeste, apresenta ao mesmo tempo prevalência muito alta em algumas regiões e prevalência alta e média em outras? Essa situação ocorre pela centralização do serviço nas áreas de maior prevalência? A baixa prevalência ou prevalência oculta acontece pela falta de serviços organizados e é indicativa de doentes transmissores não diagnosticados? Existe relação das regionais mais prevalentes com estados endêmicos como Mato Grosso e Tocantins e que fazem divisa com Goiás?

Tendo em vista que, em Goiás, o CP continua acima do preconizado pela OMS e pelo MS e, considerando a importância da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, o presente boletim tem como objetivo fazer uma análise descritiva dos CP e CD da hanseníase em dois cenários territoriais em Goiás, definidos como regiões que apresentam prevalência muito alta e média, no período de 2010 a 2015.

MÉTODOS

Este documento constitui-se em uma análise descritiva da média aritmética dos Coeficientes de Prevalência e Detecção da hanseníase, obtidas no período de 2010 a 2015, em Goiás, segundo as RS. Para realizar os cálculos dos Coeficientes de Prevalência e de Detecção, foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Superintendência de Vigilância em Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás⁽¹³⁾, como fonte de informação. Foram utilizados os parâmetros recomendados pelo MS⁽⁷⁾ para a classificação quanto a endemicidade e transmissibilidade da doença no Estado. Foram consideradas como regionais de prevalência muito alta aquelas que apresentaram média de 10

a 20 casos/10.000 habitantes, de alta prevalência as que obtiveram média 5 a 10 casos/10.000 habitantes e de média prevalência as que alcançaram média de 1 a 4 casos/10.000 habitantes, conforme parâmetros recomendados pelo MS⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Em uma série histórica de 2010 a 2015⁽¹³⁾, observando os Coeficientes de Prevalência que definem parâmetros de eliminação da hanseníase na tabela 1, foi verificado que Goiás, nos anos de 2010 a 2015, apresentou uma média de 4,6 casos/10.000 habitantes. As RS que obtiveram coeficiente muito alto no período foram: São Patrício I (média de 10,4/10.000 habitantes), São Patrício II (média de 10,0/10.000 habitantes), Nordeste I (média de 10,4/10.000 habitantes), Norte (média de 13,5/10.000 habitantes), Serra da Mesa (média de 16,5/10.000 habitantes), Rio Vermelho (média de 11,0/10.000 habitantes) e Oeste I (média de 11,2/10.000 habitantes), configurando-se uma situação de endemidade, conforme parâmetros do MS⁽⁷⁾.

As RS que apresentaram alto coeficiente de prevalência foram: Centro Sul (média de 6,0/10.000 habitantes), Oeste II (média de 5,6/10.000 habitantes) e Nordeste II (média de 6,0/10.000 habitantes)⁽⁷⁾.

Por outro lado, destacaram-se RS que apresentaram, no mesmo período, um médio coeficiente de prevalência: Central (média de 3,2/10.000 habitantes), Entorno Norte (média de 2,3/10.000 habitantes), Entorno Sul (média de 1,4/10.000 habitantes) Sudoeste I (média de 3,0/10.000 habitantes), Sudoeste II (média de 3,3/10.000 habitantes), Sul (média de 3,3/10.000 habitantes) e Estrada de Ferro (média de 3,9/10.000 habitantes)⁽⁷⁾.

Em relação ao CD (indicador de transmissibilidade da doença), embora também apresente redução gradativa, continua elevado, conforme os parâmetros do MS⁽⁷⁾. Na tabela 2, percebe-se que as Regionais de Saúde com Coeficientes de Detecção elevados (situação de hiperendemidade) são as mesmas que apresentaram CP muito alto. Ao mesmo tempo, revela que as RS com Coeficientes de Detecção inferiores são as mesmas que apresentaram CP mais baixo.

TABELA 1. Número de casos em registro ativo e coeficientes de prevalência anual e médio de hanseníase por 10.000 habitantes, por Regional de Saúde, Goiás, 2010 a 2015.

REGIONAL/ANO	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Coeficiente Médio	Parâmetro
	Nº casos em RA	Coef Prev	Nº casos em RA	Coef Prev	Nº casos em RA	Coef Prev	Nº casos em RA	Coef Prev	Nº casos em RA	Coef Prev	Nº casos em RA	Coef Prev		
Centro Sul	528	6,9	518	6,6	468	5,8	499	6,2	478	5,6	442	5,1	6,0	Alto
Central	665	4,0	558	3,3	544	3,2	511	3,0	520	2,9	542	3,0	3,2	Médio
Entorno Norte	47	3,5	40	1,7	57	2,4	55	2,3	56	2,2	41	1,6	2,3	Médio
Pirineus	148	3,3	133	3,1	173	3,8	112	2,6	129	2,6	97	2,0	2,9	Médio
São Patrício I	195	12,1	178	11,0	166	10,2	150	9,0	169	10,1	168	10,0	10,4	Muito alto
São Patrício II	255	16,5	163	10,4	125	7,9	123	7,4	117	6,9	114	6,7	10,0	Muito alto
Entorno Sul	86	1,2	106	1,4	91	1,2	137	1,8	136	1,6	130	1,6	1,4	Médio
Nordeste I	38	8,7	58	13,2	43	9,7	47	10,6	47	10,3	39	8,5	10,4	Muito alto
Norte	212	15,5	195	14,2	217	15,7	176	12,7	167	11,9	147	10,5	13,5	Muito alto
Serra da Mesa	246	20,6	239	19,8	241	19,7	165	13,5	167	13,2	158	12,5	16,5	Muito alto
Rio Vermelho	241	12,6	258	13,4	187	9,6	195	10,0	196	9,8	166	8,3	11,0	Muito alto
Oeste I	135	11,9	130	11,4	130	11,3	100	8,7	101	8,6	75	6,4	11,2	Muito alto
Oeste II	71	6,7	72	6,7	72	6,6	52	4,8	53	4,7	49	4,3	5,6	Alto
Sudoeste I	179	4,7	168	4,3	184	4,6	25	0,6	107	2,5	93	2,2	3,0	Médio
Sudoeste II	62	3,1	77	3,8		3,1	77	3,7	77	3,6	58	2,6	3,3	Médio
Nordeste II	45	4,8	54	5,7	66	6,8	66	6,8	64	6,4	73	7,2	6,0	Alto
Sul	86	3,7	82	3,5	71	3,0	73	3,1	74	3,0	86	3,5	3,3	Médio
Estrada de Ferro	117	4,5	95	3,6	133	4,9	109	4,0	110	3,8	95	3,3	3,9	Médio
ESTADO	3330	5,5	3108	5,1	3048	4,9	2810	4,5	2746	4,2	2573	3,9	4,6	Alto

FONTE: SINAN NET/SUVISA/SES/GO

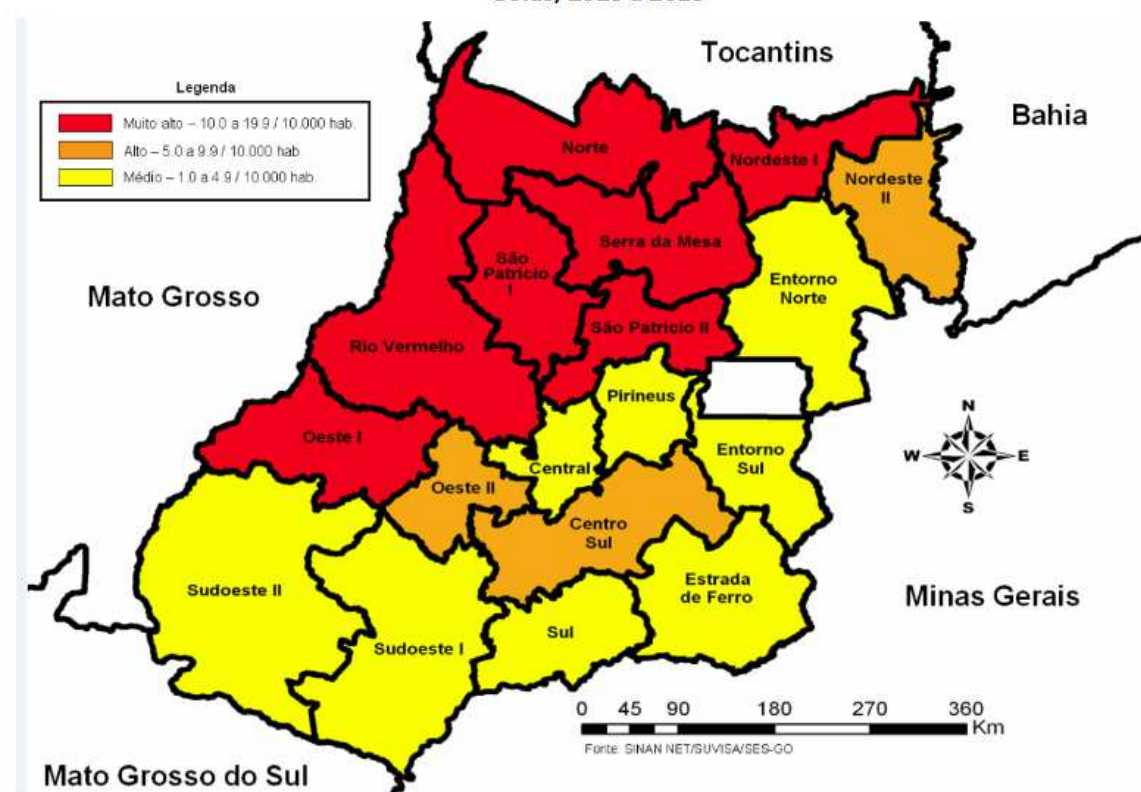
Tabela 2. Número de casos novos e coeficientes de detecção anual e médio de hanseníase por 10.000 habitantes, por Regional de Saúde, Goiás, 2010 a 2015.

REGIONAL/ANO	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Coeficiente Médio	Parâmetro
	Nº casos Novos	Coef Detec	Nº casos Novos	Coef Detec	Nº casos Novos	Coef Detec	Nº casos Novos	Coef Detec	Nº casos Novos	Coef Detec	Nº casos Novos	Coef Detec		
Centro Sul	399	52,1	363	46,6	370	46,7	395	47,4	324	38,1	305	35,2	36,4	Muito Alto
Central	524	32,0	445	26,7	395	23,5	366	20,8	356	20,0	355	19,7	23,7	Muito Alto
Entorno Norte	20	8,7	30	13,0	39	16,6	32	13,0	23	9,2	28	11,1	10,0	Alto
Pirineus	120	26,5	137	30,0	140	30,3	89	18,5	108	22,1	62	12,5	23,0	Muito Alto
São Patrício I	139	86,2	105	65,0	112	69,2	85	51,0	104	62,2	101	60,2	66,0	Hiperendêmico
São Patrício II	190	123,1	115	73,5	84	53,0	75	45,2	73	43,3	62	36,2	62,0	Hiperendêmico
Entorno Sul	76	10,4	96	12,9	53	7,0	71	8,9	91	11,2	103	12,4	10,4	Alto
Nordeste I	16	36,8	35	80,1	22	50,0	30	66,0	19	41,6	23	50,0	54,0	Hiperendêmico
Norte	203	148,2	195	142,5	186	136,0	136	97,0	130	92,6	99	70,6	114,0	Hiperendêmico
Serra da Mesa	72	60,3	67	55,8	59	48,9	44	35,1	55	43,7	44	34,7	46,0	Hiperendêmico
Rio Vermelho	178	92,9	201	104,6	179	92,9	166	83,6	182	91,3	142	71,0	89,0	Hiperendêmico
Oeste I	82	72,0	87	76,4	86	75,7	77	66,0	57	48,8	35	30,0	61,4	Hiperendêmico
Oeste II	50	47,0	46	43,0	48	44,6	36	32,2	36	32,0	31	27,3	37,6	Muito Alto
Sudoeste I	156	41,1	141	36,5	141	36,0	100	24,2	91	21,6	77	18,0	29,5	Muito Alto
Sudoeste II	48	24,3	45	22,5	53	26,1	48	23,0	32	14,9	41	18,8	21,6	Muito Alto
Nordeste II	20	21,3	27	28,5	41	43,0	33	33,3	40	39,9	40	39,5	34,2	Muito Alto
Sul	67	29,2	63	27,2	63	27,0	65	26,9	69	28,2	70	28,4	28,0	Muito Alto
Estrada de Ferro	85	32,6	61	23,0	74	27,5	55	19,5	45	15,7	51	17,5	22,6	Muito Alto
ESTADO	2447	40,7	2258	37,1	2146	34,8	1903	29,6	1836	28,1	1669	25,2	32,5	Muito Alto

FONTE: SINAN NET/SUVISA/SES/GO

Observando o mapa 1, é possível notar ainda que as áreas geográficas que concentram maior número de casos (regionais que obtiveram CP muito alto) fazem divisas com os Estados de Mato Grosso e Tocantins, os quais também apresentam situação de endemicidade, conforme parâmetros do MS⁽¹²⁾.

MAPA 1. Coeficiente médio de prevalência de hanseníase por 10000 habitantes, por Regional de Saúde, Goiás, 2010 a 2015



FONTE: SINAN NET/SUVISA/SES/GO

DISCUSSÃO

Como acima mencionado, o Brasil se apresenta como o país mais endêmico para hanseníase nas Américas, sendo responsável por 94% dos novos casos notificados. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são as mais endêmicas, exibindo áreas de importante manutenção da transmissão⁽³⁾. No país, Mato Grosso e Tocantins ocupam o primeiro e segundo lugar, respectivamente, em número de casos. Na região Centro-Oeste encontra-se o Estado de Goiás como um dos mais prevalentes, ocupando o segundo lugar⁽¹²⁾.

A distribuição da endemia em Goiás, a exemplo do que ocorre no país, não se apresenta de forma homogênea. No ano de 2016, houve registros de casos novos de hanseníase em 185 (75%) municípios goianos, sendo que em 43 desses (23%) registraram mais de 10 casos novos

Boletim Epidemiológico. Volume 18, Número 4 - Análise descritiva da taxa de prevalência da hanseníase em dois cenários territoriais no Estado de Goiás

da doença. A maioria dos casos está concentrada em regiões consideradas mais prevalentes (regionais: São Patrício I, São Patrício II, Nordeste I, Norte, Serra da Mesa, Rio Vermelho e Oeste I)⁽¹³⁾.

A despeito dos novos registros de hanseníase em Goiás, e também a exemplo do que ocorre no Brasil, tem sido notada redução do CP de 2010 para 2015 (de 5,5/10.000 habitantes em 2010 para 3,9/10.000 habitantes em 2015) e do CD (de 40,8/100.000 habitantes em 2010 para 25,2/10.000 habitantes em 2016), durante o mesmo período, com esse último mantendo-se ainda elevado, apesar da redução observada. Esses dados estão demonstrados nas tabelas 1 e 2. Apesar dos números promissores, curiosamente, esse declínio não revelou redução do agravo, pois o número de casos diagnosticados indica que a doença ainda permanece. Esses dados sugerem que existe transmissão ativa principalmente nas regionais de endemicidade muito alta (São Patrício I, São Patrício II, Nordeste I, Norte, Serra da Mesa, Rio Vermelho e Oeste I), bem como nas regionais que apresentaram endemicidade alta (Centro Sul, Oeste II e Estrada de Ferro)⁽⁷⁾.

Sobre as RS que apresentaram média endemicidade no período (Central, Entorno Norte, Entorno Sul, Sudoeste I, Sudoeste II, Sul e Estrada de Ferro), infere-se que ainda exista grande número de doentes transmissores não diagnosticados, fato que pode estar dificultando a eliminação da doença em Goiás.

Acredita-se que essa situação, distante da meta mundial (menos de 1 caso/10.000 habitantes⁽⁸⁾), ocorra em decorrência de alguns fatores, tais como: [I] modelo de atenção ainda centralizado, que não favorece o acesso da população ao diagnóstico na fase inicial da doença; [II] a não efetividade da vigilância dos contatos dos doentes, que contribui para a manutenção da endemia, e [III] a vinda de casos oriundos de regiões endêmicas, que fazem fronteira com o Goiás.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde⁽¹⁵⁾ foi essencial para a descentralização da assistência à saúde⁽¹⁶⁾. No entanto, em Goiás, a redução da prevalência ainda depende da ampliação da rede de diagnóstico oportunizado pela descentralização das atividades de controle para os serviços de atenção básica e a implementação de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios. A capacidade de diagnosticar os casos de hanseníase e de realizar o tratamento oportuno está diretamente relacionada ao acesso aos serviços de saúde e ao aumento da oferta das ações integradas de controle à rede básica de saúde⁽¹⁸⁾.

Para o município ter um programa de controle da hanseníase estruturado, não é necessário ter somente a totalidade da população coberta pela ESF, pois esse dado não é sinônimo de

cobertura populacional das ações de controle da doença⁽¹⁶⁾. O acesso às ações de hanseníase na atenção primária é determinado pela priorização desse agravo na política municipal de saúde: pelo modelo em que é organizada a assistência, se essa é descentralizada, centralizada ou mista; pela presença de profissionais de saúde capacitados e comprometidos na realização das ações de controle da doença; pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico; pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população⁽¹⁶⁾.

A integração do programa de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor estratégia para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, a prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social⁽¹⁹⁾.

Quanto à efetividade das ações de vigilância epidemiológica, deduz-se que a descentralização da assistência à pessoa com hanseníase deve ser vista como um importante instrumento, porém, não único a ser utilizado como estratégia para eliminação da doença. A intensificação da vigilância epidemiológica nas áreas mais endêmicas e a manutenção de ações efetivas naquelas com estabilização da endemia, dependem de grande mobilização social, incluindo a vontade política de todos os gestores, compromisso e motivação dos técnicos e do controle social⁽¹⁰⁾. Para que não haja essa lacuna, a Portaria nº 149 de fevereiro de 2016/Ministério da Saúde reforça a vigilância pela descoberta de casos por meio da detecção ativa, com investigação epidemiológica dos contatos dos doentes e exame da coletividade com inquéritos e campanhas⁽⁷⁾.

Sobre as regionais que apresentaram baixa prevalência ou prevalência oculta, acredita-se que a necessidade de organização dos serviços e a falta de profissionais qualificados para o diagnóstico sejam fatores que contribuem para a manutenção de doentes transmissores não diagnosticados. Portadores silenciosos podem representar uma importante fonte de infecção⁽¹¹⁾. Essa situação alerta para a necessidade de incremento de ações que visem à intensificação na detecção precoce de casos. De acordo com a OMS, no Brasil, a detecção da hanseníase apresentou baixo declínio nos últimos anos. Portanto, é necessário estar alerta, pois uma redução desses indicadores em algumas áreas pode significar diminuição na busca ativa de casos⁽¹⁰⁾.

As regiões com menores coeficientes de detecção são aquelas onde não existem casos de hanseníase ou a sensibilidade em detectar casos novos foi diminuída. Os municípios que se encontram em silêncio epidemiológico, isto é, não possuem casos diagnosticados, indicam que

é nula a sensibilidade do serviço local de saúde na detecção da hanseníase e a situação é considerada tão preocupante quanto daquelas localidades com alto CD⁽¹⁰⁾.

A baixa cobertura dos serviços nessas regiões pode influenciar a necessidade de pessoas com hanseníase de se deslocarem para outros municípios próximos para a realização do diagnóstico e do tratamento. A opção pela busca do serviço de diagnóstico em outra cidade pode traduzir uma melhor qualidade no serviço de saúde no município de notificação, ou algumas vezes a ausência desse serviço no município de residência⁽¹⁸⁾.

No que se refere à relação de regiões mais prevalentes limítrofes a outros estados de endemicidade muito alta, além de condições sócio-econômicas e culturais que têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hanseníase, existe uma estreita relação com movimentos migratórios que facilitam a difusão dessa doença⁽⁹⁾. O estudo de Alencar *et al*, [2012]⁽¹⁸⁾, realizado nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, áreas pertencentes ao principal aglomerado hiperendêmico para casos de hanseníase no país, destacou o Estado de Goiás e o Distrito Federal como polos de notificações de casos residentes, mesmo a mais de 1.000 km de distância da área. Na maioria das vezes, o fluxo para esses centros ocorreu de municípios com proximidade geográfica.

Importantes mudanças ocorreram no perfil epidemiológico da população no Tocantins, propiciando um crescimento demográfico marcante pelo consequente fluxo migratório e tais processos migratórios foram potencializadores para a persistência da doença em diferentes regiões⁽⁹⁾.

Em se tratando de uma doença crônica, em que o tratamento e acompanhamento do caso pode levar mais de 12 meses, acredita-se que essa situação poderá causar dificuldades para o seguimento dos casos, principalmente se o diagnóstico tiver sido realizado longe da residência do paciente⁽¹⁸⁾. Isso indica falhas importantes na descentralização das ações para os serviços de saúde de atenção básica, cuja estratégia é fundamental no alcance da atenção integrada à pessoa atingida pela hanseníase, não somente no contexto de diagnóstico, mas também no acompanhamento durante e após o tratamento⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

A meta de eliminação da hanseníase em Goiás ainda não foi atingida. Os resultados indicam situações heterogênicas no estado: regiões com baixa detecção e regiões com alta prevalência e detecção.

A existência de um conglomerado com Coeficientes de Prevalência elevados pode indicar maior força de transmissão da hanseníase nessa área e serviços de saúde locais mais eficientes em diagnosticar os casos ali existentes. Por outro lado, o conglomerado com Coeficientes de Prevalência abaixo do esperado pode evidenciar a ocorrência de falhas nos serviços, que acabam resultando em subnotificação e/ou diagnóstico tardio, contribuindo para manter a cadeia de transmissão da doença⁽¹⁸⁾. Essa situação serve também de alerta para a necessidade de intensificar as ações de busca ativa nessas regiões, a fim de detectar um número maior de casos e de forma mais precoce⁽²⁰⁾.

Dentre os fatores que impedem alcançar a meta de eliminação da doença em Goiás, citam-se a permanência de casos não diagnosticados e a prevalência oculta, responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população. Nesse sentido, é preciso quebrar a cadeia de transmissão da doença por meio do diagnóstico precoce de todos os casos e do tratamento imediato com a poliquimioterapia.

As estreitas fronteiras geográficas, que facilitam a migração de pessoas de municípios de estados vizinhos considerados hiperendêmicos (Mato Grosso e Tocantins), parecem apontar para outro fator que impede a eliminação desse agravo em Goiás.

Estudos relacionam o crescimento na detecção de casos de hanseníase com a melhora na descentralização do programa de controle da doença, assim como com profissionais qualificados e aumento da cobertura geográfica da Estratégia Saúde da Família⁽²¹⁾. Assim, acredita-se que o processo de descentralização seja a estratégia capaz de enfrentar a endemia hanseníase em Goiás, sendo fundamental reforçar a necessidade de garantir e ampliar a resolubilidade da atenção básica para o diagnóstico, realizando seguimento dos casos e vigilância epidemiológica da hanseníase⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, os esforços devem ser mantidos e aprimorados principalmente naquelas regiões onde os Coeficientes de Prevalência e de Detecção ainda persistem com parâmetros de endemicidade altos e naquelas regiões que apresentam resultados abaixo do esperado.

REFERÊNCIAS

1. Araújo, Araújo et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev Bras Epidemiol**. Out-Dez 2014; 17(4): 899-910.
2. Andrade M e Bonfim F. S. Considerações sobre hanseníase e reações hanseníase. **Informe-se em promoção da saúde**, v.4, n.1.p.13-15, 2008. 1.
3. Silva M *et al.* Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012. **An Bras Dermatol**. 2015;90(6):799-805.

4. Lastória JC, Abreu MA. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**. 2012;17(4):173-9.
5. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hanseníase**. Minas Gerais-Belo Horizonte: sas/mg, 2006. 62 p.
6. Sobrinho RA, Mathias TA. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):303-314, fev, 2008.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasil-Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>. ISBN 978-85-334-2348-0.
8. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia Global para Hanseníase 2016 – 2020: acelerar para um mundo sem hanseníase**. Documento 9789290225201-Português.pdf. 2016.
9. Monteiro LD. *et al*. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(5):971-980, mai, 2015.
10. Pereira EV *et al*. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An Bras Dermatol**. 2011;86(2):235-40.
11. Schreuder PA *et al*. Epidemiologic trends of leprosy for the 21st century. **Clinics in Dermatology**. 2016; 34, 24–31.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da Hanseníase no Brasil. Reunião da Estratégia Global de hanseníase 2016-2020 adaptada ao SUS: atualizações, desafios e perspectivas**. Brasil-MS. Sides. 2016. 26 slides color. Disponível na Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação/CGHDE.
13. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde/Goiás. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de Gestão 2016**. Disponível na Coordenação de Doenças Negligenciadas.
14. Secretaria de Estado da Saúde. **Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de apoio, Goiás. Disponível em** <http://www.saude.go.gov.br/page/42/regionais-de-saude#sthash.5YvEBhSc.dpuf> Acesso em 15/02/2017.
15. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS. BRASIL.2002.
16. Lanza FM; Lana FC. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 238-46.
17. Malta DC. *et al*. A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(2):327-338, 2016.
18. Alencar CR *et al*. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1685-1698, set, 2012.
19. Dias RC.; Pedrazzani ES. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008; 61(esp): 753-6.