

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DA SAÚDE  
GARÇAS/ARAGUAIA-MT**

**EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF HANSENIASIS IN THE MICROREGION OF HEALTH GARÇAS  
/ ARAGUAIA-MT**

**Romário Rosa de Sousa**

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Geografia  
Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG - Brasil  
[romarioufg@yahoo.com.br](mailto:romarioufg@yahoo.com.br)

**Samuel do Carmo Lima**

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Geografia  
Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG - Brasil  
[samueldocarmolima@gmail.com](mailto:samueldocarmolima@gmail.com)

**RESUMO**

O objetivo desta pesquisa foi analisar o comportamento epidemiológico da hanseníase em Barra do Garças e nos municípios da microrregião Garças/Araguaia-MT e sua relação com a vulnerabilidade social da população. Os dados foram obtidos nos prontuários de Atendimento Ambulatorial do Centro de Referência em Saúde/CECAP/Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças – MT e Também se utilizaram dados do SINAN/DATASUS. Ambos foram organizados em ambiente de planilha eletrônica para a modelagem estatística, obtendo as somatórias, médias, coeficientes e taxas com posterior geração de tabelas, mapas, quadros e gráficos. Durante o período investigado o quantificou-se 4.142 casos de hanseníase, sendo Barra do Garças (1.691); Nova Xavantina (616); Campinápolis (350); Novo São Joaquim (164); Araguaiana (159); Ribeirãozinho (156); Pontal do Araguaia (125); Torixoréu (91); Ponte Branca (72) e General Carneiro (49). As pessoas do sexo masculino foram as mais acometidas, com 1.707(54%) e feminino foram 1.491 (46%). Analisado o coeficiente de detecção de novos casos em indivíduos menores de 15 anos, durante o período de tempo da pesquisa (1970 – 2020), classificou-se a microrregião da saúde Garças/Araguaia-MT, como Hiperendêmico. As políticas e as ações de prevenção e controle da hanseníase se mostram fragmentadas e insuficientes, não sendo capazes de interromper a transmissão.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Doença. Registro. Notificação. Casos.

**ABSTRACT**

The objective of this research was to analyze the epidemiological behavior of leprosy in Barra do Garças and in the municipalities of the microregion Garças/Araguaia-MT and its relation to the social vulnerability of the population. Data were obtained from the records of Outpatient Care from the Reference Center for Health/CECAP/Municipal Health Department of Barra do Garças – MT and data from SINAN/DATASUS were also used. Both were organized in an electronic spreadsheet environment for statistical modeling, obtaining the sums, averages, coefficients and rates with subsequent generation of tables, maps, charts and graphs. During the period of investigation, 4,142 cases of leprosy were quantified, Barra do Garças (1691); Nova Xavantina (616); Campinapolis (350); Novo São Joaquim (164); Araguaiana (159); Ribeirãozinho (156); Pontal do Araguaia (125); Torixoréu (91); Ponte Branca (72) and General Carneiro (49). Males were the most affected, with 1,707 (54%) and females were 1,491 (46%). After analyzing the coefficient of detection of new cases in individuals under 15, during the research period (1970 – 2020), the health microregion Garcas/Araguaia-MT was classified as Hyperendemic. Policies and actions for the prevention and control of leprosy are fragmented and insufficient, not being able to interrupt transmission.

**Keywords:** Leprosy. Disease. Record. Notification. Cases.

Recebido em: 22/07/2021

Aceito para publicação em: 23/03/2022.

## INTRODUÇÃO

A Hanseníase é doença cuja existência se tem notícia desde a mais remota antiguidade, pois era conhecida há cerca de 3 a 4 mil anos na Índia, África, China e no Japão. No Egito, foram encontrados relatos sobre ela em um papiro da época do faraó Ramsés II, desde 4.300 anos a. C. Em estudos mais contemporâneos já é consenso que sua origem parece ter vindo da África Oriental e do Oriente Médio e, a partir disso se espalhou com as sucessivas migrações humanas, alcançando várias partes do mundo. Para Opromolla, (2000); Prendes, (1963), é possível também que a disseminação da doença para a Europa ocorreu com o regresso das cruzadas da Terra Santa e África. A Hanseníase atingiu o seu ponto máximo na Europa entre os anos 1000 e 1400 d.C. Nas Américas, acredita-se que sua chegada, foi introduzida pelos europeus ou pelos nortes africanos (MACIEL; FERREIRA, 2014).

A Hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) e o contágio ocorre, por meio de uma pessoa infectada pelo bacilo na forma multibacilar não tratada, que o elimina pelo meio exterior pelas vias respiratórias superiores, contagiando pessoas susceptíveis à doença (MARTINS; SILVA, 2011). As manifestações clínicas são variáveis, relacionadas com a imunogenicidade do bacilo e com o sistema imunológico do hospedeiro, com sinais e sintomas dermatoneurológicos, lesões na pele e nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés, com potencial para provocar deformidades quando não tratada ou tratada tardiamente (BRASIL, 2010). Como consequência é observada diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a doença (BRASIL, 2001).

No início do processo de colonização portuguesa das terras brasileiras, segundo Souza-Araújo (1946), passaram a ser encontrados casos que teriam sido trazidos de países tão diversos como Holanda, França, Espanha ou Portugal. Estes imigrantes doentes formaram por várias gerações, focos endêmicos da doença que, até então, não havia sido registrada, já que os nativos eram descritos como saudáveis por viajantes como Colombo, Pero Vaz de Caminha e Padre Manuel da Nóbrega, não tendo alusões explícitas à lepra (PRENDES, 1963). Hoje é consenso se afirmar que a Hanseníase foi trazida para terras brasileiras pelo colonizador, próprias do ato de colonizar e subjugar, política e economicamente, uma população durante o processo de colonização (CROSBY, 1972).

Os primeiros casos descritos no Brasil foram identificados no Rio de Janeiro, por volta de 1600, e em 1737 foram notificados cerca de 300 casos. As iniciativas para cuidar dos atingidos por Hanseníase começaram em 1714, em Recife com a fundação de um asilo para doentes. Mais tarde, em 1763 foi inaugurado o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro. Durante os séculos de XVIII e XIX, foram criadas instituições em outras cidades brasileiras, com o intuito de amparar os portadores de Hanseníase. Contudo, é importante chamar a atenção de que o conhecimento científico e médico que se tinha sobre doenças em geral e a Hanseníase, em particular, não a concebiam como uma doença tratável e passível de cura. Dessa forma pelo Brasil a fora foram inaugurados hospitais, leprosários, santas Casas de misericórdias e asilos com fins de cuidar dos portadores de Hanseníase, e praticamente todos tendo a igreja como mantenedor e em alguns casos com o apoio da coroa ou do Estado. Em 1816, foi fundado em Mato Grosso na cidade de Cuiabá, o Hospital São João dos Lázaros (NASCIMENTO, 2001).

Do litoral, onde surgiram os primeiros focos da doença, a Hanseníase penetrou pelo interior do Brasil, sendo levado pelos bandeirantes, e originaram outros focos que necessitavam de atenção, surgindo então os “asilos para leprosos”. Como a lepra se alastrou de tal maneira no Brasil, no século XIX, sendo considerada endêmica em Minas Gerais, Espírito Santo, Maranhão, São Paulo e Mato Grosso, o mal de São Lázaro (como também era identificada em terras brasileiras) provocava terror e pânico nas pessoas. Evitava-se o doente, que era enxotado para fora das vilas e cidades e, tal como ocorrera na antiguidade e na Idade Média, o leproso era visto como pecador, impuro, portador de manchas no corpo e na alma (BRASIL, 1960; NASCIMENTO, 2001).

A transmissão de Hanseníase no estado do Mato Grosso não é recente, pois em 1994 já ocorria detecção de casos novos nos municípios de Barra do Bugres, Cáceres, Pontes e Lacerda e São José dos Quatro Marcos (MUNHOZ JR.; BERTOLOZZI, 2007). Estudos mais recentes destacam a transmissão de hanseníase nos municípios de Diamantino, Várzea Grande, Cuiabá, Rondonópolis, Peixoto de Azevedo, Alto Paraguai e Poxoréu (RAMOS et al 2006; FERREIRA et al, 2010).

O Estado de Mato Grosso registrou uma taxa de detecção de Hanseníase de 88,6 casos novos/100 mil habitantes por ano no período de 2012 a 2016, sendo o estado que registra as maiores taxas do país. Em 2016, foram detectados 2.658 casos novos, o que equivale a 80,4 registros para cada 100 mil habitantes (MACHADO; IGNOTTI; SANTOS, 2019).

Com a ideia de se identificar os casos de Hanseníase e saúde de indivíduos no território de Barra do Garças-MT, e avaliação do serviço de prevenção; Descrição do comportamento epidemiológico da hanseníase nos municípios que integram a microrregião Garças/Araguaia; Investigação da existência de focos espaciais endêmicos persistentes, relacionando a manutenção da transmissão à vulnerabilidade social da população; Identificação dos municípios com os maiores e menores quantidades de casos registrados na abrangência de Barra do Garças-MT; e Avaliação o serviço de saúde e as ações de prevenção e promoção da saúde nestes municípios.

Este estudo teve o objetivo geral da pesquisa identificar os casos de Hanseníase e saúde de indivíduos no território da cidade de Barra do Garças - MT, e avaliação do serviço de prevenção.

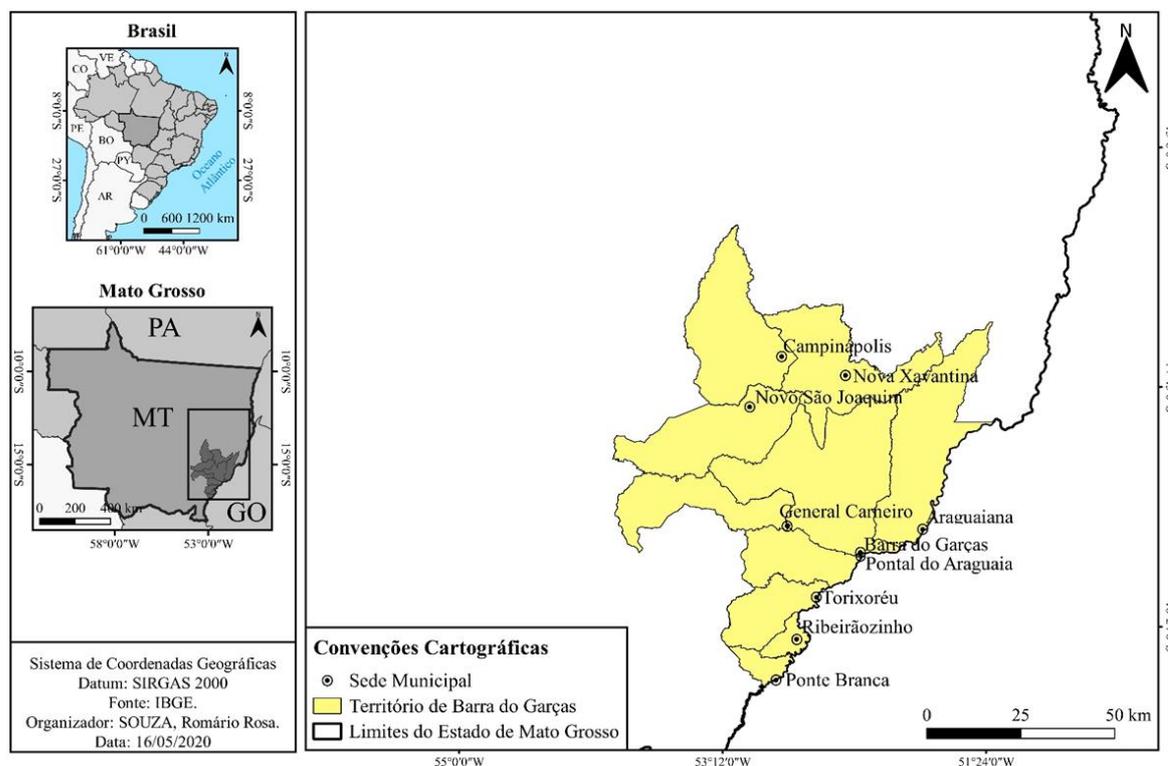
## METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica em revistas científicas, em bases de dados eletrônicas, acerca dos principais temas envolvidos na pesquisa: hanseníase, transmissão e contágio, urbanização e vulnerabilidade social.

Em relação aos aspectos éticos, exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), submeteu-se o projeto de pesquisa no comitê de ética - Pesquisa-CEP, CUA – UFMT via Plataforma Brasil CEP - CAAE nº 15328519.4.0000.5587 no dia 05/06/2019 e tendo o parecer aprovado sem a necessidade de fazer adequações no dia 06/08/2019 nº 3. 489.096.

Como área de estudo, foi definido o município de Barra do Garças-MT e os municípios de abrangência do Centro de Referência em Saúde/CECAP/Secretaria Municipal de Barra do Garças-MT, sendo: Barra do Garças, Araguaiana, Campinápolis, General Carneiro, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Pontal do Araguaia, Ponte Branca, Ribeirãozinho e Torixoréu-MT (Figura 1).

Figura 1: Localização do município de Barra do Garças, sudeste do estado de Mato Grosso



Elaboração: Romário Rosa de Sousa, (2020).

Os dados de casos de hanseníase dos municípios da microrregião Garças/Araguaia e, especificamente, do município de Barra do Garças que informaram a pesquisa foram obtidos do Sistema de Informações de Agravos de Notificação e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SINAN/DATASUS). Também foram obtidos dados no Departamento de Vigilância à Saúde (DVS/SMS/BG), da Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças, referentes aos casos de

Hanseníase no município, em uma série histórica contidas em Prontuário de Atendimento Ambulatorial de março de 1970 a fevereiro de 2020.

Após a coleta de dados os mesmos foram tabulados em planilha eletrônica, gerando um banco de dados e na sequência foram analisados abarcando as variáveis de estudo, como: ano diagnóstico, sexo, idade, raça, grau de incapacidade no diagnóstico, forma clínica e forma operacional diagnosticada, escolaridade, modo de entrada, modo de detecção do caso novo, grau de incapacidade física no momento da cura, para a modelagem estatística, obtendo as somatórias, médias, coeficientes e taxas com posterior geração de tabelas, quadros e gráficos e mapas temáticos em ambiente de Sistema de Informação Geográfica utilizando-se o software Arc Gis, 10.1.

Para a determinação do número de classes e o intervalo de classe da representação por escala de cores nos mapas, utilizou-se a regra de Sturges conforme Vieira (1998).

$$k = 1 + 3,322 * \log n \quad (1)$$

Onde:

k- número de classes

n- número de amostras

Para cada ano foi utilizado essa regra, sendo o número igual ao número de pacientes, municípios e anos. O intervalo de classe, foi cálculo de acordo com a amplitude (valor máximo – valor mínimo)/número de classes.

Para realizar o método da análise espacial e as técnicas de distribuição espacial e análise estatística empregou-se na avaliação da distribuição geográfica da detecção da hanseníase na microrregião de Barra do Garças-MT, utilizando o Software ArcGIS 10.1 e Excel. Assim o software ArcGIS, classificado como um Sistema de Informação Geográfica (SIG) possibilitou uma análise da distribuição da população e promovendo a relação com o desenvolvimento de doenças.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. Ela será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo (dano) em paciente (BRASIL, 2016; CASTRO et al., 2016).

O Brasil apresenta altas taxas de detecção da Hanseníase, o que reflete no grande poder de transmissão da doença. Sua distribuição espacial é heterogênea e, apesar dos avanços para o controle no país nos últimos anos, a mesma mantém um padrão de alta endemicidade em algumas regiões brasileiras, com novos casos concentrados principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2011a; ALENCAR et al., 2012).

Brasil (2011), Ministério da Saúde, estabeleceu prioridades para vigilância epidemiológica da Hanseníase, com o intuito de qualificá-la por meio do repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais. Visando a necessidade de eliminação da doença como problema de saúde pública, foi feita uma lista com 258 municípios considerados prioritários, sendo que 29 municípios pertencem ao estado do Mato Grosso sendo: Água Boa, Alta Floresta, Araguaiana, Barra do Bugres, Barra do Garças, Cáceres, Campo Verde, Chapada dos Guimarães, Colíder, Cuiabá, Guarantã do Norte, Juara, Juína, Lucas do Rio Verde, Marcelândia, Mirassol d'Oeste, Nova Canaã do Norte, Novo Mundo, Pedra Preta, Peixoto de Azevedo, Poxoréo, Primavera do Leste, Rondonópolis, São José do Rio Claro, Sinop, Sorriso, Tangará da Serra, Várzea Grande e Vila Rica.

Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 143 países reportaram 214.783 casos novos de Hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo (WHO 2018; BRASIL; 2017). A análise dos indicadores por região mostrou que as regiões Centro-Oeste e Norte possuíam as maiores taxas médias de detecção geral no período analisado, com 37,27/100 mil hab. e 34,26/100 mil hab., respectivamente. Os estados com maior taxa de detecção do país são Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Pará e Maranhão (PENNA et al., 2009; ALENCAR et al., 2012; BRASIL, 2018).

O Estado de Mato Grosso registrou uma taxa de detecção de Hanseníase de 88,6 casos novos/100 mil habitantes por ano no período de 2012 a 2016, sendo o estado que registra as maiores taxas do país. Em 2016, foram detectados 2.658 casos novos, o que equivale a 80,4 registros para cada 100 mil habitantes (MACHADO; IGNOTTI; SANTOS, 2019).

As manifestações clínicas são variáveis, relacionadas com a imunogenicidade do bacilo e com o sistema imunológico do hospedeiro, com sinais e sintomas dermatoneurológicos, lesões na pele e nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés, com potencial para provocar deformidades quando não tratada ou tratada tardiamente (BRASIL, 2010). Como consequência é observada diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a doença (BRASIL, 2001).

A microrregião da Saúde Garças/Araguaia, possui um contingente populacional de 121,357 habitantes, desse total destacam-se o município Barra do Garças com 61,135 hab., IDHM 0,748; Nova Xavantina 20.944 hab., IDHM 0,704; Campinápolis 16.127 hab., IDHM 0,538; Pontal do Araguaia 6.843 hab., IDHM 0,734; Torixoréu 3.547 hab., IDHM 0,716; todos esses municípios com IDH alto. Ainda, General Carneiro 5.562 hab., IDHM 0,67; Novo São Joaquim 4.938 hab., IDHM 0,649 Araguaiana 3.197 hab.; IDHM 0,687; Ribeirãozinho 2.422 hab., IDHM 692; Ponte Branca 1.550 Hab., IDHM 0,686; todos esses municípios com IDH médio. Por fim Campinápolis 16.127 hab., com IDH baixo (Quadro 1).

Quadro 1: Estimativa populacional nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2021

Município	População	IDHM	Classificação
BARRA DO GARCAS	61.135	0,748	Alto
NOVA XAVANTINA	20.944	0,704	Alto
CAMPINAPOLIS	16.127	0,538	Baixo
PONTAL DO ARAGUAIA	6.843	0,734	Alto
GENERAL CARNEIRO	5.592	0,67	Médio
NOVO SAO JOAQUIM	4.938	0,649	Médio
TORIXORÉU	3.547	0,716	Alto
ARAGUAIANA	3.197	0,687	Médio
RIBEIRAOZINHO	2.422	0,692	Médio
PONTE BRANCA	1.550	0,686	Médio

Fonte: IBGE 2021

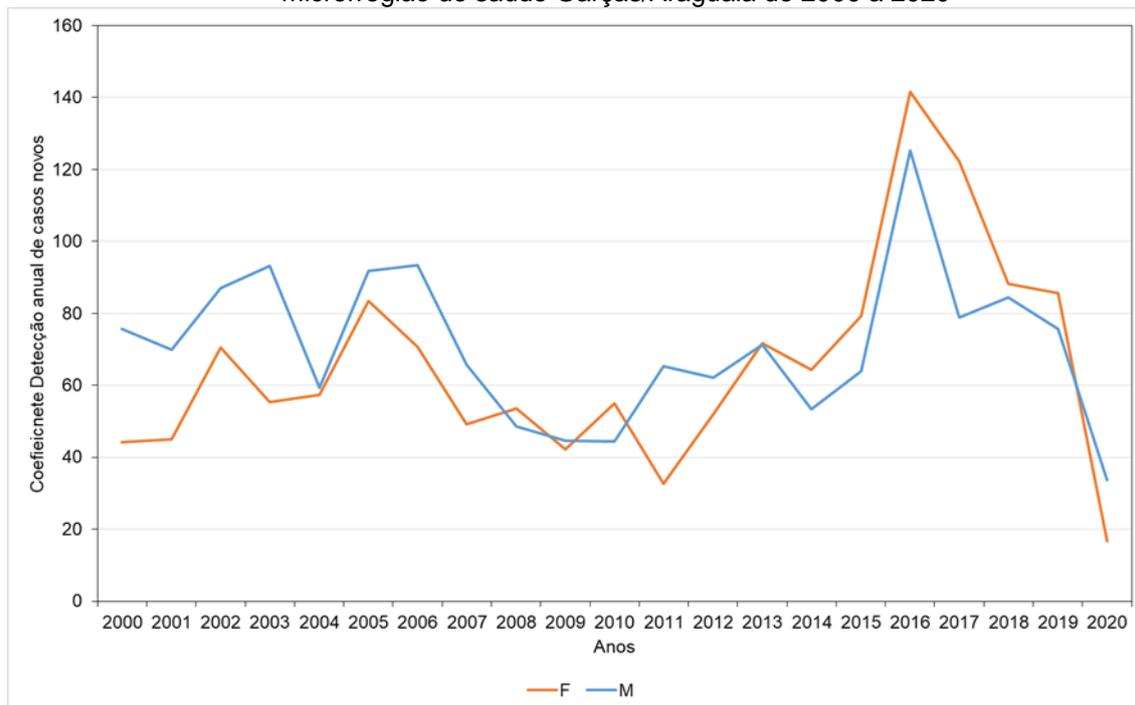
Durante o período investigado ocorreram 4.142 casos notificados desse valor, 3.473 são referentes a casos novos de hanseníase distribuídos na microrregião da saúde Garças/Araguaia.

Um indicador recomendado para monitoramento e avaliação da endemia é o coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes, pois traduz a força da morbidade e magnitude da doença. É preconizado pela Organização Mundial da Saúde, para considerar controlada a transmissão da doença, que no município os coeficientes anuais de detecção estejam abaixo de 10 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2009b). Todos os municípios da microrregião Garças/Araguaia apresentaram taxas de detecção de novos casos superiores ao valor de 10 casos por 100 mil habitantes, para ambos os sexos, feminino e masculino (Gráfico1).

Alves et al. (2014), assegura que a Hanseníase por ser uma doença endêmica e não apresentando surtos epidêmicos a exemplo como a peste ou a febre amarela, e que requerem dos poderes públicos uma constante e efetiva presença, as ações mais específicas para o combate a hanseníase vem com o século XX.

Conforme percebeu-se no gráfico 1, a partir de 2017, as notificações são muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde ao longo da série levantada, houve um decréscimo nos números de casos novos, que se explica pela descentralização do serviço de atenção à hanseníase na Atenção Primária que favoreceu o maior acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento precoce (MATO GROSSO, 2019).

Gráfico 1: Coeficiente de Detecção anual de casos novos de Hanseníase nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

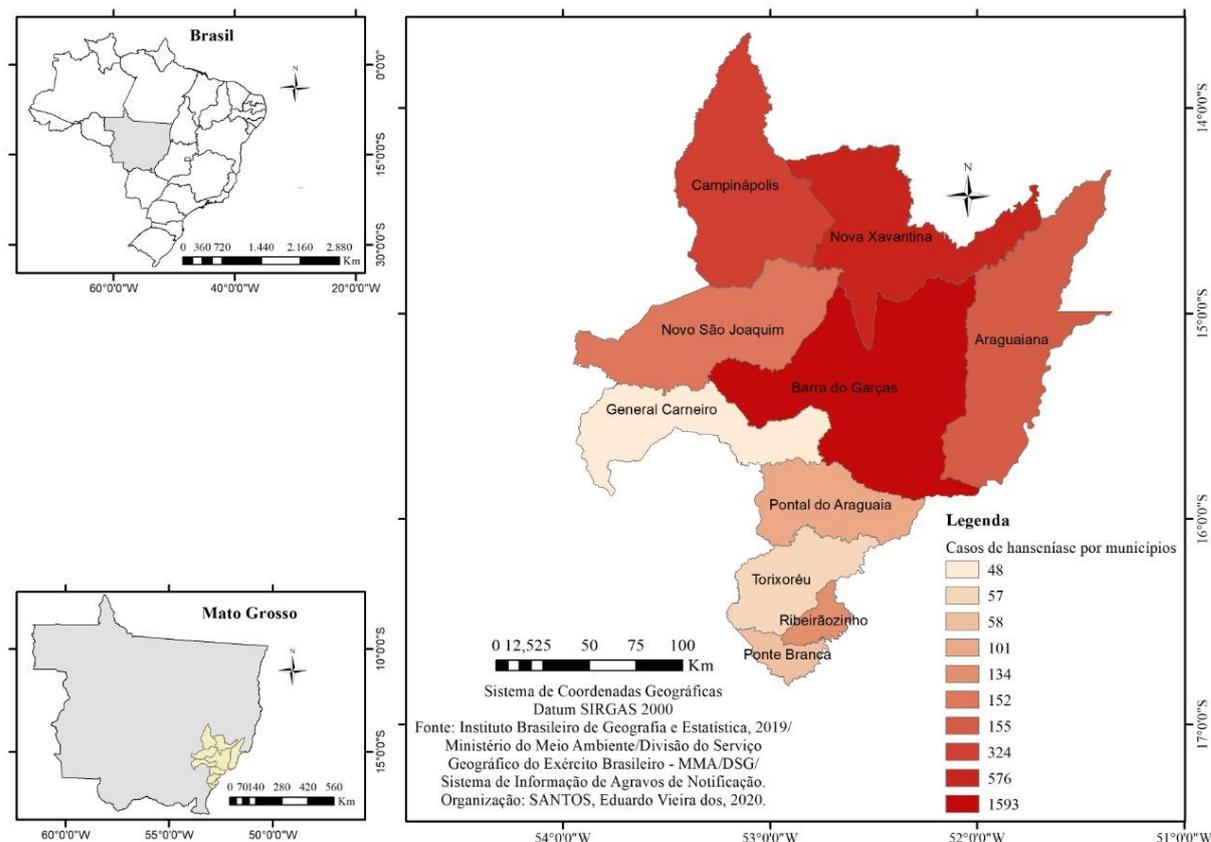
Segundo Oliveira (2014), o Brasil aponta para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, muito embora os indicadores epidemiológicos mostrem situações diferenciadas entre as regiões, variando de hiper a baixa endemia. No entanto, em qualquer das situações epidemiológicas, as incapacidades continuam sendo risco aos pacientes e desafios para as equipes de saúde, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dos casos são a forma mais eficaz de prevenir incapacidades na Hanseníase.

A implantação dos esquemas poliquimioterápicos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para todos os tipos de Hanseníase iniciou-se em 1986. Em 1990, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do MS (DNDS/MS) oficializa a utilização dos esquemas para todo o país. Antes da descoberta do tratamento da doença com a poliquimioterapia. Esse conjunto de medicamentos (rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada) mata o bacilo, evita a evolução da doença e previne as incapacidades e deformidades decorrentes dela, levando à cura. Quando o paciente inicia o tratamento, a transmissão da doença é interrompida. A administração do medicamento é realizada, de acordo com a classificação operacional: paucibacilar ou multibacilar. Para o esquema Paucibacilar (PB) é utilizada uma combinação de rifampicina e dapsona, acondicionados numa cartela. No esquema Multibacilar (MB) é utilizado uma combinação de rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados numa cartela. E o medicamento é distribuído gratuitamente nas unidades de saúde. (BRASIL, 2002).

No mapa 2, averiguou-se no mapa de distribuição do número de casos novos de Hanseníase de 2000 a 2020 na área de estudo.

Averiguou-se no mapa 2 a predominância do município de Barra do Garças, seguido de Nova Xavantina e Campinápolis, sendo estes municípios com os maiores valores de casos, e posteriormente para os demais municípios as notificações diminuem, porém, ficando acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, para considerar controlada a transmissão da doença.

Mapa 2: Mapa de distribuição dos números de casos novos de Hanseníase nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Elaboração: Eduardo Vieira Santos, (2020).  
 Fonte: SINAN, (2021).

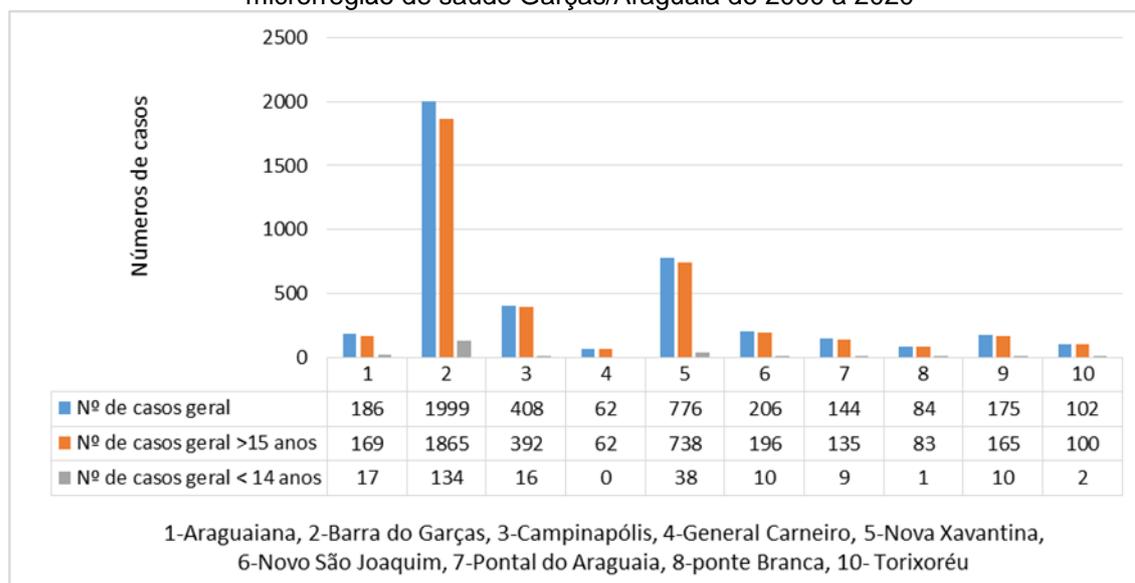
A realidade atual do Programa ainda persiste no modelo de atenção aos portadores de deficiências/incapacidades provocadas pela hanseníase com atendimento realizado pelas equipes “da hanseníase” nas policlínicas/centros de referências. O acesso do usuário do SUS aos centros públicos de reabilitação e escasso e, muitas vezes, inexistente.

De acordo com Martins; Silva (2011), a realidade atual do Programa ainda persiste no modelo de atenção aos portadores de deficiências/incapacidades provocadas pela hanseníase com atendimento realizado pelas equipes “da hanseníase” nas policlínicas/centros de referências. O acesso do usuário do SUS aos centros públicos de reabilitação e escasso e, muitas vezes, inexistente.

Ao longo do período analisado, aconteceram casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno, sendo que 669 casos foram descartados por falta de informação no preenchimento da planilha do SINAN.

Visualizou-se uma variação dos números de casos geral, >15 anos e <14 anos e de Hanseníase ao longo do período analisado, os valores diminuíram nos últimos 10 anos, porém os números ainda são bem expressivos (Gráfico 2). O município de Barra do Garças, e Nova Xavantina se destacaram com as maiores quantificações e os demais municípios, conseqüentemente os valores são menores.

Gráfico 2: Número de casos de Hanseníase geral, em menores de 15 anos nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



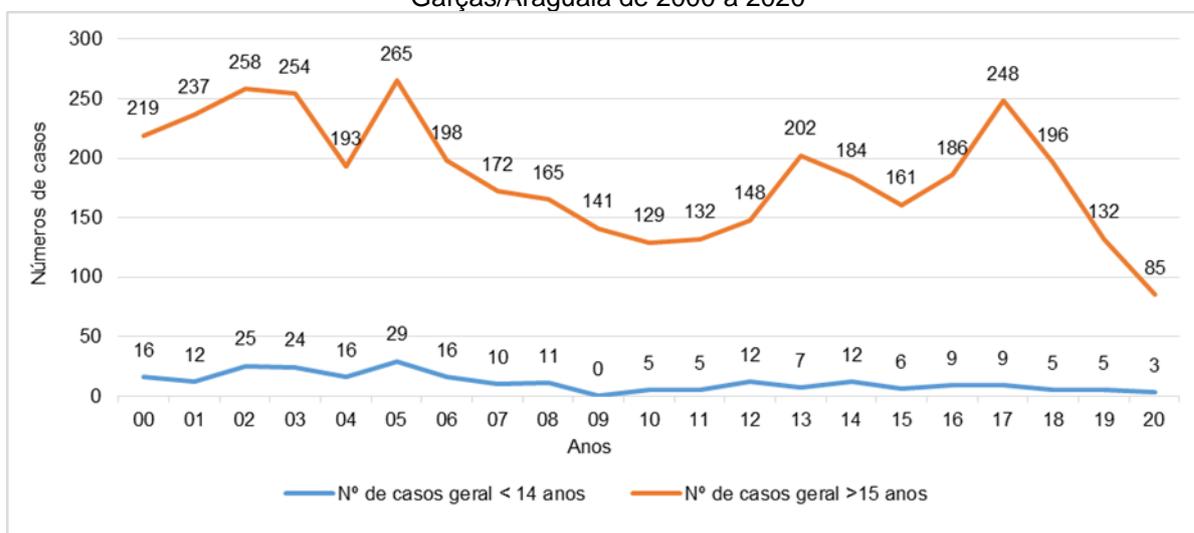
Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Observou-se no Gráfico 3 que o número de casos de Hanseníase geral, em menores de 14 anos e maiores de 15 anos no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020, entre os anos de 2000 a 2005, se destacaram com valores altos, onde a maior quantidade aconteceu no ano de 2005 com 265 notificações para > de 15 anos e < 14 anos com 29 casos.

A partir do ano de 2006 até o ano de 2010, as quantidades diminuem de 198 > de 15 anos e < 14 anos com 16 casos no ano de 2006 e para o ano 2010 confirmou-se 129 >15 anos e < 14 anos 0, registro no ano de 2009. De 2011 até o ano de 2019 as quantidades voltam a crescerem para os casos >15 anos foi de 248 casos no ano de 2017 e em contrapartida números diminuíram para os casos < 14 anos chegando a 3 registros no ano de 2020.

Um detalhe que nos chamou atenção foi que no ano de 2020 os casos de >15 anos somaram 85 agravos. Notou-se que aconteceu uma grande variação na quantidade de casos de 2000 a 2020.

Gráfico 3: Número de casos de Hanseníase nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Conforme analisado anteriormente verificou-se que a maioria dos municípios mato-grossenses se apresentam hiperendêmicos, com taxa de prevalência que varia de 0 a 142,3 casos por 10.000 habitantes (MATO GROSSO, 2019). Nessa perspectiva, a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022 traz a proposta de trabalhar com todos os municípios brasileiros em detrimento de municípios prioritários. Buscou-se alocar os municípios em grupos, considerando suas características epidemiológicas e operacionais (BRASIL, 2019).

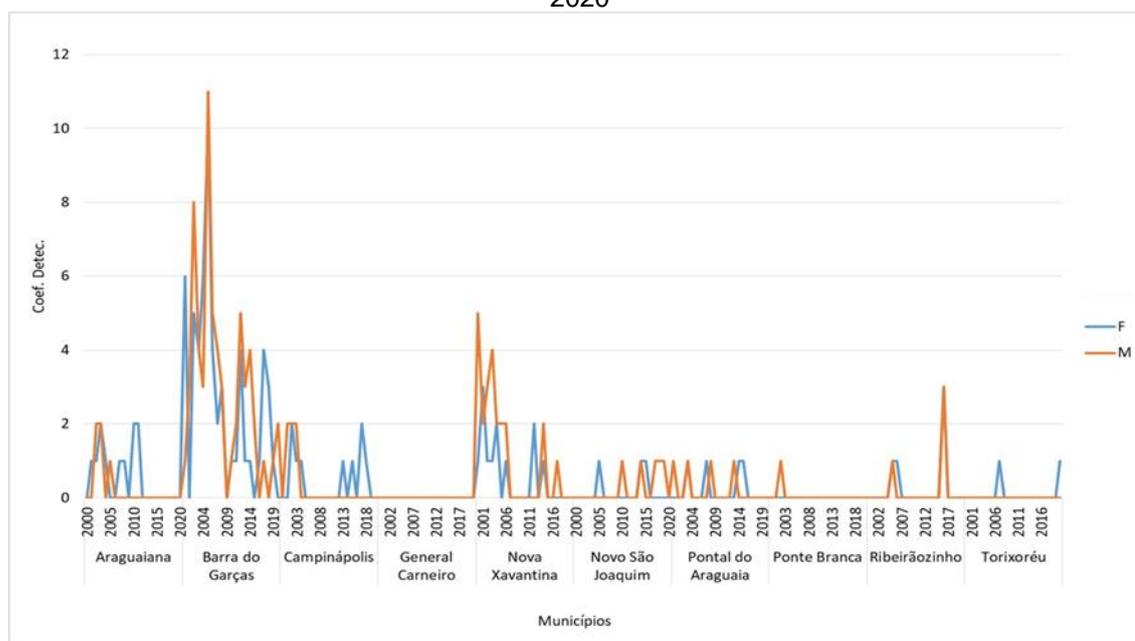
O referido plano foi lançado em janeiro de 2018 e prevê ações para serem realizadas no período de 2018 a 2020, com isso as ações, campanhas e acompanhamento dos casos de Hanseníase, fez com que os registros diminuíssem de forma significativa (MATO GROSSO, 2018).

De acordo com (BRASIL, 2009b), a redução de casos em menores de 15 anos é uma prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, pois a detecção de casos nessa faixa etária tem relação com a doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da Hanseníase.

Em sequência para a realização do cálculo do coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos (Gráfico, 4), foi utilizado o número de casos em cada ano, de acordo com os dados do SINAN e a quantidade de habitantes do IBGE, de acesso gratuito no DATASUS para 100 mil Hab. Que de acordo com Brasil (2010), os coeficientes de detecção podem ser classificados para avaliação dos níveis de endemicidade em menores de 15 anos considera-se Hiperendêmico > 10,00/100.000 hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 /100.000 hab. Alto: 2,50 a 4,99 /100.000 hab. Médio: 0,50 a 2,49 /100.000 hab. Baixo: < 0,50/100.000hab.

Observou-se no (Gráfico, 4), o coeficiente de detecção de anual de casos de Hanseníase geral, em menores de <15 anos por 100 mil habitantes no município de Barra do Garças e nos municípios da microrregião da saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020. Evidenciou-se que, de acordo com a classificação dos coeficientes de detecção para avaliação dos níveis de endemicidade em menores de <15 anos considerou-se o município de Barra do Garças, como Hiperendêmico, Muito Alto, Alto e permaneceu em Médio. Já o município de Nova Xavantina foi classificado como Muito Alto, Alto, Médio e finalizou-se em Baixo.

Gráfico 4: Coeficiente de detecção de anual de casos de Hanseníase geral, em menores de <15 anos por 100 mil habitantes nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).

Fonte: SINAN, (2021).

No município de Ribeirãozinho este foi classificado como Médio e Baixo. Constatou-se que ocorreu um empate técnico entre os municípios de Araguaiana e Campinápolis onde ambos iniciaram a série classificados como médio e finalizaram em Baixo. Com isso os municípios de Novo São Joaquim, Pontal do Araguaia, Torixoréu e Ponte Branca, ficaram classificados como Médio e Baixo. Enquanto apenas o município de General Carneiro, foi classificado como Baixo ao longo da análise efetuada. Assim demonstrou-se a transmissão ativa e recente da Hanseníase na microrregião da saúde Garças/Araguaia.

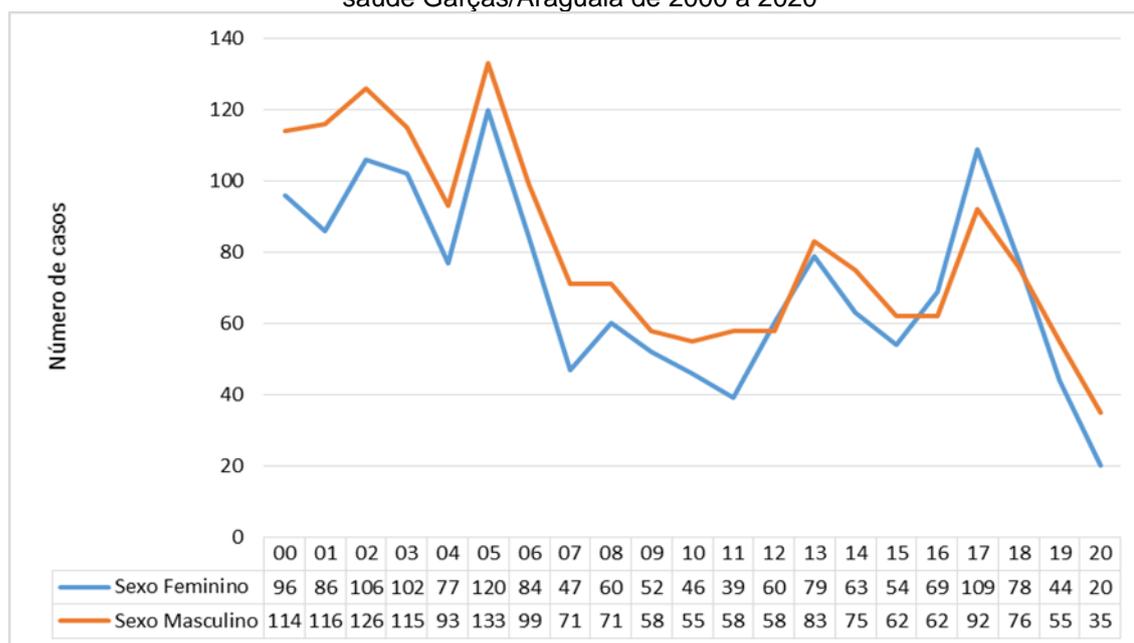
MATO GROSSO, (2019), afirma que no final de 2017, a taxa de detecção foi de 105,2/100.000 habitantes com registro de 3.477 casos novos da doença e na população menor de 15 anos, foram registrados 184 casos novos da doença, com taxa de detecção de 22,5/100.000 habitantes, Em 2018, os dados parciais registram 4.714 casos novos da doença, com taxa de detecção de 137,0/100.000 habitantes, sendo que na população menor de 15 anos foram notificados 198 casos novos, com prevalência de 24,3/100.000 habitantes

Outro detalhe que nos chamou a atenção em análise dos casos novos de Hanseníase, ocorridos na microrregião da saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020, foi a quantidade de casos em pessoas do sexo masculino onde este apresentou um total de 1.707 sendo (54%) registros e para o sexo Feminino foi 1.491 com (46%) das confirmações (Gráficos, 5).

Ainda com referência ao (Gráfico, 5) que no ano de 2005, as pessoas do sexo masculino somaram 133 casos, e posteriormente os números diminuem. Quanto as pessoas do sexo feminino, as confirmações também são altas, onde também no ano de 2005 foi registrado 120 notificações, e no ano de 2011, registrou-se 39 casos e na sequencia voltou a crescer e no ano de 2017 para início de 2018, anotou-se 109 casos, sendo este um valor elevado, enquanto isso o sexo masculino confirmou-se com 92 registros. Posteriormente já para o ano de 2018, mediante a uma intensa atenção para as pessoas acometidas de Hanseníase, tratamento, sensibilização e campanhas educativas os números diminuíram para ambos os sexos. Mas novamente prevalecendo os maiores valores para as pessoas do sexo masculino.

Os Casos novos de Hanseníase por faixa etária no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020, visualizou-se que a faixa etária com a maior valor foi de 35 a 49 anos com 965 registros, 50 a 64 com 776 acontecimentos, 20 a 34 com 757, 65 a 79 com 419 confirmações, 15 a 19 com 157 agravos, 10 a 14 com 131 quantidades, 5 a 9 com 65 ocorrências, 1 a 4 com 65 comprovações e finalmente menor de 1 com 1 caso.

Gráfico 5: Número de casos novos de Hanseníase segundo sexo nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020

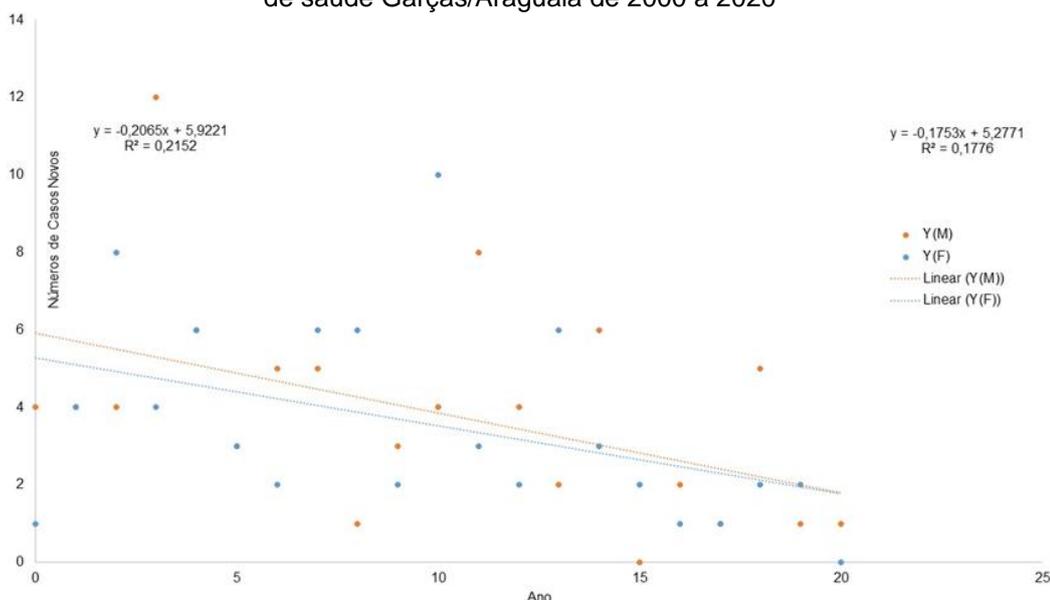


Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Notou-se que as maiores confirmações dos agravos acometeram as faixas etária 35 a 49 e 20 a 34 anos, sabemos que nestas idades as pessoas são bem ativas. Barra et al (2005), mostrou que uma maior incidência ocorreu na faixa etária de 35 a 44 anos, seguido de outras faixas etárias.

No gráfico 6, evidenciou-se a taxa de casos novos de Hanseníase segundo sexo nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020, analisou-se que conseqüentemente os números de casos diminuíram em ambos os sexos masculino com -20% e o feminino com -17%.

Gráfico 6: Taxa de casos novos de Hanseníase segundo sexo nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

A linha de tendência indica de fato uma redução da taxa na microrregião de saúde Garças/Araguaia entre os sexos.

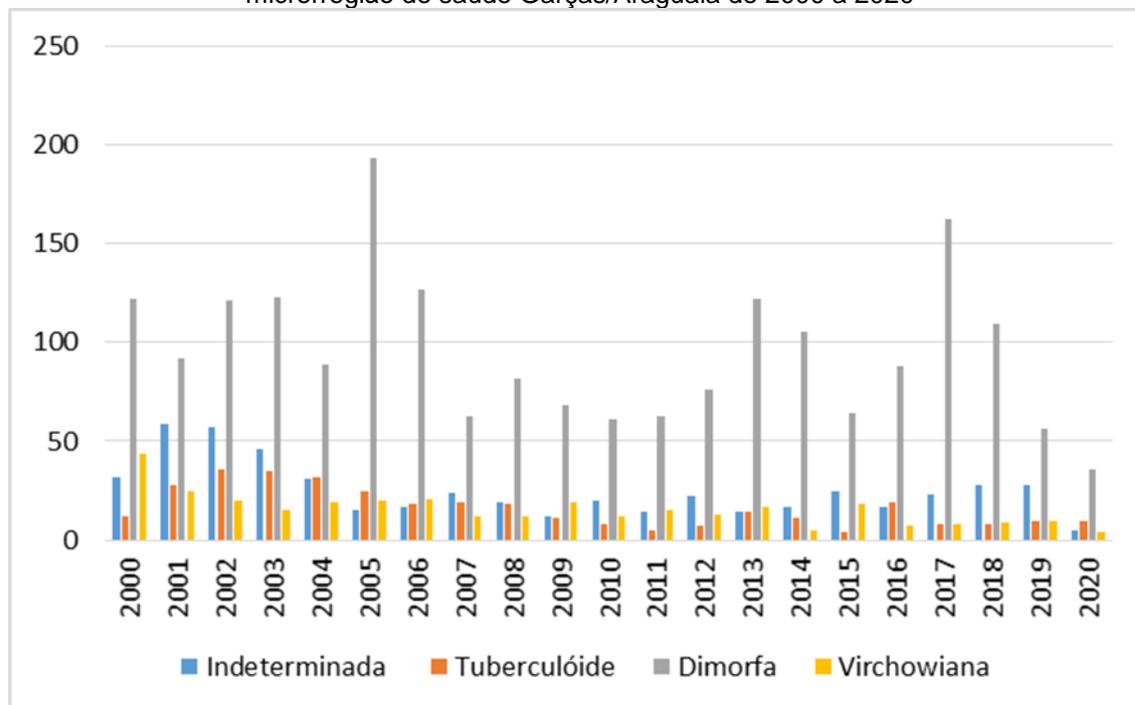
A forma clínica que se destacou com as maiores ocorrências ao longo do período analisado foi a Dimorfa, esta apresentou os maiores valores, onde no ano de 2000 quantificou-se 122 agravos e no ano 2005 a mesma registrou 193 casos e no decorrer dos anos ela oscila para números menores, e no ano de 2017 os valores aumenta para 162 casos totalizando 2.022 (63%) dos registros. Na sequência a forma clínica indeterminada se apresentou com a segunda forma expressiva somando-se 525 (16%) casos, seguida da Tuberculóide com 338 (11%) confirmações e finalmente em último lugar a Virchowiana com 325 (10%) ocorrências. Como é constado no (Gráfico 7), para ambas as formas clínicas, estas mesmas variam ao longo do período analisado.

Dentro do espectro da doença, esta forma Clínica Dimorfa está caracterizada por instabilidade imunológica, e caminha entre os pólos tuberculóide e virchowiano. Devido ao grande contingente de pacientes neste grupo, esta forma clínica, representa destacada parte do espectro, sendo relevantes, também, a frequência e gravidade dos danos neurais, responsáveis por incapacidades e deformidades na hanseníase (SOUZA, 1997).

A forma clínica Dimorfa *borderline* é a mais instável dentro do espectro. Em geral, numerosas lesões cutâneas, que tendem à distribuição simétrica, de diversos tipos e dimensões, estão presentes no mesmo paciente. Máculas, pápulas e placas, de tamanhos variados, podem mostrar desde margens bem definidas, em algumas áreas, até margens pobremente demarcadas, em outras, revelando o aspecto geográfico ou o aspecto polimórfico das lesões (PFALTZGRAFF; BRYCESON, 1985). Notou-se que a forma clínica Dimorfa e Virchowiana, trata-se do desenvolvimento da doença em indivíduos

que não apresentam resistência a Tuberculóide e um indicativo da expansão da endemia (LOMBARDI et al 1990). Com relação à forma clínica indeterminada é a forma inicial da doença.

Gráfico 7: Número de casos novos de Hanseníase de acordo com a forma clínica nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Notou-se o número de casos novos de Hanseníase de acordo com a forma clínica por sexo no município de Barra do Garças e nos municípios da microrregião da saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020, o sexo masculino se destacou em primeiro lugar com 1.100 casos na forma clínica Dimorfa e na indeterminada o sexo feminino superou com 286 agravos, contra 239 registros do sexo masculino. Com isso em segundo lugar para o sexo feminino na forma clínica Dimorfa, que se apresentou com 922 confirmações e na sequência da explicação a forma clínica Virchowiana o sexo masculino novamente se expressou em destaque com 229 ocorrências e já para para sexo feminino o valor foi de 89 comprovações. O sexo feminino superou nas quantidades de casos na forma clínica Tuberculóide, que se destacou com 194 registros, e em segundo lugar o sexo masculino com 139 agravos.

Com relação à classificação operacional ocorreu a prevalência da multibacilar com 79% e paucibacilar com 21%. A representação esquemática de formas clínicas, multibacilar e paucibacilar, da hanseníase, quanto ao aspecto e distribuição das lesões no diagnóstico, as maiores quantidades aconteceram na multibacilar e foi para o sexo masculino somando-se 1.547 registros e 1.209 notificações para o sexo feminino. Enquanto isso na classificação operacional paucibacilar o sexo feminino se destacou em primeiro lugar com 406 casos e em seguida o sexo masculino se apresentou com 310 comprovações.

Para Lombardi et al. (1990), lembra que o predomínio das formas multibacilares sugere-se que esteja ocorrendo diagnóstico tardio. Com isso esses resultados podem ser vistos como um indicativo de estabilização da doença ou tendendo a uma situação de baixa prevalência. As formas multibacilares-MB são caracterizadas como contagiantes, quando não diagnosticadas e/ou tratadas, vão eliminar bacilos para o meio e disseminar a doença, mantendo assim a cadeia de transmissão (LOMBARDI et al. 1990).

No momento do diagnóstico predominou o grau de incapacidade 0 (77%) para ambos os sexos, o sexo masculino se destacou com 1.068 registros e o feminino com 1.018 casos. No grau de incapacidade 1, o percentual foi de 19% do qual acumulou-se 299 comprovações para o sexo masculino e 221 casos para o sexo feminino. Em observação a este indicador, em questão o grau 2 de incapacidade teve uma equivalência de 4%, sendo 68 registros foram para o sexo masculino e 45 confirmações estiveram

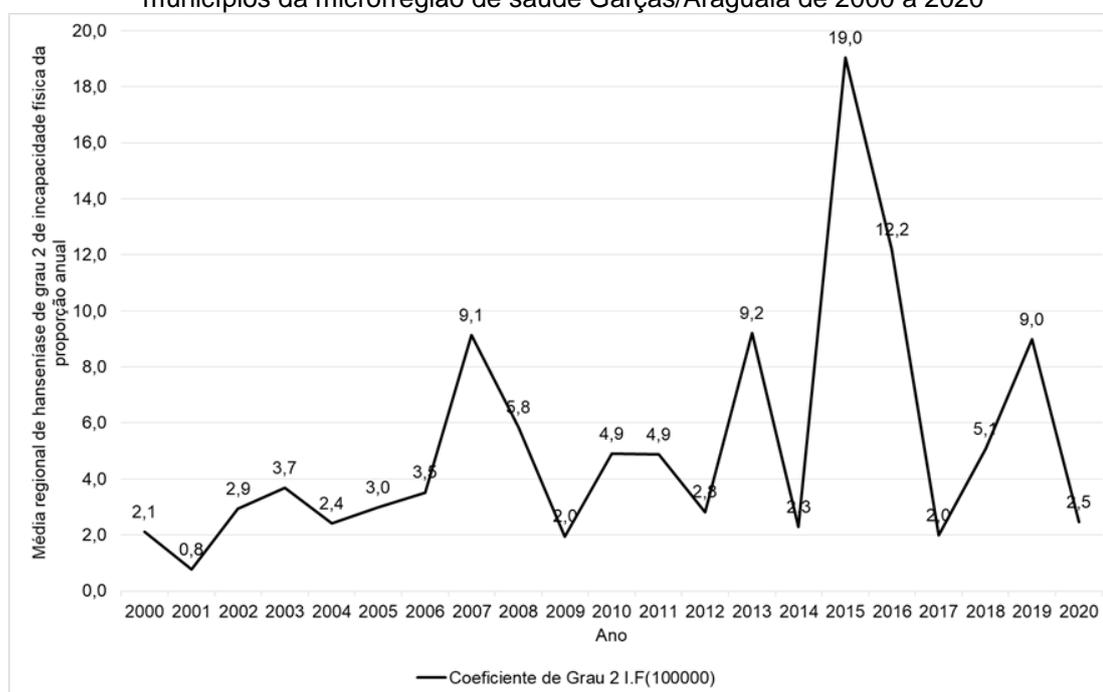
presentes no sexo feminino. É importante ressaltar que o predominou o sexo masculino para o grau de incapacidade 0, 1 e 2.

O Grau de incapacidade avaliado na cura nos casos novos de Hanseníase no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020, ainda permaneceu o grau 0 com (84%), grau 1 (12%) e finalmente o grau 2 com 4%.

Constatou-se que o grau de incapacidade avaliado na cura por sexo, que ainda prevaleceu o sexo masculino para os graus 0, 1 e 2 com os maiores números de casos. Observou-se que o grau 0 e 1, foi constatado no momento do diagnóstico tanto como na cura.

Averiguou-se no Gráfico 8 a oscilação da doença ao longo do período estudado, onde os valores iniciam no ano de 2000 com 2,1 de média de proporção de grau 2 de incapacidade física e no ano de 2007 chegou a 9,1 variando novamente e no ano de 2015 atingiu o seu maior valor com 19,0 posteriormente os números diminuem gradativamente chegando a 2,5 de média no final do ano 2020.

Gráfico 8: Proporção de casos novos de Hanseníase com grau 2 de incapacidade no diagnóstico nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

A tabela 1, referente a proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados com indicador no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020.

Analisou-se que a partir do ano 2000 até 2004 ficou considerado com baixo, já para o ano de 2005 e 2006 foi médio, e em seguida 2007, baixo; 2008 alto; 2009 médio; 2010 baixo; 2011 médio; 2012 alto; 2013 a 2017, 2019, 2020 foi médio e para o ano 2018 foi baixo.

Assim, torna-se necessário avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce dos casos e, diante desta análise, identifica-se que, mesmo em baixa proporção, ainda são diagnosticados novos casos de hanseníase tardiamente (MATO GROSSO, 2019).

Diante das análises entre do Gráfico 8 e na tabela 1, ficou constado que no município de Barra do Garças e os municípios da microrregião da saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020, ficaram classificados com médio, ou seja, houve um aumento de detecção de casos novos de Hanseníase na área pesquisada.

Tabela 1: Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados com indicador no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020

Ano	Indicador	Ano	Indicador
2000	Baixo	2011	Médio
2001	Baixo	2012	Alto
2002	Baixo	2013	Médio
2003	Baixo	2014	Médio
2004	Baixo	2015	Médio
2005	Médio	2016	Médio
2006	Médio	2017	Médio
2007	Baixo	2018	Baixo
2008	Alto	2019	Médio
2009	Médio	2020	Médio
2010	Baixo		

Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Averiguou-se que mediante ao exposto anteriormente o município de Barra do Garças-MT, se destacou em primeiro lugar com as maiores quantidades e porcentagens de casos com Grau de Incapacidade Física 0 e 1 em pessoas acometidas pela Hanseníase e, em especial os indivíduos portadores de escolaridade no ensino fundamental, médio/superior e os analfabetos com os menores valores (Tabela, 2).

Com isso em ordem de valores e porcentagens preocupantes se apresentaram os municípios em 2º o município de Nova Xavantina; 3º Campinápolis; 4º Novos São Joaquim; 5º Ribeirãozinho; 6º Araguaiana; 7º General Carneiro; 8º Pontal do Araguaia; 9º Ponte Branca e Torixoréu-MT.

Ressalta-se que diante dos dados apresentados na tabela 2, chamou atenção para cuidados com a Hanseníase e que a mesma está em transmissão ativa na microrregião da saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020, e que as pessoas acometidas pela doença já possuem escolaridade, sendo as pessoas portadores do ensino fundamental, estas apresentaram em primeiro lugar Grau 0 de incapacidade física, com um valor de 1.375; Grau 1 com 455 e Grau 2 95 notificações.

Tabela 2: Grau de Incapacidade Física 0,1,2 e a escolaridade nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020

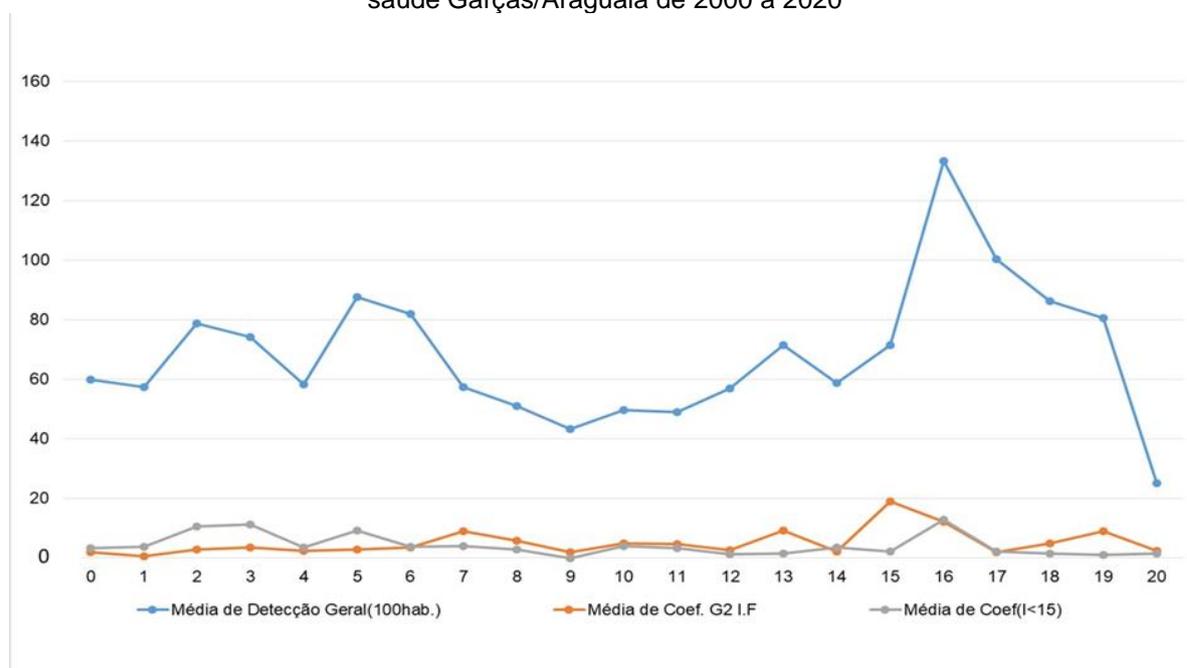
Município Residência	Escolaridade																	
	Analfabeto						Ensino Fundamental						Ensino Médio / Superior					
	G 0	%	G 1	%	G 2	%	G 0	%	G 1	%	G 2	%	G 0	%	G 1	%	G 2	%
BARRA DO GARÇAS	70	43,2	12	17,1	7	30,4	629	45,7	216	47,5	44	46,3	359	51,4	71	45,8	10	50,0
NOVA XAVANTINA	31	19,1	20	28,6	4	17,4	290	21,1	72	15,8	21	22,1	132	18,9	32	20,6	7	35,0
CAMPINÁPOLIS	24	14,8	8	11,4	2	8,7	131	9,5	22	4,8	1	1,1	89	12,7	7	4,5	0	0,0
NOVO SÃO JOAQUIM	9	5,6	8	11,4	9	39,1	81	5,9	27	5,9	6	6,3	16	2,3	2	1,3	1	5,0
RIBEIRÃOZINHO	9	5,6	3	4,3	0	0,0	52	3,8	15	3,3	9	9,5	32	4,6	9	5,8	1	5,0
ARAGUAIANA	6	3,7	8	11,4	0	0,0	67	4,9	32	7,0	5	5,3	27	3,9	14	9,0	0	0,0
GENERAL CARNEIRO	5	3,1	0	0,0	0	0,0	47	3,4	2	0,4	0	0,0	5	0,7	0	0,0	0	0,0
PONTAL DO ARAGUAIA	3	1,9	0	0,0	1	4,3	30	2,2	28	6,2	4	4,2	25	3,6	9	5,8	0	0,0
PONTE BRANCA	3	1,9	1	1,4	0	0,0	25	1,8	10	2,2	3	3,2	7	1,0	4	2,6	0	0,0
TORIXORÉU	2	1,2	10	14,3	0	0,0	23	1,7	31	6,8	2	2,1	7	1,0	7	4,5	1	5,0
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>1375</b>	<b>100</b>	<b>455</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>699</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Na sequência as pessoas acometidas do ensino médio/superior, se apresentaram com Grau 0 (699); com Grau 1 (155) e com Grau 2 (20) casos. Já os analfabetos se expressaram com Grau 0 (162); Grau 1 (70) e Grau 2 (23) quantidades.

Mediante a situação de diagnóstico da doença Hanseníase na microrregião da saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020, seguindo as orientações de Brito et al (2016) e com a finalidade de se identificar a transmissão ativa e recente da doença, fez uso da Média de Detecção Geral para 100 mil hab. Média de Coeficiente Grau 2 Incapacidade Física e a Média de Coeficiente Infecção em menores <15 anos para ambos os sexos. Observou-se que a variação dos coeficientes de grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico e os casos novos em <15 anos (Gráfico 9), iniciou no ano 2000, com médias de detecção geral com 60 casos em média.

Gráfico 9: Variação dos coeficientes de casos novos de Hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico e o coeficiente em menores de <15 anos nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: SINAN, (2021).

Ainda explicando o Gráfico 9, averiguou-se que a Média de Coeficiente Grau 2 Incapacidade Física, iniciou-se com o valor de 2 casos no ano de 2000 e chegou-se no ano de 2016 com 13 e finalizou-se no ano de 2020 com 2 casos. Com referência à Média de Coeficiente Infecção em menores <15anos também se iniciou o ano de 2000 com 2 casos de média, oscilou-se durante vários anos, mas no ano de 2016 aumenta para uma média de 13 casos e logo em seguida os valores diminuem até o ano de 2020.

Constatou-se que ao longo do período estudado, taxa anual de detecção para casos novos o município de Ponte Branca se destacou em primeiro lugar com 17,6 casos o município de Ponte Branca; Ribeirãozinho (11,7); Torixoréu (1,2); Campinápolis (0,7) e apresentando valores negativos foram Araguaiana (-4,8); Barra do Garças (-4,4); Pontal do Araguaia (-3,2); Nova Xavantina (-2,2); Novo São Joaquim (-0,6) e General Carneiro (-0,2), então, notou-se que houve aumento considerável nos dois últimos anos e em uma análise regional, verificou que a região da saúde de Barra do Garças que apresentam níveis considerados hiperendêmicos com destaque especial para os municípios de Ponte Branca e Ribeirãozinho Gráfico 10.

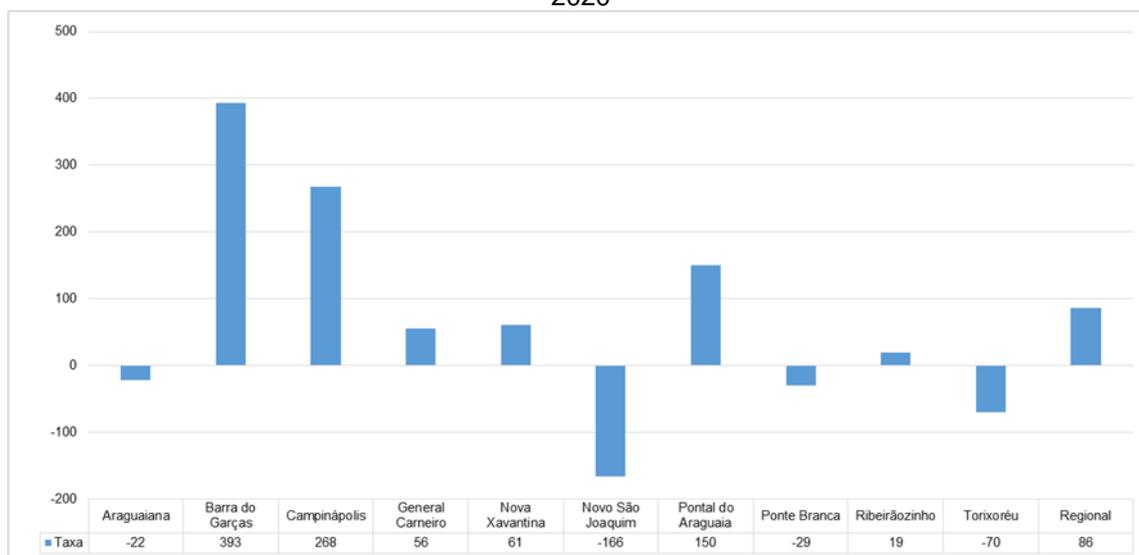
No Gráfico 10 averiguou-se a taxa da população nos municípios da microrregião Garças/Araguaia de 2000 a 2020. O município de Barra do Garças, Campinápolis, Pontal do Araguaia, Nova Xavantina, General Carneiro e Ribeirãozinho tiveram um crescimento populacional ao longo do período estudado. Em contrapartida os municípios Novo São Joaquim, Torixoréu, Ponte Branca e Araguaiana, tiveram

uma redução na taxa da quantidade populacional. Constatou-se que ocorreu uma redução populacional na região da saúde de Barra do Garças, mesmo que regionalmente o crescimento e de 86 pessoas.

Comparando a taxa de redução populacional (Gráfico 10) com a taxa de casos novos no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020 (Gráfico 6), analisou-se que consequentemente os números de casos diminuíram em ambos os sexos masculino com -20% e o feminino com -17%.

O objetivo maior das ações de controle da doença é o diagnóstico precoce, sendo esperado um predomínio da forma clínica indeterminada, pois, segundo Gomes et al. (2005), em algumas áreas onde a hanseníase foi considerada eliminada, houve aumento no grau de incapacidades.

Gráfico 10: Taxa da população nos municípios da microrregião de saúde Garças/Araguaia de 2000 a 2020



Organizador: Romário Rosa de Sousa, (2021).  
Fonte: DATASUS, (2021).

Evidenciou-se a porcentagem de pessoas acometidas com hanseníase de acordo com a raça no município de Barra do Garças e nos municípios do entorno de 2000 a 2020. A parda com 45%; Branca 38%; Preta 15%; Amarela 2% e Indígena 0%. Com isso constatou-se que a doença hanseníase na área de estudo tem acontecido as maiores quantidades nas pessoas das raças parda e branca.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hanseníase se constitui em uma endemia a mais no Estado de Mato Grosso, e em específico na Microrregião de Saúde Garças/Araguaia, aliás hiperendemia.

Os coeficientes anuais de detecção foram altos, acima dos 10 casos por 100 mil habitantes, que é o preconizado pela Organização Mundial da Saúde, para considerar controlada a transmissão da doença, observou-se os valores bem acima do indicado para ambos os sexos feminino ou masculino.

Visualizou-se uma variação dos números de casos geral, >15 anos e <14 anos e de Hanseníase ao longo do período analisado, os valores diminuíram nos últimos 10 anos, porém os números ainda continuam altos.

As políticas e as ações de prevenção e controle da Hanseníase se mostram fragmentadas e insuficientes, não sendo capazes de interromper a transmissão, nem de prevenir as incapacidades físicas dos indivíduos acometidos pela doença. Mas, não é só isso, há uma determinação social que também explica a persistência de focos territoriais da hanseníase na microrregião da saúde Garças/Araguaia.

É certo que a hanseníase é uma doença incapacitante que causa grande prejuízo para as atividades da vida diária e as relações interpessoais. O sofrimento ultrapassa a dor e o mal-estar físico, com grande impacto social e psicológico. Diante deste fato, o paciente e a doença devem tratados com abordagem multidisciplinar e ações que visem não só o controle da transmissão, mas também a

prevenção de incapacidades. Deste modo, deve-se estimular não só a adesão ao tratamento, mas também o combate ao estigma social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo, propiciando mais dignidade aos que são acometidos pela doença.

A efetivação do direito universal à saúde como princípio de cidadania que o SUS promete não se dará sem a superação de um serviço de saúde fragmentado, desarticulado, pouco resolutivo que desvaloriza a atenção básica em favor de uma atenção à saúde centrada em procedimentos voltados às condições e eventos agudos (urgência e emergência), centrado no médico e no hospital.

É preciso construir uma verdadeira rede de atenção à saúde que tenha o cidadão como centro e, coordenada pela Atenção Básica, articulada como os demais níveis de atenção do sistema, e ainda, incorporando a Vigilância e a Promoção em Saúde com estratégias intersetoriais, articulando as políticas de saúde com as demais políticas públicas, sociais, econômicas e ambientais. Nessa perspectiva, as ações de Vigilância também devem ser coordenadas pela Atenção Básica e não ser desenvolvida com ações isoladas, baseadas em campanhas.

Mas as ações de vigilância e prevenção da hanseníase devem ser desenvolvidas com o apoio intersetorial, do setor econômico, social, ambiental, considerando a determinação social da saúde. Também, balizados pelos paradigmas da promoção da saúde, as ações de prevenção e controle da doença devem buscar apoio nas instituições da sociedade, no território, por meio da mobilização social.

Com isso, será possível realizar com efetividade, busca ativa, diagnóstico precoce, profilaxia e desenvolver a co-responsabilização entre governo e comunidade, garantindo a resolutividade das ações.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H.; RAMOS, A. N.; DOS SANTOS, E. S.; RICHTER, J.; HEUKELBACH; J. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: focus on different spatial analysis approaches. **Trop Med Int Heal**, v. 17, p. 518-25, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02945.x>
- ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (Orgs). **Hanseníase: avanços e desafios**. NESPROM/UnB. Brasília - DF: 2014. 494p.
- BARRA, D. C. C.; LANZONI, G. M. M.; MALISKA, I. C. A.; SEBOLD, L. F.; MEIRELLES, B. H. S. (2005). Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, 23(6), 831- 836. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600018>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase – 2019 – 2022**. Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE). Brasília. 2019.
- BRASIL. **Epimiológica e morbidade. Hanseníase 2017**. Ministério da Saúde. DATASUS. Informação em Saúde. Disponível em [www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752). Acesso em 31/07/2020.
- BRASIL. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília-DF, 2016.
- BRASIL. **Relatório de Gestão 2009 a 2010**. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH. Brasília: 2011a. 90p.
- BRASIL. **Portaria 2.556, de 28 de outubro de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília: 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556\\_28\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556_28_10_2011.html) (Acesso em: 03/08/2020).
- BRASIL. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS**. 2009. Informações de saúde: taxa de detecção da hanseníase. Brasil, 2009b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/d03.def> acessado em 13/03/2021.
- BRASIL. **Guia para o controle da Hanseníase. Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde Brasília: 2002.

- BRASIL. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Brasília: 2001.
- BRASIL. Guia para o Controle da Lepra. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**; 28:40-50, 1960.
- BRITO, A. L.; MONTEIRO, L. D.; JUNIOR, A. N. R.; HEUKELBACHI, J.; ALENCAR, C. H. Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. **Revista Brasileira Epidemiologia** Jan-Mar 19(1): 194-204, 2016. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010017>
- CASTRO, S. S. DE; SANTOS, J. P. P.; ABREU, G. B.; OLIVEIRA, V. R.; FERNANDES, L. F. R. M. Leprosy incidence, characterization of cases and correlation with household and cases variables of the Brazilian states in 2010. **Anais... Bras Dermatol**, v. 91, p. 28-33, 2016. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164360>
- CROSBY, A. W. The Columbian Exchange. Biological and Cultural Consequences of 1492. **Westport**. Connecticut: 1972.
- FERREIRA, S. B; IGNOTTI, E.; GAMBA, M. A. Recidivas de casos de hanseníase no Estado de Mato Grosso. **Rev Saúde Pública** 44(4): 1-7. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400008>
- GOMES, C. C. D.; PONTES, M. A. A.; GONÇALVES, H. S.; PENNA, G. O. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol**. n.80 supl v. 3. p.283- 288. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962005001000004>
- LOMBARDI, C.; FERREIRA, J.; MOTTA, C. P.; OLIVEIRA. M. L. W. R. **Hanseníase: epidemiologia e controle**. São Paulo (SP): IMESP/SAESP; 1990.
- MACIEL, L. R.; FERREIRA I.N. A presença da hanseníase no Brasil – alguns aspectos relevantes nessa trajetória. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (Orgs). **Hanseníase avanços e desafios**. Brasília: NESPRON, 492. p. 19 - 40, 2014.
- MACHADO, L. M. G.; IGNOTTI, E.; SANTOS, E. S.; Distribuição espacial da hanseníase em Alta Floresta-MT, 2016 a 2018. In: IX – Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. **Anais...** 2019 p. 1-10.
- MATO GROSSO, Governo do Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. **Diagnóstico situacional da hanseníase em Mato Grosso**. Programa Estadual de Controle da Hanseníase Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica SVS/SES-MT. Cuiabá-MT. 2019.
- MATO GROSSO. Governador do Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estratégico de enfrentamento da hanseníase em Mato Grosso (2018-2020)**. Cuiabá-MT, 2018.
- MARTINS, M.V.P.S. & SILVA, T.S. Saúde pública e hanseníase na cidade de Uberlândia. **Observatorium**, 3(7):38-52, 2011.
- MUNOZ-SANCHEZ, A.I; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cienc. Saúde coletiva**. 12(2):319-324. 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>
- NASCIMENTO. H. B. A Lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento (1924-1941). **Dissertação (Mestrado)**, Cuiabá. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. 293p. 2001
- OLIVEIRA, C. R. Prevenção de incapacidades de hanseníase. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (Orgs). **Hanseníase avanços e desafios**. Brasília: NESPRON, 492. p. 259 – 266. 2014
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra**. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016. 21 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt>. Acesso em 31/07/2020.
- OPROMOLLA, D.V.A. História. In: **Noções de Hansenologia**. Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”. Ed. Hospital Lauro de Souza Lima: Bauru. 2000.

- RAMOS, J. R.; AN, HEUKELBACH, J.; GOMIDE, M.; HINDERS, D. C.; SCHREUDER P. A. M. Health systems research training as a tool for more effective Hansen's disease control programmes in Brazil. **Lepr. Rev.** 77(3):175-188. 2006. <https://doi.org/10.47276/lr.77.3.175>
- PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M. L. V. D. R.; PENNA, G. O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. **Lepr Rev.**, v. 80, p. 332-44, 2009. <https://doi.org/10.47276/lr.80.3.332>
- PRENDES, M. G. História de la lepra en Cuba. **Publicaciones del Museo Historico de las Ciencias Medicas "Carlos J. Finlay"**, p. 19-50, Habana: 1963.
- PFALTZGRAFF; BRYCESON A. Clinical leprosy. In: HASTING RC, ed. **Leprosy**, Churchill Livingstone, New York, p.134-176, 1985.
- SOUZA-ARAÚJO. **História da lepra no Brasil. Períodos colonial e monárquico (1500-1889)**. Rio de Janeiro. 1946.
- SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30: 325-334, jul./set. 1997. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v30i3p325-334>
- VIEIRA, S. **Introdução a bioestatística**. 3ª. Ed. São Paulo, 1998.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Weekly epidemiological record**. Geneva: 2018. 22 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217>. Acesso em 31/07/2020.