

Boletim Epidemiológico

3

Volume 56 | 27 jan. 2025

Abandono de tratamento da hanseníase no Brasil, 2014 a 2023: padrões temporais e geográficos

SUMÁRIO

- [1 Introdução](#)
- [2 Métodos](#)
- [3 Resultados e discussão](#)
- [7 Conclusão](#)
- [7 Referências](#)
- [9 Anexos](#)

■ INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelas bactérias *Mycobacterium leprae* e *Mycobacterium lepromatosis*¹. Embora tenha sido controlada em grande parte do mundo, a doença ainda representa um desafio para a saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil. Com sua vasta extensão territorial e diversidade populacional, o Brasil é o segundo país mais afetado pela hanseníase, respondendo por uma parcela importante dos casos globais e contribuindo com 93% dos casos novos diagnosticados na região das Américas².

A complexidade da hanseníase reside não apenas em sua natureza bacteriana, mas também em suas manifestações clínicas variadas, nas questões sociais e culturais associadas à doença² e em fatores específicos do hospedeiro, como os determinantes imunológicos e genéticos³.

A classificação operacional da hanseníase é fundamental para compreender a dinâmica da doença, sendo dividida em dois tipos: paucibacilar (PB) e multibacilar (MB). A classificação PB é caracterizada por poucas lesões cutâneas, enquanto a classificação MB envolve múltiplas lesões e risco de transmissão. Essa distinção é crucial para identificar indivíduos com maior risco de desenvolver reações e comprometimento neural⁴.

O tratamento padrão recomendado para a hanseníase é a Poliquimioterapia Única (PQT-U), que combina vários medicamentos para eliminar a bactéria causadora da doença. A duração do tratamento varia de acordo com a classificação operacional da hanseníase. Pacientes com hanseníase multibacilar são tratados com 12 doses mensais de PQT-U, enquanto pacientes com hanseníase paucibacilar recebem seis doses mensais de PQT-U⁴.

Apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento, o abandono do tratamento da hanseníase continua sendo um desafio que compromete os esforços de controle da doença. Essa interrupção pode resultar em complicações graves, como incapacidades permanentes, maior risco de transmissão e desenvolvimento de resistência aos antimicrobianos⁵.

O abandono do tratamento possui características multidimensionais, estando associado a fatores relacionados ao próprio tratamento, aos serviços de saúde, ao meio social, ao ambiente familiar e ao indivíduo^{6,7}. Compreender os padrões de abandono ao longo do tempo e em diferentes regiões é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e controle da hanseníase².

Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar o abandono de tratamento entre casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes no Brasil durante o período de 2014 a 2023, explorando padrões temporais e geográficos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários de 2014 a 2023. Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de cada ano do período analisado, cujo tipo de saída foi classificado como "abandono", e excluídos os casos novos registrados como "erro diagnóstico" e aqueles classificados como "transferências para outros estados e outros países".

Um caso de abandono de tratamento pode ser definido como qualquer paciente que não completou o tratamento dentro do prazo máximo permitido, apesar de repetidas tentativas para o retorno e seguimento. Assim, pacientes PB que interromperem o tratamento por mais de três meses (dentro de um período de nove meses) ou pacientes MB que interromperem por mais de seis meses (dentro de um período de dezoito meses), não poderão completá-lo no tempo máximo permitido e devem ser informados como abandono no campo correspondente⁸.

Os dados de hanseníase foram extraídos em dezembro de 2024 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, com apresentação dos resultados em frequências simples e absolutas para as variáveis categóricas: classificação

operacional, modo de detecção, grau de incapacidade física, episódios reacionais, município de residência igual ao de notificação. Em seguida, foi calculada a proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes no software TabWin. Esse cálculo pressupõe que a base de dados esteja atualizada, com todos os dados de acompanhamento dos casos devidamente digitados e as análises de duplidade concluídas⁹.

As coortes compreendem a soma de casos novos classificados como PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano de avaliação. Essas coortes são somadas, e os casos são analisados quanto ao tipo de saída, que, neste estudo, consideram-se os encerrados como abandono de tratamento até 31/12 do ano de avaliação. Por exemplo, para o ano de avaliação 2023 foram incluídos os casos novos diagnosticados e classificados como PB em 2022 e MB em 2021⁹.

Para o cálculo desse indicador considera-se:

1. numerador: nº de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes e que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação;
2. denominador: nº total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes;
3. fator de multiplicação: 100.

Os parâmetros adotados foram aqueles estabelecidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde⁹. São eles: < 10% bom; 10 a 24,9% regular; ≥ 25% precário.

Para avaliar a tendência do abandono de tratamento ao longo do período analisado, foi conduzida uma análise de regressão linear de Prais-Winsten. Foram calculadas a variação percentual média anual (*Annual Percent Change – APC*) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). A seguir, foram avaliadas as tendências, que passaram por classificação, podendo ser crescentes (variação média anual significativamente positiva), decrescentes (variação média anual significativamente negativa) ou estacionárias (variação média anual sem significância). Por fim, realizou-se a análise da distribuição espacial dos casos de abandono de tratamento por meio do software QGIS, em que foi realizada a confecção dos mapas temáticos. Ressalta-se que foram respeitadas as questões éticas propostas pela Lei nº 14.289, de 3 janeiro de 2022, bem como a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 dezembro de 2012, que dispõe sobre a confidencialidade nas pesquisas envolvendo seres humanos.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição dos casos novos de hanseníase em abandono de tratamento

Entre 2014 e 2023, foram registrados 241.460 casos novos de hanseníase nos anos das coortes no Brasil, dos quais 14.766 (6,1%) tiveram o abandono de tratamento como situação de encerramento. Destes, a maioria foi classificada como MB (78,1%), 43,9% dos casos foram identificados por demanda espontânea, e 7,5% foram avaliados com grau de incapacidade física 2 (GIF 2) no diagnóstico. A presença de episódios reacionais foi observada em 7,5%, sendo 5,5% reações do tipo 1, 1,3% reações do tipo 2 e 0,7% reações do tipo 1 e 2. Além disso, 93,6% dos casos residiam no mesmo município em que foram notificados (Tabela 1).

TABELA 1 Número e percentual de casos novos de hanseníase em abandono de tratamento segundo o perfil epidemiológico – Brasil, 2014 a 2023

Variáveis	n	%
Classificação operacional		
Multibacilar	11.533	78,1
Paucibacilar	3.232	21,9
Ignorado/branco	1	0,0
Modo de detecção		
Encaminhamento	5.242	35,5
Demandas espontâneas	6.486	43,9
Exame coletividade	827	5,6
Exame contatos	1.679	11,3
Outros modos	309	2,1
Ignorado/branco	233	1,6
Grau de incapacidade física no diagnóstico		
Grau 0	7.983	54,1
Grau I	3.519	23,8
Grau II	1.102	7,5
Não avaliado/ignorado	2.162	14,6
Episódios reacionais		
Reação tipo 1	809	5,5
Reação tipo 2	186	1,3
Reação tipo 1 e 2	105	0,7
Sem reação	8.743	59,2
Não preenchido	4.923	33,3
Município de residência igual ao de notificação?		
Não	941	6,4
Sim	13.825	93,6

Fonte: Sinan – SVSA/MS. Dados coletados em 10/12/2024.

Em outro estudo semelhante a este, os principais achados indicaram que o abandono do tratamento de hanseníase estava associado a uma combinação de fatores, incluindo a falta de confiança no diagnóstico médico, a rejeição da poliquimioterapia, barreiras de comunicação influenciadas por crenças populares e a compreensão superficial sobre a importância do tratamento. Adicionalmente, comportamentos de risco, como o consumo excessivo de álcool, dificuldades laborais e efeitos colaterais percebidos, como insônia, interferiam na adesão⁶.

Quanto ao modo de detecção, a maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento da hanseníase procurou os serviços de saúde por demanda espontânea, sem encaminhamento prévio de outras unidades ou profissionais de saúde. O fato de desses casos terem abandonado o tratamento destaca a necessidade de melhorias na continuidade do cuidado e no acompanhamento dos pacientes, mesmo após o encaminhamento inicial¹⁰.

Apesar de a maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento não apresentar incapacidades físicas no momento do diagnóstico, o abandono do tratamento pode influenciar no aparecimento de incapacidades físicas. A alta proporção de casos não avaliados ou ignorados (14,6%) destaca a necessidade de fortalecimento da avaliação neurológica simplificada, com vistas a orientar a conduta de prevenção de incapacidades físicas e reabilitação⁹.

Distribuição espacial dos casos novos de hanseníase em abandono de tratamento

A distribuição espacial da proporção de abandono de tratamento entre os casos novos de hanseníase diagnosticados no Brasil nos anos das coortes de 2014 e 2023 mostra uma mudança de parâmetro em algumas UFs (Figura 1; Anexo 1).

Em 2014, todas as UFs apresentaram um parâmetro “bom” para o indicador de abandono de tratamento. Por outro lado, no mapa de 2023 observa-se uma mudança do parâmetro “bom” para “regular” em Roraima, Mato Grosso, Distrito Federal, Pernambuco e Rio Grande do Sul (Figura 1; Anexo 1). Este aumento na proporção de abandono de tratamento nessas UFs é um ponto de preocupação. Entretanto, vale ressaltar que o período estudado abrange os anos da pandemia, quando tivemos um aumento nesse indicador.

A mudança na classificação de algumas UFs de "bom" para "regular" ao longo dos anos indica problemas operacionais no acompanhamento do tratamento dos pacientes, como dificuldade de busca ativa de faltosos. Isso

destaca a necessidade de avaliação contínua e ajustes nas estratégias de intervenção para enfrentar o abandono de tratamento, particularmente nessas áreas identificadas como tendo uma situação menos favorável¹¹.

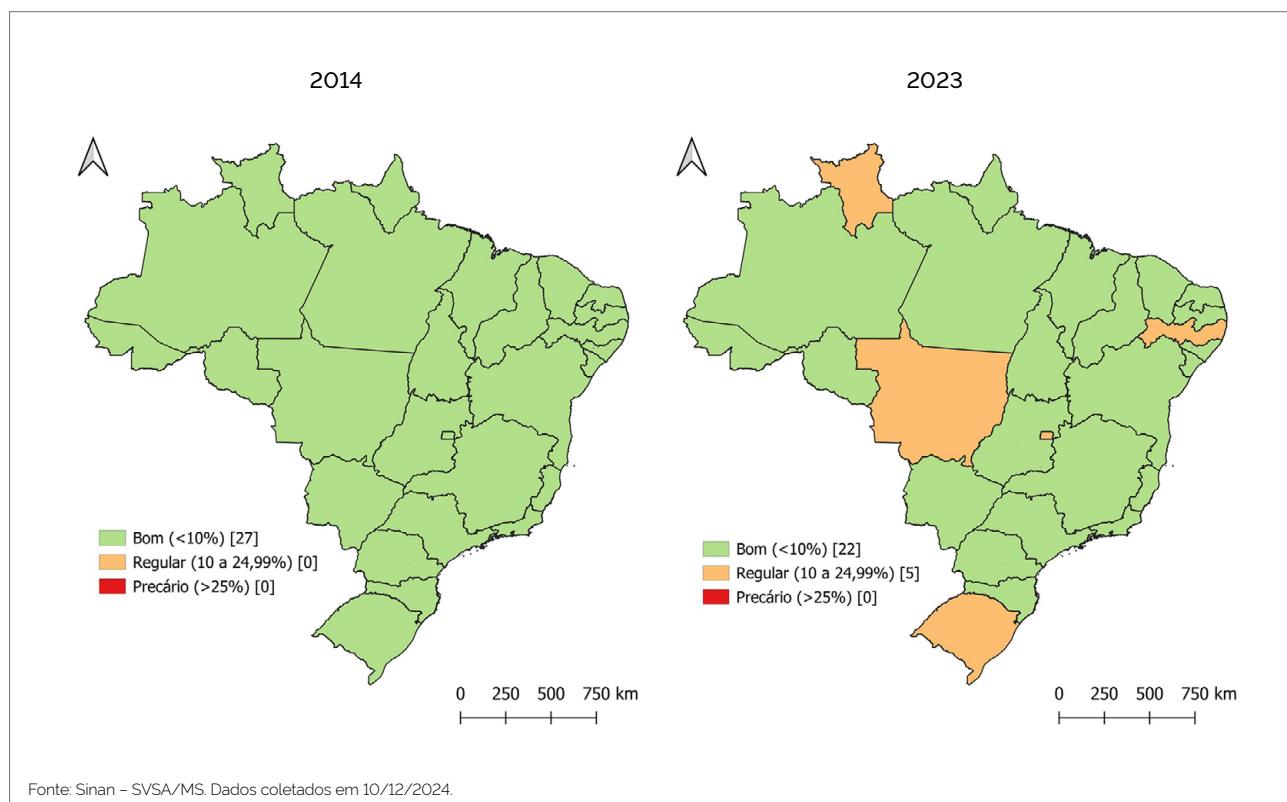


FIGURA 1 Distribuição espacial da proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, segundo unidades da Federação – Brasil, 2014 e 2023

Detalhando a análise para o nível municipal, em 2014, 56,9% ($n=3.167/5.570$) dos municípios brasileiros tiveram casos novos nos anos das coortes, já em 2023 45,6% dos municípios apresentaram casos novos nas coortes ($n=2.538/5.570$), isto representa queda de 19,9% no número de municípios. Quanto aos parâmetros avaliados por abandono, observou-se queda

de 6,9% na proporção de municípios com parâmetro "bom" (91,4% em 2014 e 85,1% em 2023). Quanto ao parâmetro "regular", houve aumento de 38,5% na proporção de municípios (5,2% em 2014 e 7,2% em 2023). Em relação aos municípios classificados como "precários", houve aumento na proporção de municípios (3,4% em 2014 e 7,6% em 2023) (Figura 2).

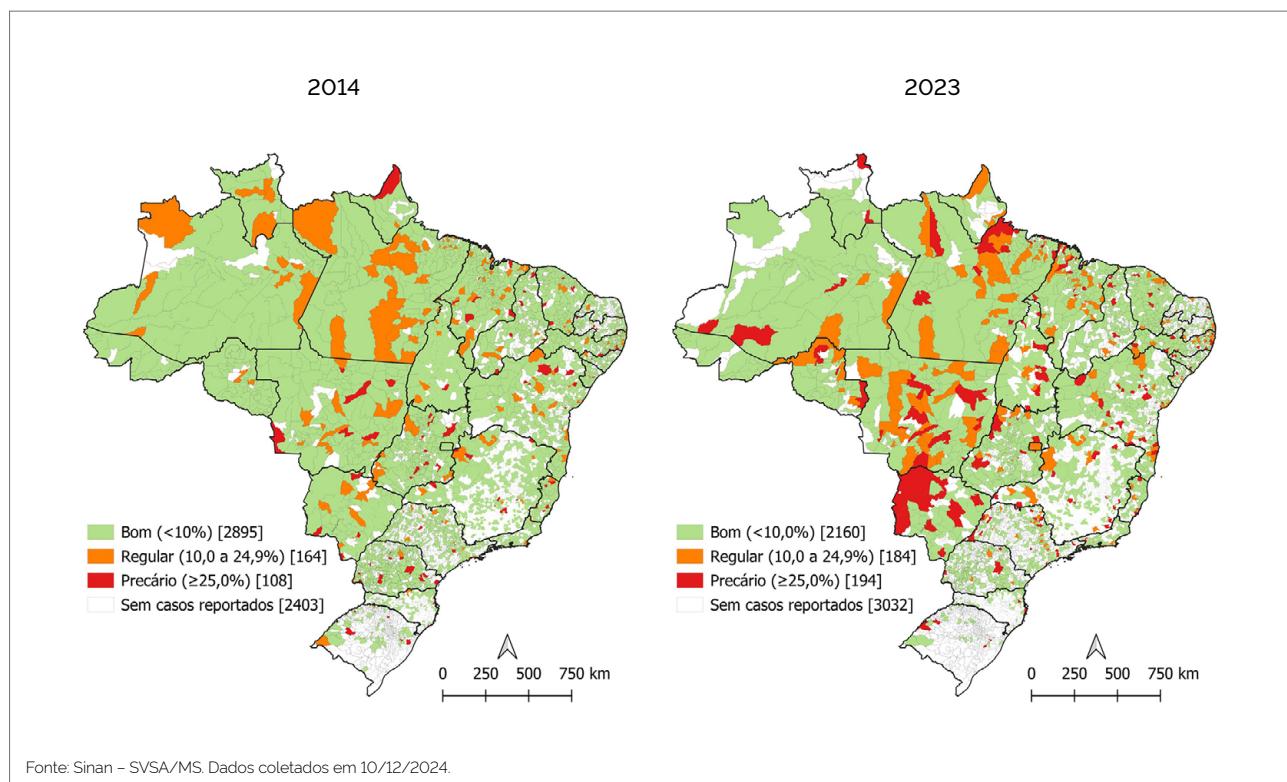


FIGURA 2 Distribuição espacial da proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, segundo municípios – Brasil, 2014 e 2023

Esses resultados indicam uma crescente dificuldade em manter os pacientes em tratamento e problemas na gestão do cuidado do tratamento em diversas regiões do País. É evidente que há uma necessidade de implementar estratégias eficazes para melhorar a adesão de pacientes, visando reverter essa tendência negativa.

Tal situação sugere possíveis variações regionais nos fatores que influenciam o abandono de tratamento da hanseníase. Pode haver diferenças na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, nos níveis de conscientização sobre a doença, nas características socioeconômicas da população e até mesmo nos fatores culturais que contribuem para essas disparidades¹⁰.

Tendência temporal dos casos novos de hanseníase em abandono de tratamento

A proporção de casos novos de hanseníase em abandono de tratamento no Brasil, nos anos das coortes, apresentou um aumento considerável, com uma tendência de crescimento ao longo dos anos (APC:7,6%; IC95%: 5,2-10,1) (Tabela 2). Esse aumento indica que o controle eficaz da hanseníase enfrenta desafios consideráveis, que exigem uma resposta coordenada e

abrangente para conter a propagação da doença e melhorar a adesão ao tratamento^{8,4}.

A análise regional revelou uma tendência crescente na maioria das regiões ao longo dos anos, com exceção da Região Sul, onde a tendência se manteve estacionária. A Região Sudeste apresentou a maior taxa de crescimento entre as regiões (APC:11,1%; IC95%: 8,2-14,1), destacando-se o Espírito Santo (APC: 19,7; IC95%: 14,7-25,0) e São Paulo (APC: 14,4; IC95%: 10,9-18,0). O Rio de Janeiro, no entanto, apresentou uma tendência estacionária (Tabela 2). Esses dados indicam que o problema não é exclusivo de regiões menos desenvolvidas, e sim uma preocupação nacional que requer uma resposta abrangente em todo o País¹⁰.

Embora a Região Sul (APC: 8,3%; IC95%: -0,4-17,7) tenha se apresentado estacionária, Santa Catarina (APC: 15,7; IC95%: 11,6-19,8) mostrou uma tendência crescente. Já a tendência crescente no Centro-Oeste (APC: 8,5; IC95%: 5,7-11,3) também foram observadas em Mato Grosso (APC: 10,1%; IC95%: 8,7-11,5) e Distrito Federal (APC: 16,3%; IC95%: 14,1-18,5) (Tabela 2).

Nessa ótica, a variação nas tendências dentro de cada UF destaca a complexidade do problema, indicando que as causas do abandono de tratamento podem variar

amplamente, desde questões estruturais nos sistemas de saúde até fatores socioeconômicos e culturais específicos de cada região.

TABELA 2 Tendência de casos novos de hanseníase em abandono de tratamento segundo macrorregiões e unidades da Federação – Brasil, 2014 a 2023

Local	2014		2023		APC	IC (95%) MIN.	IC (95%) MÁX.	Tendência
	n	%	n	%				
Brasil	1360	4,5	1278	8,0	7,63	5,25	10,06	Crescente
Norte	336	5,4	235	8,1	6,45	4,09	8,86	Crescente
Rondônia	27	3,9	32	9,8	19,97	9,03	32,00	Crescente
Acre	1	0,6	2	2,2	14,48	3,51	26,61	Crescente
Amazonas	32	5,3	20	6,5	-1,82	-6,59	3,20	Estacionária
Roraima	13	9,8	5	10,2	10,99	-4,80	29,40	Estacionária
Pará	228	6,4	112	7,7	5,39	1,70	9,22	Crescente
Amapá	14	9,9	3	7,5	5,45	-4,58	16,54	Estacionária
Tocantins	21	2,3	61	9,5	19,85	11,94	28,32	Crescente
Nordeste	583	4,4	553	7,6	6,79	4,03	9,62	Crescente
Maranhão	165	4,6	133	7,1	4,99	2,64	7,39	Crescente
Piauí	36	3,5	30	4,7	5,46	-0,22	11,47	Estacionária
Ceará	86	4,3	69	6,5	3,25	-0,81	7,47	Estacionária
Rio Grande do Norte	12	4,1	6	3,3	-2,32	-10,76	6,92	Estacionária
Paraíba	17	2,7	32	9,6	16,05	6,67	26,24	Crescente
Pernambuco	147	5,9	154	11,3	9,29	5,57	13,13	Crescente
Alagoas	14	3,6	12	4,6	-0,85	-5,72	4,27	Estacionária
Sergipe	7	1,8	11	5,0	11,10	8,23	14,05	Crescente
Bahia	99	4,3	106	7,9	8,46	4,25	12,84	Crescente
Sudeste	143	3,2	174	7,3	11,10	8,23	14,05	Crescente
Minas Gerais	30	2,4	51	7,5	11,84	7,01	16,89	Crescente
Espírito Santo	19	2,9	18	6,1	19,75	14,73	24,98	Crescente
Rio de Janeiro	49	3,8	23	4,2	3,36	-2,82	9,94	Estacionária
São Paulo	45	3,4	82	9,5	14,43	10,94	18,02	Crescente
Sul	39	3,2	36	6,8	8,27	-0,36	17,66	Estacionária
Paraná	27	3,1	13	3,8	2,34	-8,60	14,60	Estacionária
Santa Catarina	5	2,5	8	6,6	15,66	11,64	19,82	Crescente
Rio Grande do Sul	7	5,5	15	22,1	12,58	-0,45	27,32	Estacionária
Centro-Oeste	259	4,8	280	9,5	8,45	5,68	11,30	Crescente
Mato Grosso do Sul	50	6,4	20	8,6	-0,77	-6,92	5,78	Estacionária
Mato Grosso	135	5,5	213	12,4	10,10	8,73	11,49	Crescente
Goiás	66	3,2	32	3,6	4,68	-2,78	12,72	Estacionária
Distrito Federal	8	5,3	15	16,3	16,28	14,14	18,46	Crescente

Fonte: Sinan – SVSA/MS. Dados coletados em 10/12/2024.

Este estudo apresenta algumas limitações, principalmente no que diz respeito aos bancos de dados utilizados, que é composto por dados secundários e pode conter informações inconsistentes em termos de quantidade e qualidade, além de dados ausentes ou incompletos. Por último, vale mencionar que as análises foram realizadas anualmente, o que não permite capturar variações na detecção de casos em intervalos menores, como meses ou dias.

■ CONCLUSÃO

O abandono de tratamento da hanseníase é um desafio importante para o sistema de saúde brasileiro. Os resultados revelam uma tendência de aumento na proporção de casos novos em abandono de tratamento em todo o País. Essa tendência é observada em todas as regiões e na maioria das UFs, indicando que o problema não está restrito a áreas específicas.

Os dados também destacam a heterogeneidade na distribuição geográfica do abandono de tratamento e na sua evolução ao longo do tempo. Diante desses resultados, é evidente a necessidade de intervenções direcionadas para enfrentar o abandono de tratamento nos casos novos de hanseníase no Brasil.

Para enfrentar esse desafio, é essencial adotar estratégias eficazes que abranjam não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também as barreiras sociais, econômicas e culturais que dificultam a adesão ao tratamento. Desenvolver e implementar programas de apoio e acompanhamento contínuo dos pacientes, com especial atenção àqueles em situação de vulnerabilidade, como pessoas com comorbidades, baixo nível socioeconômico e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, é uma medida crucial. Além disso, maior atenção deve ser dada a esses pacientes vulneráveis, buscando reduzir o abandono por meio de uma abordagem personalizada que considere as necessidades específicas de cada grupo.

Outro aspecto fundamental é o investimento em estratégias de comunicação e educação em saúde voltadas tanto para a conscientização pública quanto para a capacitação dos profissionais de saúde, garantindo que a população e os trabalhadores da saúde estejam informados sobre a importância da adesão ao tratamento.

É também imprescindível reforçar a vigilância da resistência antimicrobiana, uma vez que o abandono do tratamento aumenta o risco de desenvolvimento de resistência. Conforme descrito no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o retorno ao tratamento após abandono é um critério de investigação antimicrobiana, com a adoção de medidas para monitorar e prevenir cepas resistentes. Essas ações, se implementadas de forma coordenada e eficaz, têm o potencial de reduzir o abandono de tratamento da hanseníase e contribuir para o controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 2- 6. ed. rev. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf.
2. Pescarini JM, Strina A, Nery JS, Skalinski LM, Andrade KVF, Penna MLF, Brickley EB, Rodrigues LC, Barreto ML, Penna GO. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018 Jul 9;12(7):e0006622.
3. Benjak A, Avanzi C, Singh P, Loiseau C, Girma S, Busso P, Fontes ANB, Miyamoto Y, Namisato M, Bobosha K, Salgado CG, da Silva MB, Bouth RC, Frade MAC, Filho FB, Barreto JG, Nery JAC, Bührer-Sékula S, Lupien A, Al-Samie AR, Al-Qubati Y, Alkubati AS, Bretzel G, Vera-Cabrera L, Sakho F, Johnson CR, Kodio M, Fomba A, Sow SO, Gado M, Konaté O, Stefani MMA, Penna GO, Suffys PN, Sarno EN, Moraes MO, Rosa PS, Baptista IMF, Spencer JS, Aseffa A, Matsuoka M, Kai M, Cole ST. Phylogenomics and antimicrobial resistance of the leprosy bacillus *Mycobacterium leprae*. *Nat Commun.* 2018 Jan 24;9(1):352.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS n.º 67, de 7 de julho de 2022. Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220818_pcdt_hansenise.pdf.
5. Aubry A, Sammarco Rosa P, Chauffour A, Fletcher ML, Cambau E, Avanzi C. Drug resistance in leprosy: An update following 70 years of chemotherapy. *Infect Dis Now.* 2022 Aug;52(5):243-251.

6. Pepito VCF, Loreche AM, Samontina RED, Abdon SJA, Fuentes DNL, Saniel OP. Factors affecting treatment adherence among leprosy patients: Perceptions of healthcare providers. *Heliyon*. 2023 Jul 6;9(7):e17975.
7. Khanna D, de Wildt G, de Souza Duarte Filho LAM, Bajaj M, Lai JF, Gardiner E, de Araújo Fonseca AMF, Lindenmeyer A, Rosa PS. Improving treatment outcomes for leprosy in Pernambuco, Brazil: a qualitative study exploring the experiences and perceptions of retreatment patients and their carers. *BMC Infect Dis*. 2021 Mar 19;21(1):282.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional [recurso eletrônico]. – Brasília , DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/diretrizes-vigilancia-atencao-eliminacao-hanseniese.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Roteiro de Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net Hanseníase. Brasilia, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/roteiro_uso_sinan_net_hanseniese.pdf.
10. de Andrade KVF, Silva Nery J, Moreira Pescarini J, Ramond A, de Souza Teles Santos CA, Ichihara MY, Fernandes Penna ML, B Brickley E, C Rodrigues L, Smeeth L, L Barreto M, Martins Pereira S, Oliveira Penna G. Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019 Sep 6;13(9):e0007714.
11. Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY, Fernandes Penna ML, Smeeth L, Rodrigues LC, Barreto ML, Brickley EB, Penna GO. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(9):e1226-e1236.

ANEXOS

ANEXO 1 Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes segundo macrorregiões e unidades da Federação – Brasil, 2014 e 2023

UF	2014		2023	
	%	Parâmetro	%	Parâmetro
Brasil	4,5	Bom	8,0	Bom
Norte	5,4	Bom	8,1	Bom
Rondônia	3,9	Bom	9,8	Bom
Acre	0,6	Bom	2,2	Bom
Amazonas	5,3	Bom	6,5	Bom
Roraima	9,8	Bom	10,2	Regular
Pará	6,4	Bom	7,7	Bom
Amapá	9,9	Bom	7,5	Bom
Tocantins	2,3	Bom	9,5	Bom
Nordeste	4,4	Bom	7,6	Bom
Maranhão	4,6	Bom	7,1	Bom
Piauí	3,5	Bom	4,7	Bom
Ceará	4,3	Bom	6,5	Bom
Rio Grande do Norte	4,1	Bom	3,3	Bom
Paraíba	2,7	Bom	9,6	Bom
Pernambuco	5,9	Bom	11,3	Regular
Alagoas	3,6	Bom	4,6	Bom
Sergipe	1,8	Bom	5,0	Bom
Bahia	4,3	Bom	7,9	Bom
Sudeste	3,2	Bom	7,3	Bom
Minas Gerais	2,4	Bom	7,5	Bom
Espírito Santo	2,9	Bom	6,1	Bom
Rio de Janeiro	3,8	Bom	4,2	Bom
São Paulo	3,4	Bom	9,5	Bom
Sul	3,2	Bom	6,8	Regular
Paraná	3,1	Bom	3,8	Bom
Santa Catarina	2,5	Bom	6,6	Bom
Rio Grande do Sul	5,5	Bom	22,1	Regular
Centro-Oeste	4,8	Bom	10,2	Regular
Mato Grosso do Sul	6,4	Bom	8,6	Bom
Mato Grosso	5,5	Bom	12,4	Regular
Goiás	3,2	Bom	3,6	Bom
Distrito Federal	5,3	Bom	16,3	Regular

Fonte: Sinan – SVSA/MS.

Voltar ao início



Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministra de Estado da Saúde

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Ethel Leonor Noia Maciel

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Ethel Leonor Noia Maciel

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Alda Maria da Cruz

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Letícia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Lívia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças em Eliminação do Departamento de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (CGHDE/DEDT/SVSA)**

Daniele do Santos Lages, Sebastião Alves de Sena Neto, George Jó Bezerra Sousa, Patrícia Pereira Lima Barbosa, Margarida Cristiana Napoleão Rocha, Jurema Guerrieri Brandão, Ciro Martins Gomes

Fundação Oswaldo Cruz Ceará (Fiocruz Ceará)

Elaine Silva Nascimento Andrade

*Editoria técnico-científica***Coordenação-Geral de Análise Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVSA/Daevs/SVSA)**

Antônio Ygor Modesto Oliveira, Paola Barbosa Marchesini

Diagramação

Fred Lobo (CGEVSA/Daevs/SVSA)

Revisão

Yana Palankof (CGEVSA/Daevs/SVSA)