

Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

The impact of leprosy elimination strategy on an endemic municipality in Rio de Janeiro State, Brazil

Mônica Duarte da Cunha ^{1,2}
Flávia Amorim Meira Cavaliere ^{2,3}
Flávio Marcondes Hércules ²
Sandra Maria Barbosa Duraes ³
Maria Leide Wal-Del-Rey de Oliveira ³
Haroldo José de Matos ^{1,4}

Abstract

Various strategies for eliminating leprosy as a public health problem have evolved in the last 20 years. In some countries, especially highly endemic ones, the WHO target rate for leprosy elimination fell far short. The current study aimed to analyze the impact of different strategies for reducing leprosy prevalence in Duque de Caxias, a highly endemic municipality in Rio de Janeiro State, Brazil. The study observed the evolution of traditional operational indicators for the disease and their trends in the last 14 years. The indicators were calculated using the National Communicable Diseases Database (SINAN). Strategies that focused on decentralization of patient care and/or localized campaigns were associated with earlier case detection, reduction in prevalence, and shorter patient time in the active registry. An increase in the annual detection rate could be related to the existence of hidden prevalence or individuals with asymptomatic infection. New complementary strategies are needed to eliminate the disease in Duque de Caxias.

Leprosy; Communicable Disease Control; Endemic Disease

Introdução

As ações de controle da hanseníase vêm passando por várias reformulações de estratégias nos últimos quarenta anos, e após o advento da poliquimioterapia na década de 80 ampliou-se a possibilidade de sua eliminação ^{1,2,3,4}. A partir da 44ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS), a meta passou a ser a eliminação da doença como problema de saúde pública, tendo como objetivo atingir uma taxa de prevalência de menos de um caso em cada 10 mil habitantes ⁵. O Brasil é o responsável pela endemia no continente americano e está entre os 12 países que registraram 90% dos casos no mundo, ocupando a posição incômoda de segundo lugar em número absoluto de casos da doença no ranking mundial, perdendo apenas para Índia ⁶. Apesar de ter apresentado uma importante redução da taxa de prevalência, de 18,5 para 3,88 no período de 1990 a 2003, apresentou um aumento na taxa de detecção neste mesmo período, de 1,89 para 2,39 casos, para cada 10 mil habitantes ⁷. Mesmo com uma maior precocidade atual do diagnóstico no país, de acordo com a redução da incapacidade física dos casos, de 15,9 para 7,07%, cerca de 3 mil pessoas ainda apresentam deformidade física por hanseníase a cada ano ⁸. Uma prevalência oculta da hanseníase poderia justificar o quadro ^{9,10,11}. Recentemente esta prevalência oculta foi demonstrada no Estado do Acre através do incremento de mais de 100% no número de casos

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

H. J. Matos
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Av. Prof. Manoel de Abreu 148, 2º andar,
Rio de Janeiro, RJ
20560-000, Brasil.
hmatos@uerj.br

diagnosticados em apenas três dias de exame dermatológico de massa ¹². A informação sobre a doença e o exame dos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados ainda são as principais estratégias para o diagnóstico precoce da doença ^{13,14}.

A vigilância epidemiológica da hanseníase é fundamentalmente a análise dos dados coletados nos serviços de saúde, através de indicadores epidemiológicos e operacionais, visando a re-orientação das ações a serem tomadas. Uma série temporal desses indicadores no Brasil de 1946 a 1994 foi descrita por Andrade et al. ⁸, mostrando a evolução da situação endêmica do país, e sugeriu três indicadores como marcadores para o monitoramento do acompanhamento do tratamento: a razão de casos prevalentes/casos novos diagnosticados; o percentual de altas por cura por regime terapêutico (coortes) e o percentual de pacientes recuperados segundo o regime terapêutico que abandonaram o tratamento.

No Estado do Rio de Janeiro, a poli-quimioterapia foi implantada de forma gradual em 1986, com expansão em 1991 e, a partir de 1998, iniciou-se a estratégia de descentralização do atendimento de diagnóstico e tratamento da doença para as Unidades Básicas de Saúde. Atualmente, 40,98% dessas unidades desenvolvem essas atividades, com taxa de prevalência e de detecção de 3,98 e 2,01 a cada 10 mil habitantes, respectivamente. Em 2003, foram notificados 2.985 casos novos, sendo 6% com incapacidades físicas, 7% em menores de 15 anos de idade, e mais da metade (52,59%) com formas avançadas da doença ⁷.

O objetivo deste trabalho é caracterizar a situação epidemiológica da hanseníase em Duque de Caxias, município endêmico no Estado do Rio de Janeiro. A proposta é realizar uma descrição e análise dos seus indicadores dos últimos 14 anos, uma avaliação da tendência evolutiva do quadro da doença nesta população, além de uma descrição das ações estratégicas ocorridas no período que possam ter influenciado essa evolução.

Material e métodos

Desenho do estudo

Estudo ecológico exploratório, da evolução temporal dos indicadores epidemiológicos da hanseníase no Município de Duque de Caxias.

Amostra

Trata-se de um estudo de base populacional utilizando o banco de dados oficial de notificação SINAN (Sistema de Informação de Agravos de

Notificação) da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias ¹⁵. Foram selecionados os casos novos de hanseníase detectados no período de 1990 a 2003, residentes em Duque de Caxias, e os casos novos detectados antes de 1990, e que ainda se encontravam em tratamento no período do estudo (em registro ativo). Foram excluídos os casos que entraram no sistema, nesse período, registrados como recidivas, reingressos, casos transferidos de outros municípios ou Estados, ou casos de hanseníase em indivíduos que não residiam em Duque de Caxias.

Utilizaram-se os critérios oficiais nacionais de classificação das deformidades físicas: grau zero, grau I e grau II. Ressalta-se que, até 2000, classificava-se a incapacidade física também em grau III. A partir deste mesmo ano, o Departamento de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde modificou o critério de classificação, excluindo o grau III, e esta nova classificação continua vigente até os dias atuais. No presente estudo utilizou-se o grau II para todos os casos selecionados que foram classificados na rotina como grau II ou III ¹⁶.

Indicadores da hanseníase

A escolha das variáveis para a análise do presente estudo se baseou naquelas utilizadas na construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais, recomendados oficialmente pelo Ministério da Saúde ¹⁶. Com a finalidade de avaliar o quadro endêmico da hanseníase e a qualidade dos serviços de saúde, foi feita análise descritiva, a partir dos seguintes indicadores, para cada ano: (1) coeficiente de prevalência anual da doença, por 10 mil habitantes; (2) coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10 mil habitantes; (3) coeficiente de detecção anual de casos novos com idade inferior a 15 anos, por 10 mil habitantes; (4) porcentagem de casos novos para cada classificação operacional (paucibacilar e multibacilar); (5) porcentagem de casos novos para cada forma clínica; (6) porcentagem de casos novos por sexo; (7) porcentagem de casos por grau de incapacidade física entre os casos novos detectados e avaliados no momento do diagnóstico; (8) porcentagem de casos novos diagnosticados no ano, com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico; (9) razão entre número de casos prevalentes da doença e número de casos novos detectados; (10) porcentagem de casos novos curados e; (11) porcentagem de cobertura de unidades de saúde com atendimento ao paciente de hanseníase.

Tendo em vista que algumas variáveis apresentavam inconsistência no banco de dados SINAN e, portanto sem confiabilidade para uma

análise, não foram incluídas as seguintes variáveis: (1) número de lesões clínicas no diagnóstico; (2) número de casos em abandono; (3) número de casos novos com incapacidade física avaliada no momento da alta; (4) número de casos novos por grau de incapacidade física no momento da alta e; (5) número de contatos intradomiciliares examinados.

Caracterização da área de estudo

• Características gerais e sócio-demográficas

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ¹⁷, o Município de Duque de Caxias, localizado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, tem seu território dividido em quatro distritos: o 1º e 2º distritos são de características urbanas; o 3º e 4º distritos são de características predominantemente rurais. No censo populacional realizado em 2000, o município apresentava uma população de 775.456 habitantes, sendo 48% de homens e 52% de mulheres ¹⁷. Aproximadamente 78% da população estão localizadas no 1º e 2º distritos (4.285 habitantes/km²), com uma densidade populacional bem distinta do 3º e 4º distritos (532 habitantes/km²).

Em todo o município, 31% das residências não têm abastecimento de água potável, e somente 56,4% utilizam sistema de esgoto sanitário. Em 1998, o município apresentava um coeficiente de mortalidade infantil de 38,3/mil nascidos vivos ¹⁷.

• A rede municipal de saúde

A rede de assistência médica pública no Município de Duque de Caxias apresentava, até 2003, 42 unidades de saúde que podiam oferecer atendimento ao portador de hanseníase, sendo 28 unidades pertencentes ao Programa Saúde da Família (PSF), este cobrindo 12% da população.

O Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município desenvolveu estratégias e ações ao longo dos anos, de acordo com aquelas recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde ¹⁶. Suas atividades, como o diagnóstico, o tratamento, a avaliação do grau de incapacidade física e exame dos contatos, eram realizadas pelos dermatologistas e fisioterapeutas da rede pública. Contudo, a partir de 2002, os médicos e enfermeiros do PSF também passaram a realizá-los. Os critérios clínicos e laboratoriais do manual do Ministério da Saúde foram os utilizados oficialmente no município ¹⁶.

Resultados

Análise descritiva

• Intervenções no atendimento assistencial

As intervenções aqui descritas, realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, seguiram as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil.

A primeira importante intervenção ocorrida no período de estudo foi em 1990 quando se iniciou a implantação da poliquimioterapia como tratamento padrão para os pacientes com hanseníase. A segunda intervenção relevante que antecedeu a descentralização da assistência ao paciente ocorreu entre 1995 e 1996 com a contratação de novos médicos para o único posto com atendimento ambulatorial aos portadores da doença. Existia até então no PCH uma demanda bastante reprimida, em função do número reduzido de profissionais atuantes, o que dificultava o acesso do paciente ao tratamento específico.

A descentralização do atendimento, tanto do diagnóstico e do tratamento da doença quanto da vigilância dos contatos domiciliares só veio a acontecer, a partir de 1998, inicialmente para duas unidades de saúde do 2º Distrito, e em 2001, também para unidades de saúde dos outros distritos existentes, com um total de oito unidades descentralizadas. A finalidade era de melhorar o acesso dos pacientes ao tratamento da doença. A partir de 2002, ampliou-se essa descentralização através de uma integração do PCH com o PSF ¹⁸. Neste mesmo ano, iniciaram-se também atividades de campanhas localizadas em áreas pequenas limitadas a alguns bairros, principalmente nos mais endêmicos, em parceria com outras instituições: a Universidade Federal do Rio de Janeiro; a Universidade Estadual do Rio de Janeiro; a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e o Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social (IBISS) através do Projeto REPRESAN (Reconhecimento Precoce da Hanseníase – uma Organização Não-Governamental ligada ao combate à hanseníase). O intuito era a educação da população sobre a doença, o rastreamento de casos novos, a capacitação dos profissionais das unidades envolvidas, na sua maioria unidades do PSF, e o incentivo à descentralização da assistência para essas unidades. Aproximadamente sete campanhas localizadas ao ano foram realizadas. Ao final de 2003, 25 unidades de saúde já prestavam assistência ao paciente com hanseníase no município, correspondendo a 59,5% de cobertura das unidades. Destas, 15 unidades (60%) eram do PSF e 10 (40%) eram dos Postos Médico-Sanitários convencionais com atendimento especializado

de dermatologistas. O 2º Distrito apresentou a maior proporção de unidades descentralizadas, o que se deveu a ações mais intensas feitas em 2002 no referido distrito, principalmente através da estratégia de campanhas localizadas (dados não apresentados).

A avaliação do grau de incapacidade física do paciente com hanseníase, assim como as ações de prevenção do surgimento das mesmas e seu tratamento, sempre estiveram centralizadas na unidade principal e mais antiga do município, o Centro Municipal de Saúde. A descentralização deste tipo de assistência no programa só veio a acontecer a partir de 2002, com a capacitação específica dos profissionais do PSF envolvidos na descentralização, concomitante à capacitação para o diagnóstico e o tratamento da doença.

- **Situação endêmica da área**

O Município de Duque de Caxias ocupa o segundo lugar em número de casos em todo o Estado do Rio de Janeiro. Na Tabela 1, ao observar as características clínicas dos casos do município, nota-se um leve predomínio de casos novos em mulheres na maior parte do período avaliado. Nos 14 anos analisados há uma preponderância da forma multibacilar, porém, em três momentos há uma detecção maior da forma paucibacilar, observados aproximadamente um ano após ter ocorrido uma intervenção importante na assistência ao paciente: (1) em 1997, um ano após aumento do número de médicos no atendimento assistencial ao portador de hanseníase; (2) em 1999, um ano após início da descentralização do tratamento para outras unidades; e (3) em 2003, um ano após a descentralização para unidades do PSE e o início das campanhas localizadas. Quanto à forma clínica dos casos novos detectados, há uma inversão das proporções de casos com forma indeterminada e virchoviana. Enquanto esta reduziu de 35% para 13,7% no período do estudo, aquela aumentou de 17,5% para 23,1% dos casos detectados. Esse aspecto pode significar tendência de detecção de casos mais precoces, sabendo-se que a forma indeterminada é considerada forma transitória da doença, que pode evoluir para os pólos tuberculóide ou virchoviano.

Avaliando a Tabela 2, pode-se observar o coeficiente de prevalência da doença mantendo-se elevado nos 14 anos do estudo, e refletindo a endemicidade do município. Em 1990, este coeficiente encontrava-se bastante elevado (22,0 casos/10 mil habitantes), porém, verifica-se ao longo da primeira metade desta década sua redução, chegando a 5,8 casos/10 mil habitantes em 1997, que coincidiu com a instituição da

liquimioterapia como esquema terapêutico padrão no município, a partir de 1990.

O coeficiente de detecção de casos novos (Tabela 2), a partir de 1996, mostrou elevação discreta chegando a um patamar de 4,5 casos/10 mil habitantes, no último ano do estudo. Esta elevação foi acompanhada por uma redução do coeficiente de prevalência. O período coincidiu com o início da realização de ações estratégicas mais intensificadas no município, descritas anteriormente.

A taxa de detecção de casos novos em pacientes com menos de 15 anos de idade, ou a proporção destes em relação ao total de casos novos detectados em determinado ano, pode sinalizar o grau de endemia na área, quando seus valores se encontram acima de 0,5/10 mil habitantes ou 5%, respectivamente¹⁶. No Município de Duque de Caxias observou-se uma oscilação na taxa de detecção nessa faixa etária, sem mostrar tendência de elevação ou queda. Esta taxa manteve-se acima de 0,5/10 mil habitantes a maior parte do período do estudo, e apresentou ocorrência de dois picos: (1) 1,2 em 1999 e (2) 1,3 em 2003, que pode estar refletindo as ações estratégicas realizadas no ano anterior, como o início da descentralização em 1998 e as campanhas localizadas em 2002. Já a proporção de casos novos em menores de 15 anos pode expressar a visão do mesmo problema por outro ângulo, ou seja, sua proporção em relação ao total detectado em determinado período. No ano de 1996, por exemplo, quando a proporção dos casos nessa faixa etária foi uma das maiores de todo o período (9,5%), a taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos foi de 0,8/10 mil habitantes, não correspondendo a maior taxa nos anos estudados (Tabela 2).

A incapacidade física no paciente de hanseníase é o desfecho indesejado que denota uma detecção mais tardia da doença, representando também um bom dado epidemiológico para a análise da endemia. A porcentagem de casos novos com grau I e II de incapacidade física é um indicador que pode ser utilizado para o cálculo da estimativa de prevalência oculta^{10,11}. No Município de Duque de Caxias, a alta porcentagem desses casos, no período do estudo, reforça a endemicidade da área (Tabela 1). Pode-se verificar que ocorreu um aumento na porcentagem de casos novos com grau II de incapacidade física concomitante ao início da descentralização em 1998 (13,8%), porém, com a manutenção das ações de descentralização, houve uma redução do mesmo nos últimos dois anos, chegando a 6,1% em 2003. Isso pode representar uma detecção mais precoce dos casos, uma vez que também ocorreu neste mesmo período, aumento na detecção da forma

Tabela 1

Características clínicas dos casos novos de hanseníase detectados no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 1990 a 2003.

Ano	Mulheres (%)	Paucibacilar (%)	Forma clínica (%)				Grau de incapacidade física no diagnóstico (%)			
			Indeter- minada	Tuberculóide	Dimorfa	Virchoviana	Casos avaliados	0	I	II e III
1990	57,3	45,1	17,5	27,7	19,9	35,0	95,6	67,0	25,9	7,1
1991	49,7	47,0	22,2	24,3	26,5	26,5	96,2	73,6	21,3	5,1
1992	49,8	42,1	13,4	29,2	27,3	29,7	91,4	72,3	20,4	7,3
1993	53,9	39,7	9,9	29,8	35,5	24,1	99,3	68,6	20,7	10,7
1994	41,9	37,6	14,5	23,1	34,2	27,4	96,6	65,5	25,7	8,8
1995	56,1	48,0	16,3	31,6	30,6	21,4	99,0	88,7	7,2	4,1
1996	49,7	45,0	12,7	32,3	35,4	19,0	72,5	81,8	10,9	7,3
1997	59,2	52,7	11,2	40,8	32,3	15,0	50,4	83,2	9,2	7,6
1998	54,7	41,6	7,3	34,3	38,0	20,4	71,5	81,1	5,1	13,8
1999	54,0	52,6	7,6	44,4	27,2	20,5	90,1	79,0	7,7	13,2
2000	50,7	52,3	13,2	39,8	28,6	18,4	85,5	79,6	11,5	8,8
2001	53,1	46,5	17,0	30,5	34,6	15,1	54,1	77,9	10,5	11,6
2002	58,0	47,6	19,2	28,7	32,6	13,4	61,6	81,0	9,0	10,1
2003	53,8	51,4	23,1	28,6	23,9	13,7	76,1	81,6	12,3	6,1

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁷; Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias^{15,18}.

Tabela 2

Indicadores epidemiológicos de hanseníase do Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 1990 a 2003.

Ano	Taxa de prevalência	Taxa de deteção	Taxa de deteção em < 15 anos	Casos novos detectados em < 15 anos (%)	Razão casos prevalentes/ Casos novos	Casos novos curados (%)	Unidades descentralizadas (%)
1990	22,0	3,1	0,4	4,9	7,1	72,7	10,0
1991	22,5	2,8	0,7	9,2	8,1	84,5	8,3
1992	19,3	3,1	0,8	9,6	6,2	72,0	8,3
1993	16,9	2,1	0,2	4,3	8,2	82,0	8,3
1994	13,6	1,7	0,4	7,7	8,0	86,7	8,3
1995	10,1	1,4	0,1	3,1	7,2	89,7	8,3
1996	7,7	2,7	0,8	9,5	2,9	90,1	8,3
1997	5,8	3,7	0,7	6,5	1,6	90,0	8,3
1998	6,0	3,7	0,6	4,7	1,6	84,6	15,0
1999	6,7	4,0	1,2	8,6	1,7	87,4	14,3
2000	6,5	4,0	0,5	3,9	1,6	87,6	13,6
2001	6,2	4,1	0,8	5,7	1,5	83,6	19,0
2002	5,9	3,8	0,7	4,9	1,5	82,0	28,6
2003	5,8	4,5	1,3	8,5	1,3	85,6	59,5

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁷; Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias^{15,18}.

indeterminada, que representa uma manifestação inicial da doença (Tabela 1).

A análise da qualidade dos serviços de saúde foi feita a partir de quatro indicadores: (1) a razão dos casos prevalentes de hanseníase e casos novos detectados em cada ano do estudo (Figura 1); onde se observa uma tendência de redução progressiva ao longo dos 14 anos, com uma razão de 1,3 no último ano. Em última análise, esse indicador pode ser considerado uma aproximação do tempo de permanência dos pacientes no registro ativo, e serve como marcador de monitoramento do acompanhamento do tratamento⁸; (2) a porcentagem de casos novos curados em cada ano, verificando-se valores acima de 80% na maior parte do período, e sem tendência de queda (Tabela 2); (3) a porcentagem de casos novos com forma indeterminada, observando-se maior precocidade do diagnóstico no período do estudo (descrito anteriormente), demonstrando maior rastreamento de casos; e (4) a porcentagem de unidades descentralizadas, que mostrou elevação, principalmente, após o início das campanhas localizadas, significando ampliação do acesso ao tratamento por parte do paciente.

Os valores por distrito, e conseqüentemente, uma visão e análise mais localizada da situação só puderam ser feitas a partir de 1996, devido a dificuldades na recuperação da informação.

Ao analisar a Figura 2, verificam-se as diferenças regionais dos indicadores epidemiológicos da doença no município em cada ano, e suas variações correspondentes às diversas intervenções feitas.

As Figuras 2a e 2b mostram as taxas de detecção anual nos quatro distritos, evidenciando no 1º Distrito uma queda em 2001, porém, nova elevação a partir de 2002 que corresponde à descentralização para o PSE. O 2º Distrito foi o único que apresentou elevação expressiva nessa taxa em todo o período analisado. Já o 3º e 4º distritos apresentaram elevação mais evidente a partir de 2001, quando as primeiras unidades convencionais (Postos Médico-Sanitários) foram descentralizadas para esses distritos. A maior detecção ocorreu nos 2º e 3º distritos, com valores chegando a 5,0 e 8,0, respectivamente. Nas Figuras 2c e 2d, as taxas de prevalência mostraram tendências diferentes nos quatro distritos. O 1º Distrito foi o único que mostrou queda em todo o período analisado e o 2º Distrito o único com elevação contínua no mesmo período. Porém, um comportamento diferente deste indicador é constatado no 3º e 4º distritos. Estes apresentaram um pico em 2001 e 2002, e queda subsequente em 2003. O 3º Distrito foi o que maior nível atingiu, com taxa de prevalência de 9,5 em 2001. Estes picos foram coincidentes com

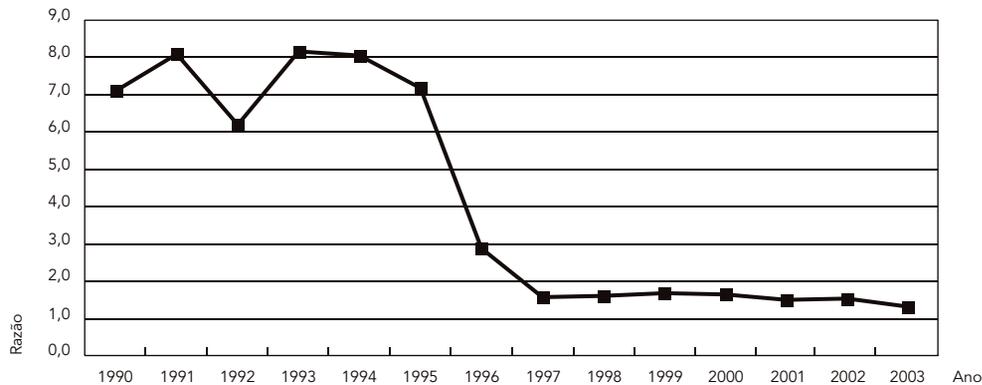
as ações mais intensas na área, como a descentralização do atendimento em 2001, e campanhas locais em 2002. Apesar dessas ações terem continuado em 2003, houve uma tendência de queda das taxas nesses distritos, possivelmente por não existir tantos casos não diagnosticados na área. Essa idéia pode ser reforçada quando se analisa o grau de incapacidade física por regiões distritais. As Figuras 2e e 2f ilustram uma variação desse indicador entre os distritos, porém todos com tendência de queda da detecção de casos com grau II de incapacidade física ao final do período. Da mesma forma observada nos dados gerais do município, também se verifica regionalmente uma tendência de aumento inicial da porcentagem de casos com grau II de incapacidade física, porém com a manutenção das ações de descentralização e campanhas, há uma queda no ano seguinte. O 1º Distrito apresentou valores mais altos em 2001, quando novas unidades deste distrito iniciaram atendimento para portadores da hanseníase; e no 2º Distrito, tendência ao aumento do indicador a partir de 2002, coincidindo com a descentralização para o PSE. O 3º e 4º distritos mostraram uma tendência de queda a partir de 2000, e mantida até 2003. Observa-se que não houve pico de aumento desse indicador durante as ações estratégicas nesses dois últimos distritos. Apesar de eles possuírem altas taxas de prevalência, principalmente o 3º Distrito, imagina-se que exista ainda uma pequena quantidade de casos não diagnosticados nessas áreas, caso esses mais recentes. Por esta razão, pode-se considerar que antes da descentralização, somente os casos mais tardios se deslocavam através de longas distâncias até a unidade de saúde mais próxima para obter tratamento, em função da sua maior gravidade. Após a descentralização para esses distritos a partir de 2001, passou-se a detectar casos mais precoces e, portanto, menos graves do ponto de vista da incapacidade física.

Discussão

Um dos questionamentos atuais relaciona-se à efetividade das estratégias estabelecidas para a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. A descentralização do diagnóstico e tratamento dos casos para todas as unidades básicas de saúde é suficiente para o alcance dessa meta? Foi demonstrado em estudo recente no Ceará, Brasil, que a descentralização tem um papel importante, mas não melhora, por si só, o desempenho do sistema de saúde na assistência à população, não isoladamente¹⁹. Um outro estudo enfocando a avaliação das

Figura 1

Razão entre casos prevalentes e casos novos de hanseníase detectados no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 1990 a 2003.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ¹⁷; Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias ^{15,18}.

estratégias de controle da hanseníase foi realizado na China em 2001, através de uma série histórica da doença, e mostrou o impacto favorável nos seus indicadores epidemiológicos e no cenário da doença após algumas intervenções, como exame clínico de massa ²⁰. No entanto, há poucos registros na literatura de estudos no Brasil avaliando a relação entre estratégias de intervenções operacionais e os indicadores epidemiológicos ⁴. No presente trabalho, foi possível verificar uma influência positiva da estratégia de descentralização relacionada ao incremento da detecção de casos novos. O acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, em todo o município, ampliou a precocidade do diagnóstico e, conseqüentemente, reduziu o número de pacientes incapacitados. Essa facilitação e também a ampliação do rastreamento dos casos através da democratização do diagnóstico para um número maior de profissionais de saúde estão sendo decisivos no processo de eliminação da doença ²¹. Talvez seja necessário um período maior de análise dessa ação para se concluir sobre sua suficiência no alcance da meta de eliminação. Contudo, uma avaliação preliminar dos dados epidemiológicos do Município de Duque de Caxias permitiu a constatação da colaboração dessa estratégia de descentralização nas mudanças do quadro endêmico local, nos últimos cinco anos.

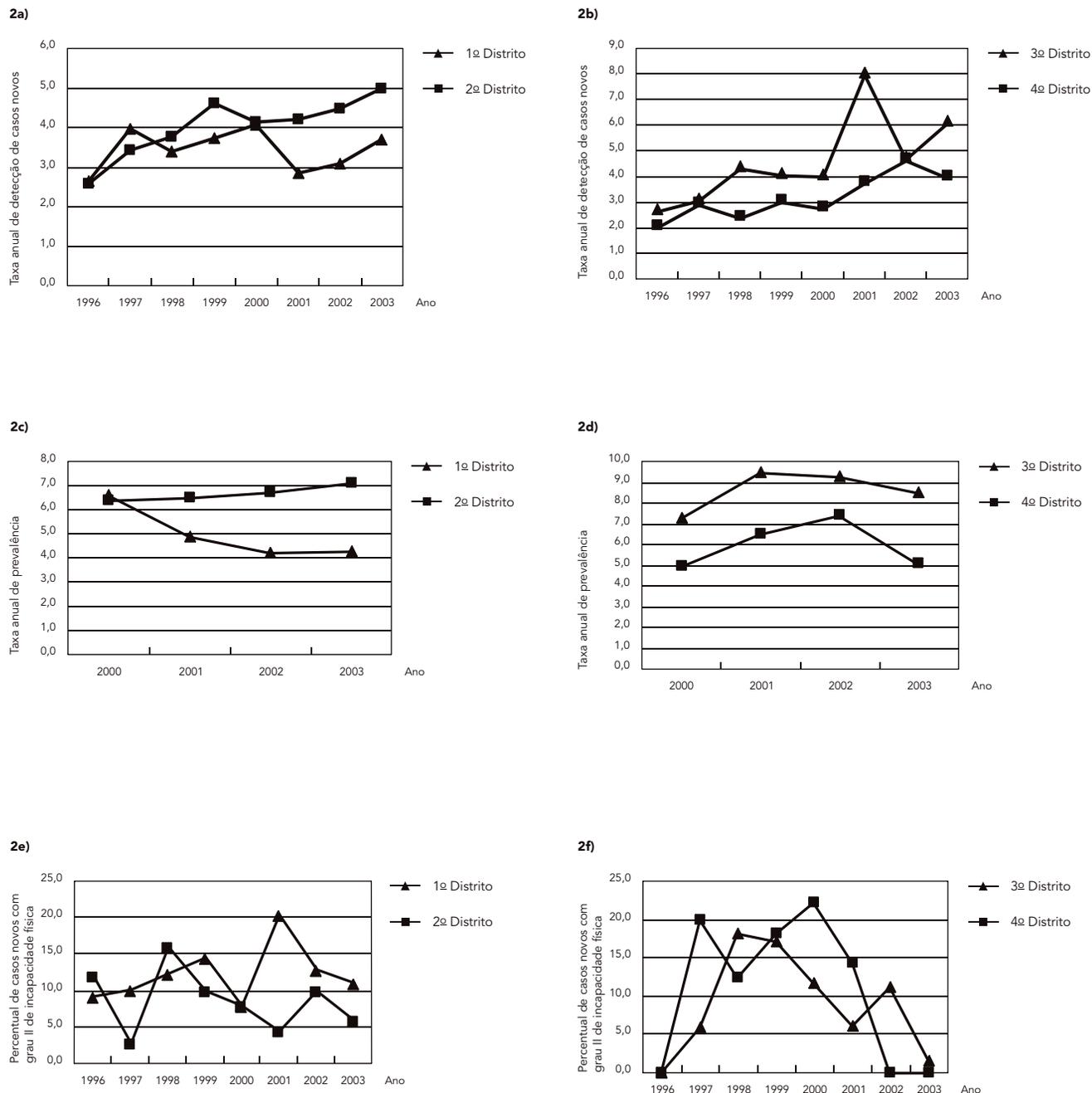
Outra estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde é aumentar o reconhecimento da doença em seu estágio inicial pela população.

Interroga-se se a divulgação e informação sobre a doença têm mostrado ser eficiente. Em estudo recente realizado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro em 2002, foi observado um grande desconhecimento por parte da população sobre a doença. Apenas 5,9% da população entrevistada foram capazes de identificar as manifestações iniciais relacionadas à categoria hanseníase ^{22,23}. A realização de campanhas frequentes, com distribuição de panfletos e outras atividades educativas junto à comunidade de Duque de Caxias nos últimos dois anos, a partir das unidades básicas de saúde, pode ter sido benéfica através da melhoria do conhecimento sobre a doença por parte da população local, e isso talvez tenha influenciado no aumento da detecção de casos com a forma indeterminada, que é a forma mais inicial da doença. O diagnóstico mais precoce da hanseníase pode colaborar na interrupção do ciclo de transmissão da doença ^{24,25}, porém não se sabe se isso poderia trazer um esgotamento do número de casos existentes. Existem fatores, alguns ainda desconhecidos, que podem estar sendo obstáculos, retardando o avanço da eliminação da hanseníase no mundo todo ²⁶.

Não só o diagnóstico mas também o acompanhamento do caso são de grande importância para o controle da doença. Foi visto neste estudo que o acompanhamento dos casos em tratamento se mostrou progressivamente melhor, de acordo com a redução da permanência dos pacientes no registro ativo, medido através da razão entre os casos prevalentes e os casos novos detectados.

Figura 2

Distribuição dos casos de hanseníase em cada distrito municipal: (2a) taxa de detecção de casos novos no 1º e 2º distritos, de 1996 a 2003; (2b) taxa de detecção de casos novos no 3º e 4º distritos, de 1996 a 2003; (2c) taxa de prevalência no 1º e 2º distritos, de 2000 a 2003; (2d) taxa de prevalência no 3º e 4º distritos, de 2000 a 2003; (2e) percentual de casos com grau II de incapacidade física no 1º e 2º distritos, de 1996 a 2003; (2f) percentual de casos com grau II de incapacidade física no 3º e 4º distritos, de 1996 a 2003.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 17; Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias 15,18.

Entre 1990 e 1996, deve-se considerar a influência da implantação da poliquimioterapia, que reduziu acentuadamente o tempo de tratamento da doença, como justificativa da grande redução desse indicador. Contudo, a redução nos últimos sete anos pode ser explicada pela melhor aderência do paciente ao tratamento em função da maior proximidade entre sua residência e a unidade de saúde onde esteja se tratando.

O cenário da endemia no Estado do Rio de Janeiro ainda é desfavorável. Em 2004, dos seus 92 municípios, 31 municípios (26,93% da população estadual) tiveram taxa de prevalência acima de 5 casos a cada 10 mil habitantes. Por outro lado, 31 municípios (52,8% da população estadual) apresentaram esta taxa entre 1 e 3 casos a cada 10 mil habitantes. Somente 6,4% da população residem nos 14 municípios que já eliminaram a hanseníase como problema de saúde pública, com taxa de prevalência de menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes⁷. Talvez se devam ponderar outros fatores influenciando o quadro no Estado, como densidade populacional, hábitos de vida, aspectos culturais e condições sanitárias e de moradia. E ainda, além de considerar o patamar em que se encontram os indicadores, uma análise da tendência dos mesmos também deve ser feita. Em Duque de Caxias, há uma tendência de aumento da taxa de detecção, principalmente a partir de 2001, quando as ações estratégicas de descentralização foram mais intensas, o que pode estar denotando a existência de indivíduos bacilíferos ainda existentes, apesar de tendência de redução da taxa de prevalência. Os números analisados são possivelmente subestimados, pois não estão sendo considerados aqueles pacientes residentes em Duque de Caxias que tenham sido notificados e tratados em outros municípios (especialmente a capital), pois este dado não é repassado rotineiramente para o banco municipal.

Diferenças regionais também devem ser ponderadas, pois podem corroborar com a endemicidade da área. A existência de conglomerados populacionais podem estar permitindo a persistência do problema, ou até mesmo difundindo-o. O 1º e 2º distritos, que são áreas mais urbanas e onde se concentram 78% da população municipal (4.285 habitantes/km²), apresentaram indicadores epidemiológicos que parecem alertar para um quadro pior em relação ao 3º e 4º distritos, que são mais rurais e com população mais dispersa (532 habitantes/km²). Isso pode reforçar a idéia da alta densidade populacional como fator importante na transmissão da doença. Em função da permanência da endemia, faz-se necessário repensar sobre as estratégias existentes, se atualmente tornaram-se insuficientes neste processo.

Será pertinente fazer a estimativa da endemia oculta desta área, de preferência em cada distrito, com o intuito de mapear o quadro real do problema, planejar ações adequadas a cada realidade local para captação desses casos desconhecidos, e finalmente, traçar uma perspectiva realista do alcance da meta de eliminação da doença. O caminho proposto pelo município mostrou resultados favoráveis, mas a endemia ainda permanece. Novas estratégias ainda se fazem necessárias para que se possam desvendar os casos perpetuadores do problema. Sabendo-se que o risco de adoecer é muito maior entre os contatos domiciliares^{13,14}, é possível que parte dessa endemia oculta não esteja totalmente oculta, mas sim não assistida, pela precária ação de vigilância dos contatos que hoje é realizada no município, assim como em todo o país. Implementar essa avaliação pode significar estratégia decisiva no controle da doença. Por outro lado, a endemia da região pode também ser vinculada à possível existência de indivíduos com infecção assintomática, cujo diagnóstico é bastante difícil, por não existir hoje um exame suficientemente sensível e específico para caracterização da infecção subclínica. Estudos sinalizam para testes promissores como, por exemplo, os exames sorológicos para detecção de anticorpos anti-PGL-1^{27,28}. Talvez, a utilização futura deste tipo de exame possa propiciar a identificação desses portadores “silenciosos” da doença, e conseqüentemente, atuar na cadeia de transmissão dessa micobactéria, acelerando o processo de eliminação da doença como um problema de saúde pública.

A descentralização da assistência aos pacientes de hanseníase deve ser vista como ação importante, porém não única, a ser utilizada como estratégia para eliminação da doença no Brasil, e em todo o mundo. Devem-se considerar fatores regionais culturais, educacionais, sócio-econômicos, geográficos e políticos, para direcionar as decisões estratégicas através de medidas complementares (por exemplo, as campanhas locais realizadas no Município de Duque de Caxias descritas neste estudo) com o intuito de ampliar o impacto positivo no quadro epidemiológico da região. Além disso, o incompleto conhecimento científico a respeito de todos os fatores envolvidos na história natural da doença não permite ainda compreender a evolução mais desfavorável de algumas regiões que continuam com elevação da detecção de casos novos, apesar dos esforços e estratégias políticas intensificadas. Independente de a eliminação da doença ocorrer no Brasil até o final de 2005, no âmbito nacional, a endemia permanecerá por um tempo maior em micro-regiões, em nível municipal, como é o caso da endemia em Duque de Caxias.

Resumo

As estratégias de controle da hanseníase no mundo vêm sofrendo mudanças na última década, com finalidade de alcançar a meta de eliminação da doença recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Atualmente, países mais endêmicos ainda encontram dificuldades de atingir essa meta. O objetivo deste estudo foi descrever as estratégias de eliminação realizadas em Duque de Caxias, município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, com alta endemicidade, e analisar os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da doença e sua tendência evolutiva nos últimos 14 anos, a partir do banco de dados oficial de notificação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estratégias como descentralização do atendimento ao paciente e campanhas localizadas foram associadas ao aumento da detecção de casos mais precoces, e à redução da taxa de prevalência e do tempo de permanência dos pacientes no registro ativo. Um incremento na taxa de detecção anual pode estar relacionado à existência de prevalência oculta ou de indivíduos com infecção assintomática. Novas estratégias complementares necessitam ser formuladas para o alcance da eliminação da doença no município.

Hanseníase; Controle de Doenças Transmissíveis; Doenças Endêmicas

Colaboradores

M. D. Cunha foi responsável pela elaboração e execução das estratégias municipais, elaboração do estudo, análise dos dados e construção do texto. H. J. Matos elaborou o estudo e participou da análise dos dados. M. L. W. Oliveira, F. A. M. Cavaliere e S. M. B. Duraes foram responsáveis pela elaboração e execução das estratégias de campanhas regionais. F. M. Hércules contribuiu na execução das estratégias municipais.

Agradecimentos

Ao financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Netherlands Leprosy Relief (NLR).

Referências

- Noordeen SK. Leprosy control through therapy (MDT). Bull World Health Organ 1991; 69:263-9.
- Noordeen SK. Eliminating leprosy as a public health problem – is the optimism justified? World Health Forum 1996; 17:109-43.
- The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers. Lepr Rev 2002; 73:279-81.
- Soares LS, Moreira RO, Vilela VV, Alves MJM, Pimentel AFM, Ferreira AP, et al. The impact of multidrug therapy on the epidemiological pattern of leprosy in Juiz de Fora, Brazil. Cad Saúde Pública 2000; 16:343-50.
- World Health Organization. A guide to eliminating leprosy as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 1995.
- World Health Organization. Leprosy elimination project. <http://www.who.int/lep> (acessado em 13/Dez/2004).
- Ministério da Saúde. Carta estadual de eliminação da hanseníase. <http://www.saude.gov.br/svs> (acessado em 13/Out/2004).
- Andrade V, Sabroza PCT, Albuquerque MFM. Séries temporais dos indicadores de morbidade da hanseníase – Brasil, 1946-1994. Inf Epidemiol SUS 1996; 5:23-41.
- Ignotti E, Rodrigues AM, Andrade VLG, Valente JG. Aplicação de métodos de estimativa da prevalência de hanseníase no Estado de Mato Grosso. Rev Bras Epidemiol 2004; 7:155-66.
- Ferreira J, Mengue SS, Wagner MB, Duncan BB. Estimating hidden prevalence in Hansen's disease through diagnosis delay and grade of disability at time of diagnosis. Int J Lepr 2000; 68:464-73.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Estimativa de prevalência oculta. Hanseníase hoje. Boletim – Eliminação da Hanseníase das Américas 1998; 6:2.
- Oliveira MLW, Lenzi MER, Horta IM, Woods W, Marques LBC. O papel social do dermatologista: importância do diagnóstico precoce da hanseníase e dermatoses de repercussão coletiva. An Bras Dermatol 2004; 79 Suppl 2.

13. Matos HJ, Duppre NC, Alvim MFS, Vieira LMM, Sarno EM, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saúde Pública* 1999; 15:533-42.
14. Ignotti E. O paradoxo dos indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
15. Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Duque de Caxias: Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias; 2004.
16. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas Públicas; 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 10).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 20/Dez/2004).
18. Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Relatório anual do Programa de Controle da Hanseníase. Duque de Caxias: Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias; 2002.
19. Atkinson S, Haran D. Back to basis: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. *Bull World Health Organ* 2004; 82:822-7.
20. Chen XS, Li WZ, Jiang C, Ye Y. Leprosy in China: epidemiological trends between 1949 and 1998. *Bull World Health Organ* 2001; 79:306-12.
21. Andrade V. A eliminação da hanseníase no Brasil. *Hansen Int* 2000; 25: 177-9.
22. Joffe RA, Oliveira MLW, Rueda FCI, Duarte MC, Americano KH, Pichone AS. Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão inicial pela população de região metropolitana do Rio de Janeiro. *Hansen Int* 2003; 28:65-70.
23. Oliveira MLW, Mendes CM, Tardin RT, Cunha MD, Arruda A. A representação social da hanseníase, trinta anos após a substituição da terminologia "lepra" no Brasil. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2003; 10 Suppl 1:41-8.
24. Noordeen SK. Elimination leprosy as a public health problem: progress and prospects. *Bull World Health Organ* 1995; 73:1-6.
25. Meima A, Smith WCS, Oortmarsen GJV, Richardus JH, Habbema JDF. The future incidence of leprosy: a scenario analysis. *Bull World Health Organ* 2004; 82:373-80.
26. Visschedijk J, Broek JV, Eggens H, Lever P, Beers SV, Klatser P. Review: *Mycobacterium leprae* – millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era. *Trop Med Int Health* 2000; 5:388-99.
27. Stefani MMA, Martelli CMT, Morais-Neto OLM, Martelli P, Costa MB, Andrade ALSS. Assessment of anti-PGL-1 as a prognostic marker of leprosy reaction. *Int J Lepr* 1998; 66:356-64.
28. Bühner SS, Smits HL, Gussenhoven GC, van Ingen CW, Klatser PR. A simple dipstick assay for the detection of antibodies to phenolic glycolipid-1 of *Mycobacterium leprae*. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 58:133-6.

Recebido em 29/Set/2005

Versão final reapresentada em 22/Mai/2006

Aprovado em 27/Jul/2006