

HANSENÍASE NA BAHIA: PERSISTÊNCIA DA TRANSMISSÃO, DIAGNÓSTICO TARDIO E VULNERABILIDADE SOCIAL ENTRE 2020 E 2024

Camila Ribeiro¹, Maria Clara Oliveira¹

¹Curso de Medicina, Centro Universitário Afya, Salvador, Bahia, Brasil

E-mail do autor principal (Maria Clara Oliveira): maria.dinizoliveira@afya.com.br

Eixo Temático: Eixo 01 – Saúde

Categoria: Pesquisa Original

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, curável, que permanece endêmica no Brasil, com a Bahia figurando entre os estados de relevante carga da doença. **Objetivo:** Analisar a distribuição espacial e o perfil epidemiológico da hanseníase na Bahia, avaliando indicadores de vulnerabilidade, transmissão ativa e diagnóstico tardio entre 2020 e 2024. **Método:** Estudo ecológico, descritivo, com dados secundários e agregados de notificações de hanseníase na Bahia, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/TABNET), referentes ao período de 2020 a 2024, e de estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram calculadas as taxas de detecção por 100 mil habitantes nos dez municípios de maior número absoluto de casos, além da distribuição por sexo, faixa etária, modo de detecção e classificação operacional. Por se tratar de dados secundários e anonimizados, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Salvador concentrou o maior número absoluto de casos (1.156), porém apresentou a menor taxa de detecção por habitante (45,1/100 mil) entre os dez municípios analisados, enquanto Juazeiro (242,1/100 mil) e Barreiras (234,8/100 mil) lideraram o risco proporcional. Os homens corresponderam a 56,7% dos 10.464 casos notificados, e 97,0% ocorreram em pessoas com 15 anos ou mais. A classificação multibacilar respondeu por 77,0% dos casos, e o exame de contatos representou apenas 4,4% dos modos de detecção. Foram registrados 313 casos em menores de 15 anos. **Conclusão:** A hanseníase na Bahia mantém padrão de diagnóstico tardio e vigilância de contatos insuficiente, com risco proporcional concentrado em municípios de menor porte populacional do interior do estado, reforçando a necessidade de estratégias de busca ativa direcionadas a esses territórios.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Diagnóstico Tardio; Vulnerabilidade em Saúde; Vigilância Epidemiológica.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete primariamente a pele e os nervos periféricos. Apesar de dispor de tratamento eficaz e gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹, o Brasil permanece como um dos países de maior carga mundial da doença, ocupando a segunda posição em número

absoluto de casos novos². A detecção tardia dos casos favorece a manutenção da cadeia de transmissão e o desenvolvimento de incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis.

No Brasil, a hanseníase apresenta distribuição epidemiológica heterogênea, com concentração de casos em determinadas regiões e municípios, refletindo diferenças relacionadas às condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e capacidade de vigilância epidemiológica. Nesse contexto, a Bahia destaca-se como um dos estados brasileiros com importante ocorrência da doença, tornando necessária a análise de sua distribuição territorial e das características epidemiológicas dos casos notificados.

A avaliação da carga da hanseníase por meio de indicadores epidemiológicos permite compreender a magnitude da doença e identificar grupos populacionais mais afetados. Além da distribuição espacial, variáveis como sexo, faixa etária, classificação operacional, modo de detecção e ocorrência de casos em menores de 15 anos são relevantes para caracterizar o perfil da doença e avaliar aspectos relacionados à transmissão e ao diagnóstico.

Dessa forma, estudos epidemiológicos baseados em dados secundários contribuem para o monitoramento da hanseníase e para o direcionamento de estratégias de vigilância e controle, especialmente em cenários marcados por desigualdades sociais e territoriais.

OBJETIVO

Analisar a distribuição espacial e o perfil epidemiológico da hanseníase na Bahia, avaliando indicadores de vulnerabilidade, transmissão ativa e diagnóstico tardio entre 2020 e 2024.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, de série temporal, realizado com dados secundários e agregados de notificações de hanseníase no estado da Bahia, no período de 2020 a 2024, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, por meio da ferramenta TABNET (SINAN/TABNET).

Foram selecionados os dez municípios baianos de maior número absoluto de casos confirmados no período e calculada, para cada um, a taxa de detecção por 100 mil habitantes, utilizando como denominador populacional as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE)³. Adicionalmente, foram analisadas, para o total de casos notificados no estado: (i) a distribuição por sexo; (ii) a distribuição por faixa etária, agrupada em menores de 15 anos e 15 anos ou mais; (iii) o modo de detecção do caso (encaminhamento, demanda espontânea, exame de contatos, exame de coletividade, outros modos e ignorado/branco); e (iv) a classificação operacional (multibacilar, paucibacilar e ignorado/branco).

Por se tratar de estudo com dados secundários, agregados e anonimizados, obtidos de sistema oficial de informação em saúde de acesso público, o presente trabalho foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, não havendo, em nenhuma etapa da pesquisa, identificação de sujeitos individuais.

RESULTADOS

Entre os dez municípios baianos de maior número absoluto de casos de hanseníase no período de 2020 a 2024, Salvador apresentou a maior carga (1.156 casos), seguida por Juazeiro (620), Barreiras (403) e Feira de Santana (388) (Tabela 1).

Tabela 1 – Ranking 1: municípios baianos com maior número absoluto de casos de hanseníase, 2020–2024

#	Município	Casos (2020–2024)
1	Salvador	1.156
2	Juazeiro	620
3	Barreiras	403
4	Feira de Santana	388
5	Alagoinhas	295
6	Porto Seguro	242
7	Camaçari	227
8	Teixeira de Freitas	173
9	Eunápolis	160
10	Itabuna	148

Ao se ajustar os casos pela população residente em cada município, o panorama se inverteu quase por completo: Salvador, apesar do maior número absoluto de casos, apresentou a menor taxa de detecção entre os dez municípios analisados (45,1 por 100 mil habitantes), enquanto Juazeiro (242,1/100 mil) e Barreiras (234,8/100 mil) assumiram a liderança do risco proporcional, com taxas mais de cinco vezes superiores à da capital. Alagoinhas (183,0/100 mil) completou o grupo de maior risco relativo (Tabela 2).

Tabela 2 – Ranking 2: taxa de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes, mesmos 10 municípios, 2020–2024

#	Município	Casos	População	Taxa/100 mil
1	Juazeiro	620	256.122	242,1
2	Barreiras	403	171.634	234,8
3	Alagoinhas	295	161.196	183,0
4	Porto Seguro	242	182.630	132,5

#	Município	Casos	População	Taxa/100 mil
5	Eunápolis	160	121.067	132,2
6	Teixeira de Freitas	173	153.738	112,5
7	Itabuna	148	196.344	75,4
8	Camaçari	227	321.636	70,6
9	Feira de Santana	388	660.806	58,7
10	Salvador	1.156	2.564.204	45,1

Quanto ao perfil sociodemográfico dos 10.464 casos notificados no estado, observou-se leve predominância do sexo masculino (56,7%; n = 5.937) em relação ao feminino (43,3%; n = 4.526). A concentração por faixa etária foi mais acentuada: 97,0% dos casos (n = 10.151) ocorreram em pessoas com 15 anos ou mais, enquanto apenas 3,0% (n = 313) acometeram menores de 15 anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Casos de hanseníase por sexo e faixa etária, Bahia, 2020–2024

Variável	Categoria	Casos	%
Sexo	Masculino	5.937	56,7%
Sexo	Feminino	4.526	43,3%
Sexo	Ignorado	1	~0%
Faixa etária	15 anos e mais	10.151	97,0%
Faixa etária	0 a 14 anos	313	3,0%

Em relação ao modo de detecção, o encaminhamento (42,7%) e a demanda espontânea (29,6%) foram as formas mais frequentes de diagnóstico, enquanto o exame de contatos, principal estratégia de interrupção da cadeia de transmissão, respondeu por apenas 4,4% dos casos (Tabela 4). Quanto à classificação operacional, 77,0% dos casos foram classificados como multibacilares, forma mais avançada e infectante da doença, e apenas 22,2% como paucibacilares (Tabela 4).

Tabela 4 – Modo de detecção e classificação operacional dos casos de hanseníase, Bahia, 2020–2024

Indicador	Categoria	Casos	%
Modo de detecção	Encaminhamento	4.472	42,7%
Modo de detecção	Demanda espontânea	3.093	29,6%
Modo de detecção	Ignorado/branco	2.074	19,8%
Modo de detecção	Exame de contatos	459	4,4%
Modo de detecção	Outros modos	255	2,4%
Modo de detecção	Exame de coletividade	111	1,1%
Classificação operacional	Multibacilar (MB)	8.057	77,0%
Classificação operacional	Paucibacilar (PB)	2.326	22,2%
Classificação operacional	Ignorado/branco	81	0,8%

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a análise exclusiva do número absoluto de casos de hanseníase pode induzir a priorizações equivocadas na vigilância epidemiológica. Salvador, por concentrar a maior rede assistencial e a maior população da Bahia, lidera o ranking absoluto, mas, quando os dados são ajustados pela população, revela-se o município de menor

risco relativo entre os dez analisados. Já Juazeiro, Barreiras e Alagoinhas, municípios de menor porte populacional situados no norte e oeste do Estado, concentram proporcionalmente muito mais casos por habitante, o que os torna prioritários para o direcionamento de ações de vigilância e busca ativa.

O predomínio de casos multibacilares (77,0%) indica que o padrão de diagnóstico tardio permanece dominante na Bahia, contrariando o esperado do ponto de vista de controle da doença, que seria a maioria dos casos diagnosticados ainda na forma paucibacilar, de menor gravidade e menor potencial de transmissão¹. Esse achado é compatível com estudos nacionais recentes, que também descrevem predominância da classificação multibacilar como reflexo de atraso no diagnóstico e de menor cobertura de busca ativa⁶.

A baixa proporção de casos detectados por exame de contatos (4,4%), frente à elevada proporção de demanda espontânea (29,6%), reforça a fragilidade da vigilância de contatos no Estado. O exame de contatos é considerado a principal ferramenta para interromper cadeias de transmissão, pois permite identificar precocemente pessoas expostas a um caso índice ainda assintomáticas ou em fase inicial da doença; sua baixa cobertura significa que grande parte dos diagnósticos depende da iniciativa do próprio paciente em buscar atendimento, o que tende a postergar o diagnóstico.

A ocorrência de 313 casos em menores de 15 anos, embora represente apenas 3,0% do total, constitui um indicador de alerta importante: a hanseníase tem período de incubação longo, de modo que a infecção em crianças é considerada evidência de transmissão ativa e recente na comunidade, geralmente originada de um caso adulto ainda não diagnosticado ou não tratado adequadamente⁵. Nesse sentido, embora a meta global da Organização Mundial da Saúde seja a interrupção da transmissão e a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2030⁴, a persistência de casos pediátricos na Bahia sugere que essa meta ainda está distante em alguns territórios do Estado.

A leve predominância masculina (56,7%) observada neste estudo é um achado consistente com a literatura nacional sobre hanseníase, frequentemente atribuído a maior exposição ocupacional dos homens e a menor busca espontânea por serviços de saúde, o que também pode contribuir para diagnósticos mais tardios nesse grupo. Como limitações deste estudo, destacam-se o uso de dados secundários, sujeitos a subnotificação e a inconsistências de preenchimento nos sistemas oficiais de informação, além do desenho ecológico, que não permite estabelecer relações causais em nível individual.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a hanseníase na Bahia mantém padrão de transmissão ativa e diagnóstico tardio, evidenciado pela alta proporção de casos multibacilares, pela baixa cobertura de exame de contatos e pela ocorrência de casos em menores de 15 anos. A análise ajustada pela população revelou que municípios de menor porte, como Juazeiro, Barreiras e Alagoinhas, concentram maior risco proporcional do que a própria capital, devendo ser priorizados nas estratégias de vigilância epidemiológica e busca ativa de casos no estado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Hanseníase – Número Especial. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2024. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
4. World Health Organization. Towards zero leprosy: global leprosy (Hansen's disease) strategy 2021–2030. Geneva: WHO; 2021.
5. Schneider PB, Freitas BHB. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. Cad Saúde Pública. 2018;34(3):e00101817.
6. Sczmanski AS, Pazin L, Sakae TM, Mazon J. Analysis of the clinical and epidemiological profile of leprosy in Brazil and major regions from 2014 to 2019. An Bras Dermatol. 2025;100:501127.