

Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995

Assessment of a leprosy control program in a hyperendemic county in the State of Maranhão, Brazil, 1991-1995

Dorlene Maria Cardoso de Aquino ¹
 João Souza Santos ²
 Jackson Maurício Lopes Costa ²

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão. Rua Viana Vaz s/n^a, São Luís, MA 65020-660, Brasil.

² Núcleo de Patologia Tropical e Medicina Social, Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão. Praça Madre Deus 2, São Luís, MA 65025-560, Brasil. npatufma@elo.com.br

Abstract This is a descriptive study to assess the leprosy control program in the municipality of Buriticupu in Maranhão State, Brazil. The records of 214 patients with different forms of leprosy were studied. Patients were treated at a health center of the Federal University in Maranhão located in the above-mentioned municipality. The study population was comprised of 110 cases with paucibacillary leprosy (PB) and 104 with multibacillary leprosy (MB). The patients were registered between January 1991 and December 1995. Data on the form of the disease, number of contacts registered, examined, and assessed, degree of disability at the beginning and end of treatment, and the register's status were collected on a form designed specifically for this purpose. Analysis of results was based on operational guidelines developed by the Ministry of Health. There was a slight predominance of the PB form. Observation of patients with physical disabilities at the beginning and end of treatment was low, as were levels of successful treatment and examined contacts. There was a high dropout level. The program was considered "low-level performance" for all indicators used in the study.

Key words Hanseníase; Communicable Disease Control; Descriptive Epidemiology; Evaluation

Resumo Estudo descritivo, objetivando avaliar o programa de controle da hanseníase do Município de Buriticupu, Maranhão. Foram analisados 214 prontuários de pacientes portadores das diversas formas clínicas de hanseníase, atendidos na unidade de saúde da Universidade Federal do Maranhão, localizada no referido município. A população de estudo foi constituída de 110 casos de hanseníase das formas paucibacilares (PB) e 104 das formas multibacilares (MB) registrados no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1995. As informações referentes à forma clínica, número de contatos registrados, examinados e avaliados, grau de incapacidade no início e final do tratamento e situação de registro, foram coletadas num formulário específico. A análise dos resultados foi baseada nos parâmetros dos indicadores operacionais definidos pelo Ministério da Saúde. Houve um discreto predomínio da forma PB da doença. Observou-se baixos percentuais em relação aos pacientes com grau de incapacidade física avaliada no início e final do tratamento, a alta por cura e contatos examinados. O percentual de abandono foi elevado. O programa foi considerado "precário" em todos os indicadores utilizados para o estudo.

Palavras-chave Leprosy; Controle de Doenças Transmissíveis; Epidemiologia Descritiva; Avaliação

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a hanseníase como uma doença infecto-contagiosa, endêmica nas áreas em desenvolvimento, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Define ainda como um caso de hanseníase “*indivíduo apresentando um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade; espessamento de nervo(s) periférico(s) acompanhado de alteração de sensibilidade*” (Penna et al., 1999:93; WHO, 1995:15), havendo ou não história epidemiológica.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil adota como classificação da doença as formas Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) e Virchowiana (V). Essas, para fins terapêuticos, são agrupadas de acordo com o número de lesões, em Paucibacilares (PB = I e T, até cinco lesões) e Multibacilares (MB = D e V, acima de cinco lesões) (MS, 1994, 2000).

Quanto ao grau de incapacidade, o mesmo é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés, tem o seu resultado final expresso em valores que variam de 0 a III. Quando o exame não é realizado, registra-se a condição de “não avaliado”. Os pacientes avaliados com graus II e III, são considerados com deformidades (MS, 1994, 1999, 2000).

O Estado do Maranhão é considerado endêmico em relação à hanseníase, tendo apresentado no ano de 1998, uma prevalência de 16,13 casos/10.000 habitantes (MS, 1999). De acordo como os dados epidemiológicos de 1997, 28 (12,9%) dos municípios apresentaram um coeficiente de prevalência (CP) maior que 20 casos/10.000 habitantes, o que conferiu a esses, um caráter hiperendêmico. Já em 1998, o quadro se agravou e 32 (14,7%) municípios do estado passaram a apresentar caráter hiperendêmico. O Município de Buriticupu que ocupava o oitavo lugar com um CP de 39,5 casos/10.000 habitantes, ascendeu para o terceiro lugar (GQV, 1999; SES-MA, 1998).

As ações do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase incluem as seguintes medidas: diagnóstico precoce, tratamento específico, prevenção e redução dos danos físicos, vigilância epidemiológica e educação em saúde, sendo a programação das atividades de controle responsabilidade de todos os níveis – local, municipal, estadual e nacional – devendo ser fundamentada em indicadores (MS, 1994).

A classificação da situação do serviço de saúde avaliado, é feita a partir da comparação dos resultados obtidos com os parâmetros adotados pelo MS e variam de acordo com o indicador utilizado (MS, 2000).

Apesar do programa de controle da hanseníase do Município de Buriticupu ser referência para a região, não encontrou-se estudos que avaliassem a realidade do mesmo. A necessidade de responder questões relacionadas à avaliação do grau de incapacidade física dos pacientes atendidos, à situação de registro, ao percentual de pacientes curados e de abandono do tratamento, e ainda, à situação dos contatos registrados, justificaram a realização do presente estudo, que tem por objetivo avaliar a situação do referido programa no município, por ser esse a única unidade de saúde do município que acompanha os casos de hanseníase.

Material e métodos

Realizou-se um estudo descritivo com 214 casos de hanseníase diagnosticados no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1995, e inscritos no programa de controle da hanseníase da unidade de saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no Município de Buriticupu.

O município, com uma área de 2.899km², localiza-se na região amazônica do Maranhão, distante 430km da capital do estado (IBGE, 1996). Suas características geográficas, econômicas e populacionais encontram-se descritas em estudos de Silva et al. (1979), Costa et al. (1998) e Rebêlo et al. (2000).

A população estudada foi constituída de 110 casos PB (63,6% indeterminado e 36,4% tuberculóide) e 104 casos MB (32,6% dimorfa e 67,4% virchowiana). A coleta de dados foi realizada nos prontuários no período de janeiro de 1999 a 30 de outubro de 1999, em formulário contendo dados relativos à forma clínica, número de contatos registrados, examinados e avaliados, grau de incapacidade no início e final do tratamento e situação de registro. Os critérios de cura e abandono, seguiram os da OMS, adotados pelo MS, para o período analisado (MS, 2000; WHO, 1995).

Na avaliação do programa, utilizou-se os indicadores operacionais que medem a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e a sua capacidade em assistir aos casos de hanseníase e, aqueles que avaliam a efetividade dos tratamentos e a execução da atividade de vigilância de contatos. Para a classificação do programa, adotou-se os parâmetros dos indicadores utilizados pelo MS (2000). Os dados foram analisados no programa Epi-Info, versão 6.4.

Resultados

Durante a realização do estudo, observou-se a inexistência do arquivo com os cartões de aprazamento dos pacientes portadores de hanseníase.

Em relação à classificação operacional, houve um discreto predomínio das formas PB (51,4%). Entretanto, nas formas clínicas, o percentual de pacientes portadores da indeterminada e virchowiana foi igual (32,7%). A tuberculóide foi responsável por 18,7% dos casos e a dimorfa por 15,9% (Tabela 1).

Ao considerar-se a situação de registro, constatou-se que 60,9% dos PB e 55,8% dos MB, receberam alta por cura. As situações “abandono” e “transferência” foram mais frequentes nos pacientes portadores das formas MB da doença (33,6% e 9,6% respectivamente) (Tabela 2).

Quanto à avaliação do grau de incapacidade no início do tratamento, constatou-se que nas formas PB o percentual de “não avaliado” foi de 73,6% e nas MB, 74%. A deformidade (grau II ou III de incapacidade física) foi observada em 4,5% dos casos PB e 4,8% dos MB que iniciaram o tratamento. Quando considerou-se a deformidade apenas entre os casos novos detectados e avaliados, a diferença observada entre os dois grupos foi pequena (17,2% e 18,5% respectivamente) (Tabela 2).

Quanto à avaliação do grau de incapacidade ao término do tratamento, verificou-se que a maioria dos casos não foi avaliada. Entre os avaliados observou-se registros, tanto nas formas PB quanto nas MB, de casos curados com deformidades, sendo as mesmas mais frequentes nos PB (20%) (Tabela 2).

Mais da metade dos contatos registrados eram de pacientes das formas PB (54,5%). Em relação ao exame clínico dos contatos, observou-se que o mesmo foi realizado em 7,7% dos contatos de PB e 16,8% dos MB. Somente nesse último grupo, o encaminhamento para a vacinação com BCG intradérmica foi realizado, sendo esse bastante reduzido (2,7%) (Tabela 3).

Considerando-se os parâmetros dos indicadores utilizados para a avaliação, o programa foi classificado como precário em todos. A Tabela 4 traz os indicadores utilizados e a classificação do programa de controle da hanseníase no município estudado.

Discussão

A Amazônia do Maranhão, composta de 82 (37,6%) dos municípios do estado, representa atualmente a área mais importante no que diz

Tabela 1

Casos de hanseníase por classificação operacional e forma clínica. Município de Buriticupu, Maranhão, Brasil, 2001.

Classificação operacional/ Formas clínicas	f	%
Paucibacilar		
Indeterminada	70	32,7
Tuberculóide	40	18,7
Multibacilar		
Dimorfa	34	15,9
Virchowiana	70	32,7
Total	214	100,0

respeito à prevalência de algumas doenças consideradas endêmicas como malária, leishmaniose tegumentar americana, hanseníase, esquistossomose, entre outras (Costa et al., 1998; Cutrim, 1995; Silva et al., 1979). Entre os municípios, destaca-se Buriticupu que vem apresentando níveis de hiperendemicidade para algumas dessas endemias, em especial a hanseníase cujo CP foi de 49,5 casos/10.000 habitantes em 1999. Esse quadro reflete a necessidade urgente de medidas de controle que possam reduzir a prevalência da endemia na região.

O predomínio de diagnóstico das formas paucibacilares com 51,4% dos casos registrados, foram similares aos encontrados no Brasil (1999), no Estado do Maranhão (1999) e no estudo realizado por Munhoz Jr. et al. (1997). Divergem porém dos resultados encontrados por Zambon et al. (1990), em estudo realizado na região de São Carlos, São Paulo, onde o predomínio ocorreu nas formas MB.

A presença das formas MB em nossa casuística, refletiu a demora no diagnóstico da doença. Sabe-se da importância da forma Indeterminada para o início do tratamento, pois o paciente apresenta poucos bacilos, não funcionando como fonte de infecção. Além disso, o diagnóstico precoce e o tratamento no início da doença evitam a polarização para formas que apresentam potencial incapacitante (T, D e V) (Brasil, 1997; Talhari, 1994).

Nos casos novos diagnosticados cujo grau de incapacidade foi avaliado, as formas PB e MB apresentaram resultados semelhantes. Os valores encontrados em nosso estudo, apesar de superiores aos de Zambon et al. (1990), na região de São Carlos, classificaram-no, em relação a es-

Tabela 2

Casos de hanseníase por grau de incapacidades e situação de registro.
Município de Buriticupu, Maranhão, Brasil, 2001.

Variáveis	Classificação operacional				Total	
	Paucibacilar		Multibacilar		f	%
	f	%	f	%		
Grau de incapacidade no início do tratamento						
Zero	15	13,6	10	9,6	25	11,7
I	9	8,2	12	11,5	21	9,8
II	5	4,6	2	1,9	7	3,3
III	0	0,0	3	2,9	3	1,4
Não avaliado	81	73,6	77	74,1	158	73,8
Total	110	100,0	104	100,0	214	100,0
Grau de incapacidade entre os casos novos detectados e avaliados						
Zero	15	51,7	10	37,0	25	44,6
I	9	31,0	12	44,5	21	37,5
II e III	5	17,3	5	18,5	10	17,9
Total	29	100,0	27	100,0	56	100,0
Grau de incapacidade avaliado no final do tratamento						
Sim	10	14,9	10	17,2	20	16,0
Não	57	85,1	48	82,8	105	84,0
Total	67	100,0	58	100,0	125	100,0
Grau de incapacidade entre os casos avaliados para alta						
Zero	5	50,0	3	30,0	8	40,0
I	3	30,0	6	60,0	9	45,0
II e III	2	20,0	1	10,0	3	15,0
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0
Situação dos casos durante a realização do estudo						
Curado	67	60,9	58	55,8	125	58,4
Abandono	36	32,7	35	33,6	71	33,2
Transferido	6	5,5	10	9,6	16	7,5
Óbito	1	0,9	1	1,0	2	0,9
Total	110	100,0	104	100,0	214	100,0

se indicador, como precário uma vez que menos de 75% dos casos novos foram avaliados.

Quando compara-se os resultados de nossos pacientes portadores de deformidades com os de outros estudos, observa-se que o percentual em Buriticupu foi superior aos de Zambon et al. (1990) e ao do Brasil (7%) no ano de 1997 (Brasil, 1998). Esse resultado indica diagnóstico tardio, uma vez que a procura da unidade de saúde aconteceu quando as incapacidades físicas já estavam instaladas, mostrando a falta de capacidade da rede de saúde pública municipal de

promover ações educativas junto às comunidades locais.

Com base no indicador operacional “porcentagem de casos curados no ano com grau de incapacidade avaliado”, observou-se resultados inferiores a 75% o que classificou o programa como “precário”, divergindo da avaliação do Estado do Maranhão (1999), onde o resultado foi considerado “bom” (90,8%) (SES-MA, 1999).

A avaliação e o registro da incapacidade são essenciais para a orientação e educação quanto ao auto cuidado, prevenir e/ou evitar a insta-

lação de incapacidades pós-alta, bem como para a produção de dados que permitam a avaliação do programa e são fundamentais para o sucesso do mesmo; daí a importância de examinar todos os pacientes no momento da alta (MS, 1994).

Quando classificou-se o programa em relação ao indicador de “cura entre casos novos diagnosticados nos anos da coorte”, o mesmo foi considerado “precário” por ter apresentado um porcentual de cura inferior a 75%, tanto nas formas PB quanto nas MB. Em relação às formas MB os resultados foram considerados similares aos do estado, porém diferentes em relação às PB, onde o resultado obtido para o Maranhão foi considerado “bom” (SES-MA, 1999).

No Brasil, estudo realizado em 1997, revelou que a alta por cura ocorreu em 72% dos PB e 60% dos MB. Tanto no município estudado, como no Brasil, o índice de cura foi maior nos PB (MS, 1998).

Apesar de nas formas MB as situações “abandono” e “transferência” terem sido mais frequentes, observou-se que ao avaliarmos o programa em relação ao indicador de abandono, a classificação foi considerada “precária”, tendo sido superior a 25% nos dois grupos. A Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão (SES-MA), avaliando o programa do estado em relação a esse indicador, classificou-o como “bom” e “regular” nas formas PB e MB, respectivamente,

sendo portanto, a avaliação do Município de Buriticupu, diferente da do estado (SES-MA, 1999).

O exame e encaminhamento dos contatos para a vacinação com BCG intradérmica, constituem-se em medidas de controle a serem adotadas a todos. Os resultados do estudo apontaram um número reduzido de contatos contemplados com tais medidas. Dos contatos de pacientes PB, nenhum foi examinado e dos MB, apenas 16,8%. Esses resultados são inferiores aos mencionados por Carrasco & Pedrazzani (1993), que ao analisarem a situação dos comunicantes em Campinas, São Paulo, verificaram que a avaliação foi realizada em 23,8% dos comunicantes registrados.

Tabela 3

Situação dos contatos de casos de hanseníase. Município de Buriticupu, Maranhão, Brasil, 2001.

Situação dos contatos	Classificação operacional dos casos índices				Total	
	Paucibacilar f	%	Multibacilar f	%	f	%
Examinados	27	7,7	49	16,8	76	11,8
Vacinados	0		8		8	
Não examinados	323	92,3	243	83,2	566	88,2
Total	350	100,0	292	100,0	642	100,0

Tabela 4

Resultados dos indicadores operacionais. Município de Buriticupu, Maranhão, Brasil, 2001.

Indicadores operacionais	Classificação operacional				Total		Resultado da avaliação
	Paucibacilar f (total = 110)	%	Multibacilar f (total = 104)	%	f (total = 214)	%	
Casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliada	29	26,4	27	25,9	56	26,2	Precário
Cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes	67	60,9	58	55,8	125	58,4	Precário
Casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada	10	14,9	10	17,2	20	9,3	Precário
Abandono de tratamento entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes	36	37,7	35	33,6	71	33,2	Precário
Contatos examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano*	27	7,7	49	16,8	76	11,8	Precário

* Paucibacilar (f/total = 350), Multibacilar (f/total = 292).

No que diz respeito ao encaminhamento para a vacinação com BCG intradérmica dos contatos registrados, somente 2,7% dos de MB foram encaminhados. Tais resultados foram inferiores aos relatados por Matos et al. (1999), no Rio de Janeiro, onde 50,5% dos contatos foram encaminhados à vacinação. A mesma deve ser indicada em duas doses por via intradérmica para todos os contatos sadios. A proteção conferida pela vacina BCG, segundo estudos realizados no Brasil e em outros países, varia de 20 a 80% sugerindo maior proteção para as formas MB da doença (MS, 1994).

Quando considerou-se as formas clínicas dos casos índices, verificou-se que a maioria era contactante de pacientes PB, discordando dos achados de Matos et al. (1999), no Rio de Janeiro.

Conclusão

Concluiu-se que apesar da hiperendemicidade do município estudado, o programa vem atuando de forma precária, necessitando tanto de um melhor acompanhamento dos casos de hanseníase diagnosticados e registrados, quanto do exame dos contatos registrados e encaminhamento dos mesmos à vacinação com BCG intradérmico.

Os principais problemas encontrados em relação a atuação do programa foram:

- Inexistência do arquivo com os cartões de aprazamento dos pacientes.
- Ausência de atividades de busca ativa dos faltosos.
- Falta de pessoal capacitado para realizar a avaliação correta do grau de incapacidade física dos casos diagnosticados.
- Número de contatos examinados e encaminhados para a vacinação com BCG bastante reduzido.

Para uma melhor atuação do programa, sugere-se:

- Manter arquivo de cartões de aprazamento atualizado, para melhor acompanhamento dos casos em registro ativo.
- Desenvolver atividades voltadas para a busca ativa dos faltosos e de comunicantes, a partir do envolvimento dos agentes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família.
- Treinar os profissionais que atuam no programa para a avaliação correta do grau de incapacidade física.

Além dessas sugestões, faz-se necessário a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença em nível comunitário, visando a estimular a procura pelo serviço de saúde dos sintomáticos dermatológicos. Tal medida favorecerá o diagnóstico precoce e tratamento correto, que são fundamentais para o controle da endemia.

Agradecimentos

A Hannelore Vieth da Associação Alemã de Ajuda aos Portadores de Hanseníase (DAHW) pela presteza, interesse e apoio durante o desenvolvimento do estudo. Este trabalho foi realizado com o auxílio financeiro da DAHW.

Referências

- CARRASCO, M. A. P. & PEDRAZZANI, E. S., 1993. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 27:214-228.
- COSTA, J. M. L.; BALBY, I. A. T.; ROCHA, E. J. S.; SILVA, A. R. S.; REBÊLO, J. M. M.; FERREIRA, L. A.; GAMA, M. E. A.; BRANCO, M. R. F. C. & SOARES, N. J. S., 1998. Estudo comparativo da leishmaniose tegumentar americana em crianças procedentes das áreas endêmicas de Buriticupu (Maranhão) e Corte de Pedra (Bahia), Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 31:279-288.
- CUTRIM, R. N. M., 1995. *Aspectos Epidemiológicos e Clínicos da Esquistossomose Mansônica em Três Localidades da Baixada Ocidental Maranhense (1987-1993)*. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- GQV (Gerência de Qualidade de Vida), 1999. *Hanseníase: Avaliação Anual*. São Luís: GQV.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1996. *População do Município de Buriticupu*. 1996. São Luís: IBGE.
- MATOS, H. J.; DUPPRE, N.; ALVIM, M. F. S.; VIEIRA, L. M. M.; SARNO, E. N. & STRUCHINER, C. J., 1999. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cadernos de Saúde Pública*, 15:533-542.
- MS (Ministério da Saúde), 1994. *Guia de Controle da Hanseníase*. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 1999. *Informações Epidemiológicas e Operacionais – 1998*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2000. *Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil*. Brasília: Área Técnica de Dermatologia Sanitária, MS.
- MUNHOZ Jr., S.; FONTES, C. J. F. & MEIRELLES, S. M. P., 1997. Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios matogrossenses, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31:282-287.
- PENNA, G. O.; TEIXEIRA, M. G. & PEREIRA, S. M. (org.), 1999. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- REBÊLO, J. M. M.; OLIVEIRA, S. T.; BARROS, V. L. L.; SILVA, A. R. S.; COSTA, J. M. L. & FERREIRA, L. A., 2000. Plebotominae (Diptera: Psychodidae) de Lagoas, Município de Buriticupu, Amazônia Maranhense. I-Riqueza e abundância relativa das espécies em áreas de colonização recente. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 33:11-19.
- SES-MA (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão), 1998. *Hanseníase: Indicadores Selecionados Segundo Município – Maranhão*. São Luís: Fundação Nacional de Saúde.
- SES-MA (Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão), 1999. *Hanseníase: Indicadores Selecionados Segundo Município – Maranhão*. São Luís: SES-MA.
- SILVA, A. R.; MARTINS, G.; MELO, J. E. M.; ARAUJO, J. P. & MENDES, M. L., 1979. Surto epidêmico de leishmaniose tegumentar americana ocorrido na colonização agrícola de Buriticupu (Estado do Maranhão), Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 21:43-50.
- TALHARI, S., 1994. Hanseníase: Situação atual. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 19:209-215.
- WHO (World Health Organization), 1995. *Guia para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública*. Geneva: WHO/LEP.
- ZAMBON, D. V.; KANEKO, A. K. & PEDRAZZANI, S. E., 1990. Avaliação epidemiológica e operacional do programa de controle da hanseníase na região de São Carlos-SP no período de 1983/1988. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 43:88-95.

Recebido em 17 de maio de 2001

Versão final reapresentada em 30 de abril de 2002

Aprovado em 12 de julho de 2002