

Avaliação do programa de controle da hanseníase em um centro de referência no Maranhão

Assessment of the Leprosy Control Program at a Reference Center in Maranhão

Andreyana Sousa de Sousa¹, Thaysa Gois Trinta Abreu^{2*}, Rosemary Fernandes Corrêa Alencar², Nair Portela Silva Coutinho³, Rosangela Fernandes Lucena Batista³, Dorlene Maria Cardoso de Aquino³

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão – UFMA; ²Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Enfermeira Assistencial no Hospital do Câncer Aldenora Bello – HCAB, Maranhão; ³Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Enfermeira do Hospital da Universidade Federal do Maranhão – UFMA; ⁴Enfermeira, Mestre em Pedagogia Profissional, Universidade Estadual do Ceará, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, UnB, Professora Associado do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão – UFMA; ⁵Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Doutora em Ciências Médicas, Universidade de São Paulo – USP, Pós-doutora, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Diretora de Pós-Graduação, Universidade Federal do Maranhão – UFMA; ⁶Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Doutora em Patologia Humana, Universidade Federal da Bahia – UFBA, Pós-doutora, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Professora Titular, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Resumo

Objetivo: avaliar os indicadores de monitoramento de um programa de controle da hanseníase de um centro de referência para a doença no Maranhão. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo-avaliativo, realizado em um centro de referência maranhense para hanseníase, tendo como população os casos novos diagnosticados e notificados entre 2016 e 2020. Os dados foram coletados a partir do livro de registros e de prontuários, e foram calculados os indicadores do Ministério da Saúde. **Resultados:** o indicador “proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico” foi classificado como “bom”, durante todo o período. Em relação à “proporção de casos curados com grau 2 de incapacidade”, observou-se variação de “alta” (2016) a “baixa” (2017, 2019 e 2020). A “proporção de cura” oscilou de “regular” (2016 e 2017) a “precária” (2018 a 2020), assim como o indicador “proporção de curados no ano com grau de incapacidade física avaliado”. O abandono de tratamento variou entre “bom” e “precário”, retornando à classificação “bom” em 2020. A “proporção de contatos examinados” entre casos paucibacilares (até 1 ano de convivência) e multibacilares (2 anos ou mais de convivência) se manteve “precária” entre 2016 e 2020. **Conclusão:** os resultados evidenciam fragilidades importantes no desempenho do programa, com predomínio de classificações insatisfatórias nos indicadores operacionais, o que pode comprometer a qualidade da atenção prestada, o controle da transmissão e a prevenção de incapacidades. **Palavras-chave:** Hanseníase; avaliação em saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Abstract

Objective: to evaluate the monitoring indicators of a leprosy control program at a reference centre for the disease in Maranhão. **Methodology:** this is a descriptive-evaluative study conducted at a Maranhão reference centre for leprosy, targeting the population of new cases diagnosed and reported between 2016 and 2020. Data were collected from case logs and medical records, and Ministry of Health indicators were calculated. **Results:** the indicator “proportion of new cases with a degree of physical disability assessed at diagnosis” was classified as “good” throughout the period. Regarding the “proportion of cured cases with a grade 2 disability,” a variation was observed from “high” (2016) to “low” (2017, 2019, and 2020). The “cure rate” ranged from “regular” (2016 and 2017) to “precarious” (2018 to 2020), as did the indicator “proportion of cured individuals in the year with an assessed degree of physical disability.” Treatment abandonment varied between “good” and “precarious,” returning to the “good” rating in 2020. The “proportion of contacts examined” among paucibacillary cases (up to 1 year of contact) and multibacillary cases (2 or more years of contact) remained “precarious” between 2016 and 2020. **Conclusion:** the results highlight significant weaknesses in the program’s performance, with a predominance of unsatisfactory ratings in the operational indicators, which may compromise the quality of care provided, transmission control, and disability prevention.

Keywords: Leprosy; Health assessment; Evaluation of health programs and projects; Health care quality indicators.

Correspondente/corresponding: *Thaysa Gois Trinta Abreu. – End: Rua 05, quadra 04, casa 02. Bairro Planalto anil I, CEP:65050-847. – E-mail: thay04.gois@gmail.com

INTRODUÇÃO

O monitoramento e a avaliação, em um programa de saúde, são ferramentas para a produção de informações

sobre seu nível de funcionamento, sua qualidade, extensão e magnitude, propiciando informações que se traduzem em estratégias para aprimoramento, mudanças e melhorias nos procedimentos de gestão¹.

No Brasil, a estratégia utilizada para monitoramento e avaliação situacional da hanseníase é o Programa de Controle da Hanseníase (PCH). Implantado em 2007, desenvolve um conjunto de ações que orientam gestores e profissionais, fortalecendo a vigilância, a prevenção, a promoção da saúde e a assistência integral².

Em razão do potencial incapacitante da doença, o PCH, com base em parâmetros do Ministério da Saúde, incorporou indicadores para acompanhar e avaliar o programa, tendo em vista o diagnóstico e o tratamento oportuno, a prevenção de incapacidades e a vigilância dos contatos². Os indicadores de monitoramento e avaliação são utilizados para definir metas de qualidade, mensurando a magnitude da hanseníase como problema de saúde pública e o progresso realizado para concretização dos objetivos do PCH³.

Com a pandemia de covid-19, os programas de hanseníase foram afetados, impactando diretamente os dados acerca dos indicadores da doença⁴. Houve maior desafio à capacidade de garantir os serviços necessários, o que exigiu o desenvolvimento de ações de controle relacionadas a vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento⁵.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2023, foram registrados, globalmente, 182.815 casos de hanseníase. Uma parte significativa deles ocorreu nas Américas (13,6%), e mais de 90% foram registrados no Brasil⁶. Entre 2013 e 2022, houve 316.182 notificações de hanseníase no Brasil, sendo que mais de 80,0% são de casos novos. O país, nesse período, apresentou um decréscimo na taxa de detecção geral (14,3%), padrão que se acentuou ainda mais no período pandêmico, de 2019 a 2022 (26,9%). Também existe importante disparidade geográfica nas taxas, as quais se concentram em regiões com maior incidência, como Centro-Oeste, Norte e Nordeste⁷.

O Maranhão, por sua vez, tem revelado constância em apresentar municípios hiperendêmicos, ocupando o terceiro lugar como unidade federativa com maior taxa de detecção no país em 2022^{5,7}. Em 2024, registrou 720 casos, sobretudo da forma multibacilar (MB), evidenciando um cenário de falhas na detecção precoce da doença⁸. Antes da pandemia, o estado era classificado como hiperendêmico e, após a pandemia, passou a ser classificado como de alta endemicidade⁷.

Considerando o cenário epidemiológico do Maranhão e os desafios relacionados ao diagnóstico e tratamento da hanseníase, torna-se essencial realizar estudos que ofereçam conhecimentos específicos sobre os serviços de saúde locais, especialmente os centros de referência. Esses centros, por sua natureza como serviços especializados na rede de saúde, representam cenários privilegiados para a formulação de estratégias de intervenção direcionadas. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar os indicadores de monitoramento de um

programa de controle da hanseníase de um centro de referência para a doença, no Estado do Maranhão

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-avaliativo, de abordagem quantitativa, com foco na hanseníase, vinculado ao macroprojeto “INTEGRAHANS MARANHÃO”. O cenário do estudo foi um centro de referência para hanseníase localizado no estado do Maranhão (Brasil), selecionado por sua estrutura e oferta de serviços especializados, que incluem diversas especialidades médicas, e um Programa de Controle da Hanseníase (PCH).

A coleta de dados foi realizada entre março e agosto de 2023, por meio da análise de prontuários e livros de registro de casos de hanseníase. As variáveis coletadas incluíram informações demográficas e clínicas, como idade, forma clínica da doença, grau de incapacidade física e dados relativos aos contatos dos pacientes.

Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase diagnosticados e notificados no serviço, situado em São Luís (MA), entre os anos de 2016 e 2020. Como critério de exclusão, não foram considerados registros com informações incompletas, rasuradas, ilegíveis ou incompatíveis com a análise proposta.

Os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Office Excel 2016* e analisados utilizando-se o *software Epi Info TM*, versão 7.2. A análise estatística descritiva foi aplicada para caracterizar os indicadores estudados, apresentando os resultados em números absolutos, percentuais, média e desvio padrão (DP).

Para a avaliação do PCH, foram considerados os seguintes indicadores, conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde⁹:

a) Proporção de casos novos com grau de incapacidade física (GIF), avaliados no diagnóstico – razão entre o número de casos novos de hanseníase com GIF e os casos novos diagnosticados no mesmo local e período, multiplicado por 100. Interpreta-se como: bom $\geq 90,0\%$; regular $\geq 75,0$ a $89,9\%$; e precário $<75,0\%$.

b) Proporção de curados no ano com grau de incapacidade física (GIF) avaliado – razão entre o número de casos curados no ano com GIF avaliado por ocasião da cura e o total de casos curados no mesmo local e período, multiplicado por 100. Interpreta-se como: bom $\geq 90,0\%$; regular $\geq 75,0$ a $89,9\%$; e precário $<75,0\%$.

c) Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos – razão entre o número de casos novos diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento até 31 de dezembro do ano da avaliação, e o total de casos diagnosticados nos anos das coortes, no mesmo local, multiplicado por 100. Interpreta-se como: bom $<10,0\%$; regular de $10,0$ a $24,9\%$ e precário $\geq 25,0\%$.

d) Proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados – razão entre o número de contatos de casos novos examinados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes, com tratamento

na unidade de referência (para os casos paucibacilares, consideraram-se como contatos os indivíduos com até 1 ano de convivência com o paciente-fonte, e, para multibacilar, 2 anos), e o total de contatos registrados por local de residência atual, diagnosticados nos anos das coortes (considerando mesmo critério para definição de contato anteriormente descrito), multiplicado por 100. Considera-se como: bom $\geq 90,0\%$; regular $\geq 75,0$ a $89,9\%$; e precário $<75,0\%$.

e) Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados – razão entre o número de casos novos de hanseníase na unidade de referência, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano da avaliação, e o total de casos novos no mesmo local e período, multiplicado por 100. Entende-se como: bom $\geq 90,0\%$; regular $\geq 75,0$ a $89,9\%$; e precário $<75,0\%$.

f) Proporção de casos de hanseníase curados com GIF2 entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano – razão entre o número de casos de hanseníase residentes e curados com GIF2 no ano da avaliação, e o total de casos que foram encerrados por cura com GIF identificado no ano da avaliação, no mesmo local, multiplicado por 100. Considera-se, para fins de interpretação, como: alto $\geq 10,0\%$; médio de $5,0$ a $9,9\%$; e baixo $< 5,0\%$.

A construção e a aplicabilidade de cada indicador foram descritas de forma a permitir uma compreensão clara de seu papel na avaliação do progresso rumo à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública⁹. Salienta-se que, para o indicador “b”, foram incluídos os casos novos notificados e residentes em São Luís (n=366), enquanto, nos demais indicadores, foram incluídos os casos novos residentes no município de São Luís e que fizeram o tratamento no centro de referência (n=176).

Em relação aos aspectos éticos, o macroprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEPHU, UFMA) sob parecer número 5.624.407.

RESULTADOS

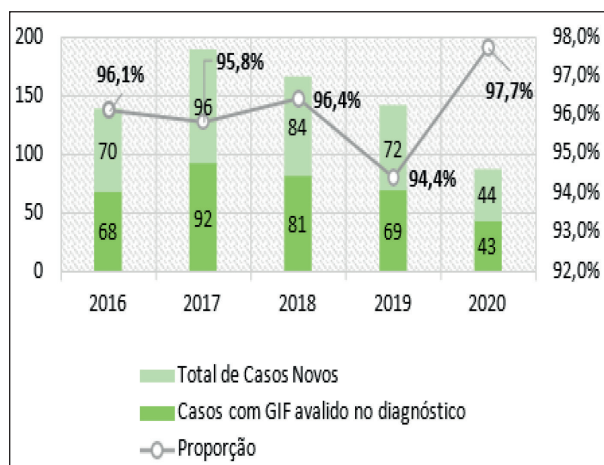
Entre os anos de 2016 e 2020, foram registrados 827 casos de hanseníase no centro de referência maranhense em estudo, com uma média de 165,4 casos ao ano. Os casos novos representaram parte significativa (n=366; 44,2%), obtendo uma média de 73,2 casos ao ano (DP=17,3). A distribuição do número de casos novos segundo ano foi a seguinte: 2016, 19,1% (n=70); 2017, 26,2% (n=96); 2018, 23,0% (n=84); 2019, 19,7% (n=72); e 2020, 12,0% (n=44). A variação percentual do período (2016 a 2020) foi de redução no número de casos novos (-37,17%).

A maioria dos casos ocorreu na faixa etária de 15 a 59 anos (66,9%; n=245), seguida de 60 anos ou mais (20,5%, n=75) e menores de 15 anos (11,2%, n=41). As formas operacionais mais incidentes foram a multibacilar (77,9%, n=285) e a forma clínica dimorfa (63,1%, n=231). Nas últimas posições, ficaram a tuberculóide (13,1%, n=48) e a indeterminada (9,0%, n=33). Quanto ao grau

de incapacidade no momento do diagnóstico, o grau 0 foi o mais frequente (64,8%, n=237), seguido do 1 (24,9%, n=91) e do 2 (6,8%, n=25), respectivamente. Em relação ao desfecho dos casos, destacou-se a transferência para outra unidade ou estado (52,7%, n=193), seguida pela cura (37,7%, n=138) e o abandono (5,2%, n=19).

Quanto à avaliação dos indicadores de qualidade e operacionais, em 2016, a “proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico” foi de 96,1% para 97,7% em 2020, o que corresponde a um crescimento de 1,66%. Em todos os anos, esse índice manteve-se acima de 90,0%, classificando-se como “bom” (Figura 1).

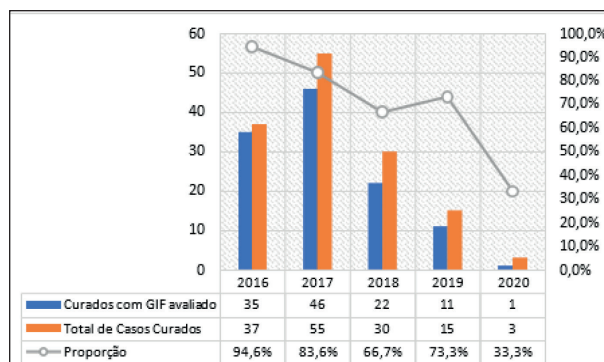
Figura 1 – Proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Maranhão, Brasil, 2016-2020.



Fonte: autores, 2025.

A “proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado” apresentou tendência decrescente ao longo do período (-64,8%), passando de 94,6% em 2016 para 33,3% em 2020. O indicador foi classificado como “bom” em 2016, “regular” em 2017 e, a partir de 2018, se manteve abaixo de 75,0%, sendo considerado “precário” (Figura 2).

Figura 2 – Proporção de curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos. Maranhão, Brasil, 2016-2020.



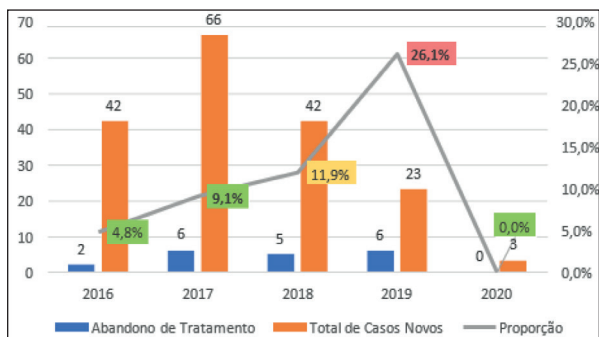
Fonte: autores, 2025.

Na avaliação do indicador “proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes”, observam-se variações nas taxas ao longo do período. Entre 2016 e 2019, as proporções apresentaram tendência de crescimento no número de abandonos (+443,8%), enquanto a classificação do indicador sofreu queda, passando de “bom” (<10,0%) para “precário” (≥25,0%). Em 2020, houve regressão dessa tendência, com o parâmetro retornando à classificação “bom” (Figura 3).

A “proporção de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase”, definida com base nos critérios operacionais do Ministério da Saúde para contatos intradomiciliares (1 ano para PB e 2 anos para MB), apresentou variação ao longo do período, com tendência de crescimento (+43,62%), passando de 29,8% em 2016 para 42,8% em 2020. Apesar da elevação, os percentuais permaneceram abaixo do parâmetro considerado bom (≥90,0%), sendo classificado o desempenho como “precário” de 2016 a 2020 (Figura 4).

Na avaliação da “proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes”, observou-se uma tendência de queda nas taxas de cura (-62,2%), que declinou de 2016 (88,1%) para 2020 (33,3%). Essa redução resultou em mudança na classificação do indicador, que variou de “regular” para “precária” ao longo do período analisado (Figura 5).

Figura 3 – Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados. Maranhão, Brasil, 2016-2020.



Fonte: autores, 2025.

Legenda – As taxas destacadas representam a classificação operacional no ano de avaliação.

Verde, “Bom”; Amarelo, “Regular”; e Vermelho, “Precário”.

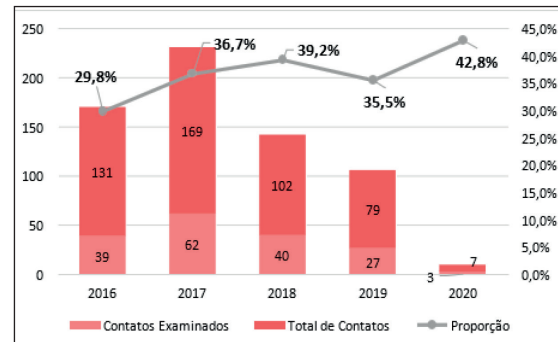
Tabela 1 – Evolução dos indicadores do Programa de Controle da Hanseníase, ao longo dos anos de estudo, em um centro especializado no Nordeste brasileiro. Maranhão, Brasil, 2016-2020.

Indicadores	Ano da avaliação					Classificação final
	2016	2017	2018	2019	2020	
Proporção de casos novos com GIF avaliado no diagnóstico (%)	96,1	95,8	96,4	94,4	97,7	Boa
Proporção de curados com GIF avaliado entre os casos novos (%)	94,6	83,6	66,7	73,3	33,3	Precária
Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos (%)	4,8	9,1	11,9	26,1	0,0	Boa
Proporção de contatos examinados dos casos novos (%)	29,8	36,7	39,2	35,5	42,8	Precária
Proporção de cura entre os casos novos (%)	88,1	83,3	71,4	65,2	33,3	Precária
Proporção de curados com GIF2 avaliados no momento da alta (%)	10,8	3,6	6,7	0,0	0,0	Baixa

Fonte: autores, 2025.

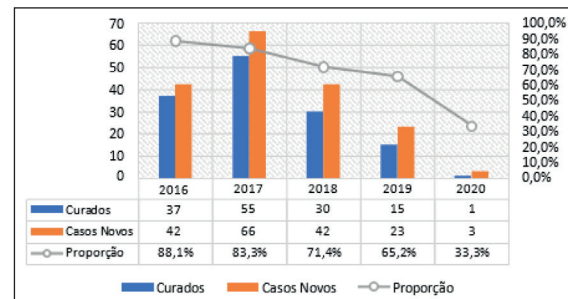
Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 24, n. 3, p. 746-753, set./dez. 2025

Figura 4 – Proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados. Maranhão, Brasil, 2016-2020



Fonte: autores, 2025.

Figura 5 – Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados. Maranhão, Brasil, 2016-2020.



Fonte: autores, 2025.

Quanto ao indicador de monitoramento “proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano”, observou-se uma oscilação expressiva nas proporções ao longo da série temporal, variando de 10,8% (n=4) em 2016 para 0,0% (n=0) em 2020. A tendência geral foi de declínio, apesar de uma breve elevação em 2018 (6,7%). A classificação do indicador apresentou regressão de “alta”, em 2016, para “baixa”, nos anos de 2019 e 2020.

Ao longo dos anos de 2016 a 2020, observa-se que apenas a “proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico” manteve-se classificada como “boa” em toda a série histórica. Os demais indicadores apresentaram oscilações e (ou) pioras progressivas nas classificações, conforme é apresentado na Tabela 1.

DISCUSSÃO

O processo de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública baseia-se em um conjunto de indicadores que orientam o planejamento e a avaliação das ações de controle. Entre eles, destacam-se os indicadores epidemiológicos, voltados para o monitoramento da eliminação e erradicação da doença, e os operacionais, que avaliam a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde. A análise desses parâmetros permite identificar fragilidades no cuidado e direcionar intervenções mais efetivas^{2,10}.

A variação percentual decrescente, identificada na proporção de casos novos, reflete um padrão que vem sendo observado em nível nacional. Um estudo ecológico, realizado no Brasil entre 2006 e 2017, percebeu uma tendência temporal decrescente desse indicador em todos os grupos etários, de gênero, étnico-raciais, entre moradores de área urbana e rural, e em todas as regiões do país, embora com variações nas proporções individuais. O achado pode estar relacionado com a redução dos casos, assim como pode ser oriundo das subnotificações. Foi destacado também o número expressivo de casos multibacilares, com deficiências físicas ou sem avaliação adequada¹¹.

Nesta pesquisa, a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico se manteve dentro dos parâmetros considerados “bons” ao longo dos anos, o que reforça a efetividade das ações de detecção precoce realizadas pelo serviço. Em contraste, um estudo de série temporal destacou que esse indicador no Brasil, entre 2011 e 2017 (21 anos) apresentou-se como “regular” e com padrão estacionário¹², evidenciando disparidades geográficas. Destaca-se que avaliar a GIF é essencial para estimar o alcance do Programa de Controle da Hanseníase (PCH), pois permite verificar se o paciente ingressa no tratamento com avaliação funcional documentada, o que é crucial para o seguimento e prevenção de incapacidades futuras¹³.

Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação do GIF deve incluir testes de força muscular e sensibilidade¹³. Casos de hanseníase são classificados de acordo com o número de lesões, a carga bacilar e o grau de incapacidade física. Essa classificação considera três níveis: grau 0 (sem alterações), grau 1 (perda de sensibilidade sem deformidades) e grau 2 (alterações visíveis e permanentes em olhos, mãos ou pés). O grau 2 é o mais grave, representando a possibilidade de deformidades e (ou) alterações permanentes¹⁴⁻¹⁶.

O quantitativo de pacientes que desenvolvem algum grau de deficiência decorrente da hanseníase apresenta variações significativas entre os estudos. Em um levantamento realizado na Guiné, 76% dos pacientes apresentavam algum tipo de incapacidade, sendo 49% com grau 2 e 27% com grau 1¹⁷. Já na Índia, outro estudo constatou que 87,9% dos pacientes apresentavam deficiências, com 61,7% classificados com grau 2¹⁸. Essas

divergências podem estar refletindo cenários diversos de programas adotados por cada país, especialmente no que se refere à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento precoce.

No Brasil, um estudo realizado em um estado da região Norte, com mais de 12 mil pacientes, observou que 84,9% foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico. Dentre eles, a maioria apresentou grau 0 (74,4%), seguido por 20,3% com grau 1 e 5,4% com grau 2¹⁹. Embora os resultados demonstrem avanços na avaliação funcional no âmbito nacional, ainda se mostram inferiores aos observados no presente estudo, sugerindo que essa avaliação pode não estar sendo realizada conforme o preconizado, além de apresentar importante variação geográfica, fato já observado em outra pesquisa realizada no estado de Pernambuco, no Brasil²⁰.

A proporção de curados no ano, com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos diagnosticados, apresentou variação decrescente ao longo do período analisado, resultando em mudança de classificação do indicador de “boa” para “precária”, diferente do encontrado no país em estudo recente, que evidenciou padrão “regular” e tendência estável¹². É essencial que a avaliação do grau de incapacidade física seja realizada tanto no início quanto no encerramento do tratamento, a fim de possibilitar o acompanhamento das possíveis sequelas e a efetividade das ações de reabilitação¹³.

No entanto, o desenvolvimento de deficiências ocasionadas pela hanseníase continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, afetando, sobretudo, pessoas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. Muitos desses pacientes não são avaliados na alta, o que compromete a continuidade do cuidado e a detecção precoce de incapacidades²¹.

Pesquisas realizadas em Minas Gerais e no Maranhão reforçam essa lacuna, ao classificarem esse indicador como “precário” e relacionarem esse cenário à queda na qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde^{22,23}. A ausência dessa avaliação compromete ações preventivas, além de refletir falhas estruturais, como escassez de profissionais capacitados e rotinas de cuidado mal estruturadas²³.

A precariedade desse indicador reflete também dificuldades no transcorrer do tratamento, especialmente no que diz respeito à prevenção de incapacidades. Essa falha tem impacto direto sobre a qualidade de vida dos usuários, uma vez que limitações funcionais provocadas pela hanseníase podem perdurar mesmo após a cura clínica²⁴.

A proporção de abandono de tratamento apresentou variações, sugerindo instabilidades na manutenção do vínculo terapêutico ao longo do período analisado. O cenário nacional, nos últimos anos, tem apresentado aumento do abandono no tratamento, especialmente entre 2011 e 2020, característica identificada nas diferentes regiões do país, principalmente no Nordeste²⁵. O abandono terapêutico compromete diretamente o

sucesso do tratamento e representa um dos principais desafios enfrentados pelos serviços de saúde na condução da hanseníase. Múltiplos fatores contribuem para essa realidade, entre eles: condições socioeconômicas desfavoráveis, o estigma relacionado à doença, ausência de sintomas evidentes, duração prolongada do tratamento, efeitos colaterais, comprometimento do paciente e limitações no acesso aos serviços^{26,27}.

De mesmo modo, o grau de escolaridade influencia significativamente no abandono, pois interfere na compreensão sobre a doença e na adesão às orientações dos profissionais de saúde²⁸. Uma pesquisa que evidenciou índices elevados de abandono, em três municípios do Paraná, ressaltou a importância do envolvimento de gestores, profissionais e comunidade na construção de estratégias de enfrentamento²⁴.

A proporção de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase apresentou tendência de crescimento ao longo do período. Apesar disso, os percentuais permaneceram abaixo do parâmetro considerado “adequado” pelo Ministério da Saúde. Estudos nacionais têm evidenciado que esse indicador tem se mantido com tendência ascendente, como a identificada entre 2001 a 2020 no país²⁵, e entre 2011 e 2025 no próprio Maranhão²⁹, apesar das disparidades regionais. O exame dos contatos constitui etapa fundamental para a detecção precoce, interrupção da cadeia de transmissão e prevenção de incapacidades físicas¹³.

Soma-se a isso a fragilidade nos registros dos contatos examinados, observada inclusive durante a coleta de dados deste estudo, o que compromete o monitoramento e obscurece a real magnitude da situação. Tais falhas reforçam a necessidade de aperfeiçoamento nos processos de notificação e acompanhamento sistemático²⁸.

A vigilância dos contatos ainda ocupa papel secundário na operacionalização do PCH. Estratégias como busca ativa e reforço vacinal com BCG são recomendadas, mas frequentemente negligenciadas diante de limitações estruturais e operacionais nos serviços^{26,30,31}.

Rastrear os contatos de pacientes com hanseníase é crucial para quebrar a cadeia de transmissão. Ao identificar e monitorar indivíduos que estiveram em contato próximo com pacientes infectados, os serviços de saúde podem implementar intervenções oportunas, mapear fatores de risco, promover diagnóstico e tratamento precoces, conscientizar a população e evitar a disseminação da doença³².

A proporção de cura entre os casos novos diagnosticados demonstrou um padrão de declínio durante o período analisado, assim como é observado em outras pesquisas nacionais^{12,25}, embora, no Maranhão, tenha sido estável em estudo de 2019²⁹. O não alcance da cura está frequentemente relacionado à classificação inadequada dos casos, irregularidades no acompanhamento, abandono do tratamento e falhas no registro²⁹.

Assim, a falha na cura da hanseníase é influenciada por uma combinação de fatores socioeconômicos,

clínicos e geográficos. Esses fatores contribuem para o abandono do tratamento e para a redução da eficácia do tratamento implementado, impondo desafios significativos aos esforços em prol do controle da hanseníase³³.

Entre as variáveis clínicas associadas à maior chance de cura, destacam-se a forma clínica paucibacilar, a baciloscopia negativa, o grau zero de incapacidade física, a menor faixa etária e níveis mais elevados de escolaridade. Em contrapartida, a presença de deficiências decorrentes da doença, especialmente em graus mais avançados, tem relação inversa com o sucesso do tratamento³⁴.

O grau 2 de incapacidade física está associado a deformidades permanentes e representa um dos principais marcadores de gravidade da hanseníase. Sua presença, ao final do tratamento, indica falhas na detecção precoce, demora na intervenção e ausência de medidas efetivas de prevenção de incapacidades¹³.

Destaca-se que o risco para o desenvolvimento de incapacidades é maior em pacientes multibacilares, em função da elevada carga bacilar e maior duração da doença, o que favorece danos irreversíveis aos nervos. Da mesma forma, a presença de reações hansênicas e fatores socioeconômicos, como escolaridade, ocupação e gênero, influenciam diretamente o comportamento de busca por cuidados e o acesso oportuno aos serviços de saúde, refletindo em maior chance de complicações³⁵.

Mesmo após a cura clínica, as incapacidades podem persistir, comprometendo a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo. Além das limitações motoras, essas sequelas contribuem para o estigma, o isolamento social e a exclusão de pessoas acometidas pela doença. Torna-se, portanto, necessário o estabelecimento de cuidados contínuos, que ultrapassem a reabilitação física, incluindo apoio psicológico, estratégias de reinserção social e avaliações periódicas ao longo do tempo³⁴.

Este estudo apresenta algumas limitações inerentes ao delineamento transversal e ao uso de dados secundários. A natureza transversal impede a análise de relações causais entre as variáveis estudadas, limitando as interpretações aos aspectos descritivos e associativos. Além disso, a utilização de registros já existentes está sujeita a possíveis falhas de preenchimento, perda de dados e inconsistências nas informações coletadas, o que pode comprometer a completude e a qualidade dos dados. Ressalta-se, ainda, que os achados se referem a um único centro de referência, o que pode restringir a generalização dos resultados para outros contextos epidemiológicos ou regiões com diferentes estruturas de atenção à hanseníase.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou avaliar o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) em um centro de referência estadual no Maranhão, utilizando indicadores epidemiológicos e operacionais para mensurar a qualidade das ações e serviços de saúde no período de 2016 a 2020.

Entre os indicadores analisados, o indicador epidemiológico “proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta” apresentou variações ao longo do período, com mudança de classificação de “alta” para “baixa”, refletindo a transcendência da doença.

Dentre os operacionais, observou-se piora nas classificações de alguns indicadores. A “proporção de cura entre os casos novos diagnosticados” variou de “regular” para “precária”, enquanto a “proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado” decaiu de “boa” para “precária”. Já a “proporção de casos em abandono de tratamento” oscilou de “boa” para “precária”, retornando à classificação “boa” apenas em 2020.

Dois indicadores mantiveram a classificação durante todo o período, embora com variações nas taxas: a “proporção de contatos examinados”, que permaneceu classificada como “precária”, e a “proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico”, que se manteve como “boa”.

Os achados indicam que o PCH, no serviço avaliado, não tem alcançado efetividade plena, com oscilações ou queda na classificação de indicadores fundamentais, especialmente os que avaliam qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e vigilância. Essas fragilidades podem comprometer a condução dos casos até a cura e influenciar os altos índices de notificação da hanseníase no estado. Portanto, o serviço analisado apresentou desempenho insatisfatório na maioria dos indicadores, com exceção da avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico. As falhas observadas, sobretudo no acompanhamento de contatos e na condução dos casos até a cura, evidenciam fragilidades na vigilância e na qualidade da atenção prestada.

Recomenda-se a adoção de medidas específicas, como qualificação profissional contínua, fortalecimento da vigilância dos contatos, reestruturação das rotinas de avaliação funcional e incentivo à adesão terapêutica como estratégias prioritárias para aprimorar a efetividade do PCH no estado, especialmente no local da realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization -WHO. Estratégia global para Hanseníase 2016– 2020 Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase: Guia para monitoramento e avaliação [Internet]. Nova Deli, Índia: WHO; 2017 [cited 2025 Apr 4]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf?sequence=17>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: MS; 2010.
3. World Health Organization -WHO. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015 [Internet]. Geneva: OPAS; 2010 [cited 2025 Mar 20]. Available from: http://nhe.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2017/06/Hanseníase_2016-2020.pdf

4. World Health Organization -WHO. Weekly Epidemiological Record [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Mar 20]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380785/WER10011-eng-fre.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Hanseníase [Internet]. Brasília, DF: MS; 2023 [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseníase-2023_internet_completo.pdf
6. World Health Organization -WHO. Hanseníase – OPAS/OMS Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 11]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/hanseníase>
7. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Hanseníase [Internet]. Brasília, DF: MS; 2024 [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/be_hansen-2024_19jan_final.pdf
8. Oliveira ÍC de, Gonçalves TGB, Barros AC, Nogueira IF, Pontes CC dos S, Froio AJ, Ferraz EB, et al. Hanseníase no maranhão, brasil: uma análise epidemiológica (2024). RT. 2025 Jan 17;3(17):1-16.
9. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2006 [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/hanseníase_plano.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [Internet]. Brasília, DF: MS; 2016 [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_eliminacao_hanseníase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf
11. Pescarini JM, Teixeira CSS, Silva NBD, Sanchez MN, Natividade MSD, Rodrigues LC, et al. Epidemiological characteristics and temporal trends of new leprosy cases in Brazil: 2006 to 2017. Cad Saúde Pública. 2021;37(7):e00130020. doi: 10.1590/0102-311X00130020
12. Souza CDFD, Paiva JPSD, Leal TC, Urashima GDS. Leprosy in Brazil in the 21st century: analysis of epidemiological and operational indicators using inflection point regression. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2020 Nov;95(6):743-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.09.031>
13. Ministério da Saúde (BR). Guia prático sobre a hanseníase [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [cited 2025 Apr 4]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_pratico_hanseníase.pdf
14. Moreira RJDO, Bezerra JM, Santos FS, Pascoal LM, Santos LHD, Santos Neto M. Clinical-epidemiological characteristics and temporal trend of new cases of grade 2 disability leprosy in the state of Maranhão, Brazil, 2011- 2020. Epidemiol Serv Saúde. 2023;32(2):e2022435. doi: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200026>
15. Ribeiro G de C, Lana FCF. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Caracterização, Fatores relacionados e Evolução. Cogitare Enferm. 2015;20(3):496-503. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.41246>
16. Silva JSRD, Palmeira IP, Sá AMM, Nogueira LMV, Ferreira AMR. Fatores sociodemográficos associados ao grau de incapacidade física na hanseníase. Rev Cuid. 2018 Sep 5;9(3):1–11. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.548>
17. Sy Savané IS, Sidibé S, Kolié D, Camara M, Sakho F, Sidibé S, et al. Frequency and Factors Associated with Disabilities among Leprosy Patients Admitted to the Kindia Disability Prevention and Physical Rehabilitation Centre (Pirp) in Guinea from 2017 to 2021. TropicalMed.

2024 Oct 11;9(10):237. doi: 10.3390/tropicalmed9100237

18. Banerjee S, Nandi C, Mondal S, Mitra K. A cross-sectional study on burden of disability among leprosy patients in a tertiary care center of West Bengal, India. *Asian J Med Sci.* 2022 Dec 1;13(12):149-56. doi: 10.3126/ajms.v13i12.48487

19. Monteiro LD, Martins-Melo FR, Brito AL, Alencar CH, Heukelbach J. Physical disabilities at diagnosis of leprosy in a hyperendemic area of Brazil: trends and associated factors. *LEPROSY.* 2015 Sep 1;86(3):240-50.

20. Barbosa CC, Bonfim CVD, Brito CMGD, Souza WVD, Melo MFDO, Medeiros ZMD. Spatial analysis of epidemiological and quality indicators of health services for leprosy in hyperendemic areas in Northeastern Brazil. *Rev Inst Med trop S Paulo.* 2020;62:e93. doi: <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062093>

21. Sanchez MN, Nery JS, Pescarini JM, Mendes AA, Ichihara MY, Teixeira CSS, et al. Physical disabilities caused by leprosy in 100 million cohort in Brazil. *BMC Infect Dis.* 2021 Dec;21(1):290. doi: 10.1186/s12879-021-05846-w

22. Lages DDS, Kerr BM, Bueno IDC, Niitsuma ENA, Vidal SL, Reis GCS, et al. Avaliação do Grau de Incapacidade Física Por Hanseníase em Minas Gerais. *Educação, Saúde e Sociedade: Investigações, Desafios e Perspectivas Futuras [Internet]. EPITAYA; 2022 [cited 2025 Apr 4].* p. 151-60. Available from: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/505>

23. Aquino DMCD, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad Saúde Pública.* 2003 Feb;19(1):119-25. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100013>

24. Oliveira KSD, Souza JD, Campos RB, Zilly A, Silva-Sobrinho RA. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015 Sep;24(3):507-16. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300016>

25. Paz WS, Ramos RES, Bezerra LP, Matos DF, Tavares DS, Souza CDF, et al. Temporal trend, high-risk spatial and spatiotemporal clustering of leprosy indicators in Brazil: A 20-year ecological and population-based study. *Trop Med Int Health.* 2023 Jul;28(7):517-29. doi: 10.1111/tmi.13901

26. Souza EAD, Heukelbach J, Oliveira MLWDR, Ferreira AF, Sena Neto SAD, Raposo MT, et al. Baixo desempenho de indicadores operacionais de controle da hanseníase no estado da Bahia: padrões espaçotemporais, 2001-2014. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200019.

27. Girão R, Soares N, Pinheiro J, Oliveira G, Carvalho S de, Abreu L de, et al. Leprosy treatment dropout: a systematic review. *Int Arch Med.* 2013;6(1):34. doi: 10.1186/1755-7682-6-34

28. Goiabeira YNL de A, Rolim ILTP, Aquino DMC de, Santos LH dos, Lima ABS, Soeiro VM da S. Programa de controle da hanseníase em capital hiperendêmica: uma avaliação operacional. *Rev Baiana Enferm [Internet].* 2018 Apr 4 [cited 2025 Apr 13];32:25144. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25144> doi: 10.18471/rbe.v32.25144

29. Anchieta JDJS, Costa LMMD, Campos LC, Vieira MDR, Mota OS, Morais Neto OL, et al. Trend analysis of leprosy indicators in a hyperendemic Brazilian state, 2001–2015. *Rev Saúde Pública.* 2019 Aug 9;53:61. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000752>

30. Cunha MHCMD, Silvestre MDPSA, Silva ARD, Rosário DDS, Xavier MB. Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase utilizando variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais. *Revista Pan-Amazônica de Saúde [Internet].* 2017 Apr [cited 2025 Apr 13];8(2). Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000200023&ln=g=pt&nrm=iso

31. Santos KCBD, Corrêa RDGCF, Rolim ILTP, Pascoal LM, Ferreira AGN. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2019 Apr;43(121):576-91. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912122>

32. Ferreira JVS, Lima JSR, Sagica TDP, Silva RPDFPD, Cunha MHCMD. Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase no norte do Brasil. *RSD.* 2020 Jun 16;9(7):e968975288. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5288>

33. Andrade KVF de, Nery JS, Pescarini JM, Ramond A, Santos CA de ST, Ichihara MI, et al. Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. Franco-Paredes C, editor. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019 Sep 6;13(9):e0007714.

34. Siqueira TS, Celestino AO, Silva JRS. Factors associated with cure and abandonment of leprosy treatment: A reflective analysis. *RSD.* 2021 Jan 6;10(1):e15310111615. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11615>

35. Geani S, Rahmadewi R, Astindari A, Prakoeswa CRS, Sawitri S, Ervianti E, et al. Profile of Disability in Leprosy Patients: A Retrospective Study. *BIKK.* 2022 Jul 31;34(2):109-13. doi: <https://orcid.org/0000-0001-7810-887X>

Sub: 30/05/2025

Aceite: 04/07/2025