

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS*

LEPROSY IN THE CITY OF OURO PRETO, MINAS GERAIS: EPIDEMIOLOGY AND OPERATIONAL ASPECTS

HANSENIASIS EN EL MUNICIPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y OPERATIVOS

Thaline Alves de Oliveira¹
Francisco Carlos Félix Lana²

RESUMO

A hanseníase, doença infectocontagiosa causada pela *Mycobacterium leprae*, possui uma imagem social histórica, e o desenvolvimento da ciência não foi capaz de mudar a resposta de medo e preconceito da sociedade perante essa doença. Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, cujo objetivo foi analisar a epidemiologia da hanseníase no município de Ouro Preto, no período de 2002 a 2008, visando formular estratégias para o controle da doença na região e identificar possíveis áreas homogêneas com riscos de transmissão. Foram coletados dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), no setor de Epidemiologia do município. Os resultados mostraram que todas as notificações foram realizadas na Policlínica Municipal de Ouro Preto. Há a existência de um possível *cluster* da doença no distrito de Santa Rita, uma vez que 72% das notificações eram de residentes desse distrito, o que sugere uma área remanescente de alta incidência da doença na antiga Vila Rica. A taxa de detecção média da hanseníase no município foi de 2,1/10 mil habitantes e, em Santa Rita, de 24,5/10 mil, caracterizando a região como hiperendêmica. Observou-se, ainda, que os casos em menores de 15 anos representaram 2,9% do total e que a taxa de detecção em 2002, 2006 e 2008 foi de 0,5/10 mil habitantes, demonstrando transmissão ativa da doença. Assim, constatou-se a necessidade de descentralizar os serviços de saúde a fim de atingir melhorias no acesso e resolutividade, além da realização de novas pesquisas sobre a história e seus determinantes.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Doenças Transmissíveis; Descentralização.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease caused by the *Mycobacterium leprae* that still has a social historical image. The development of science has not been successful in changing people's fear and prejudice towards this illness. This is a descriptive and traversal study that aims to analyze the epidemiology of leprosy in the city of Ouro Preto between 2002 and 2008, in order to establish control strategies and identify possible homogeneous areas of risk transmission. Data were collected from the National Injury Surveillance System, at the Epidemiology Office of the city. Results show that all notifications were accomplished in the General Hospital of Ouro Preto. There is a possible cluster of the disease in the district of Santa Rita's since 72% of the notifications belonged to local residents. Such information suggests there is a remaining area of high disease incidence in old Vila Rica. The average rate of leprosy in Ouro Preto was 2.1/10000 while in the district of Santa Rita it was 24.5/10000, indicating a hyperendemic region. We also observed that cases in citizens under 15 years-old represented 2.9% of the total cases. Detection rate in 2002, 2006 and 2008 equals 0.5/10.000 citizens, showing active transmission of the disease. We highlight the importance of decentralizing health services in order to improve access to diagnosis and treatment of the disease as well as to promote new researches about its history and determinants.

Key words: Leprosy; Epidemiology; Communicable Diseases; Decentralizing.

RESUMEN

La hanseniasis, enfermedad infectocontagiosa causada por la *Mycobacterium leprae*, tiene una imagen social histórica y el desarrollo de la ciencia no ha sido capaz de alterar la respuesta de miedo y prejuicio de la sociedad ante esta enfermedad. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado con el objetivo de analizar la epidemiología de la lepra en el municipio de Ouro Preto de 2002 hasta 2008, buscando crear estrategias para controlar la enfermedad en la región y determinar las posibles zonas homogéneas con riesgos de trasmisión. Los datos fueron recogidos en el Sistema de Información de Agravos e Notificações – SINAN, en el Sector de Epidemiología del municipio. Los resultados mostraron que todas las notificaciones se recibieron en la Policlínica Municipal de Ouro Preto. Hay una posible aglomeración de la enfermedad en el distrito de Santa Rita, ya que 72% de las notificaciones eran de residentes del distrito, lo cual sugiere una zona remanente de alta incidencia de la enfermedad en la antigua Vila Rica. La tasa de detección promedio de la lepra en el municipio fue de 2,1/10.000 habitantes y en Santa Rita 24,5/10.000, que caracteriza la región como hiperendêmica. También se observó que los casos en niños menores de 15 años representó 2,9% del total de casos y que la tasa de detección en los años 2002, 2006 y 2008 fue 0,5/10.000 habitantes, mostrando trasmisión activa de la enfermedad. Se constató la necesidad de descentralizar los servicios de salud para mejorar el acceso y la resolución de problemas, además de realizar más investigación sobre la historia y sus factores determinantes.

Palabras clave: Hanseniasis; Epidemiología; Enfermedades Transmisibles; Descentralización.

* Artigo extraído do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE-MG.

¹ Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Ouro Preto. Especialista em Saúde da Família pelo UNILESTE-MG.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Endereço para correspondência – Thaline Alves de Oliveira: Rua Olinda, 975, Caravelas. Ipatinga-MG. CEP: 35164-270. E-mail: thaline_enf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O Brasil passou, nas últimas décadas, por mudanças no contexto epidemiológico, dentre as quais podemos citar a redução de óbitos por doenças infecciosas, o que acabou gerando perda da importância relativa das doenças transmissíveis, contribuindo para criar a falsa expectativa de que todo esse grupo de doenças estaria próximo de extinção. Entretanto, o impacto dessas doenças na morbidade ainda é grande. Entre as doenças infectocontagiosas encontradas em algumas áreas endêmicas no Brasil está a hanseníase, uma doença curável, causada pela *Mycobacterium leprae*, um bacilo com alta infectividade, porém baixa patogenicidade, associado a longo período de incubação, a um alto potencial incapacitante, tornando os sintomas dermatoneurológicos iniciais pouco expressivos e de difícil diagnóstico.¹

Na história da humanidade, provavelmente, nenhuma doença gerou tanto estigma social quanto a hanseníase, estando sempre associada ao pecado, à impureza e à punição pela tradição judaico-cristã. Há indícios remotos, que datam de 600 a. C., de que o berço dessa doença é Ásia, juntamente com a África. Assim, a imagem social da hanseníase é histórica, e o desenvolvimento da ciência não foi capaz de mudar a resposta de medo e preconceito dessa doença. Na Idade Média, a hanseníase foi disseminada pela Europa por meio das Cruzadas e agravada pelas más condições de vida da população.²

No final do século XIX, apesar de Armauer Hansen descobrir o agente causador da hanseníase, comprovando-lhe o caráter infectocontagioso e anulando a ideia de hereditariedade, pecado ou castigo, até a atualidade mantém-se o sentimento de aversão e repulsa em relação a essa doença. E a constatação da transmissão, sem cura naquela época, leva ao surgimento da teoria de que o isolamento do doente eliminaria o mal, o que incentivou a adoção do modelo baseado no cerceamento da liberdade em grandes instituições de isolamento. Tais instituições se tornaram verdadeiras cidades construídas em locais de difícil acesso.³

A grande reorganização da assistência aos pacientes com hanseníase iniciou-se na década de 1980, com a adoção de esquemas poliquimioterápicos, tratamento ambulatorial utilizado com sucesso em todo o mundo por mais de 14 milhões de pessoas.⁴ Mas, apesar da redução na prevalência da doença em até 90% após o estabelecimento do tratamento, o coeficiente de detecção no Brasil não tem sofrido redução, mantendo-se em 2,09 casos em cada 10 mil habitantes em 2005. Assim, o Brasil mantém-se como o maior contribuinte de casos de hanseníase da América. Em 1999, o Brasil assumiu, perante a Organização Mundial da Saúde (OMS), a meta do Plano Estratégico de eliminação da hanseníase 2000-2005, comprometendo-se em eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, definida como a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10 mil habitantes.⁵

Como a meta não foi atingida, o Brasil assinou um novo compromisso na Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010, visando tratar dos desafios remanescentes e diminuir ainda mais a carga sanitária decorrente da doença.⁶

Atualmente o Brasil traçou uma nova meta, o *Programa Nacional de Controle da Hanseníase 2007-2008*, visando não mais à eliminação dessa doença, mas à avaliação e à revisão da política de eliminação, mediante a definição do indicador de detecção geral e detecção em menores de 15 anos para monitoramento da endemia no País; estudos de tendência e de focalização de espaços de transmissão; demandas consequentes à política de isolamento; e revisão da linha editorial dos materiais normativos e mobilização para intensificar a redução dos focos de transmissão.⁷

Para Lana,⁸ vários fatores contribuíram para que a meta de eliminação não fosse atingida, dentre os quais a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) e a persistência do modelo tradicional de atenção à saúde, com enfoque biológico, serviços centralizados, especializados e pouco desenvolvimento das ações de controle na atenção básica, mesmo com a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Magalhães e Rojas,⁹ em seu estudo sobre a distribuição espacial da hanseníase no Brasil, afirmam que a espacialidade da doença tem sido estudada de forma pontual em alguns Estados e Municípios, no entanto sem sistematização. Assim, a epidemiologia da hanseníase, particularmente sua distribuição geográfica, permanece com numerosas lacunas e, apesar de todos os esforços dos serviços de saúde no Brasil para exercer o controle sobre a doença na população, a cadeia de transmissão da hanseníase tem sido pouco afetada nos últimos anos, tornando impossível atingir a meta proposta para eliminação da doença.

Alguns trabalhos de geografia médica da hanseníase discutem o papel da história da ocupação dos territórios como fundamento da manutenção de focos da doença.¹⁰ Estudos epidemiológicos possibilitam definir a distribuição da doença no Brasil e as áreas prioritárias de intervenção para a eliminação da hanseníase, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de metodologias de análise e técnicas de intervenção sobre o problema da hanseníase em áreas endêmicas.⁸

Embora a carga da hanseníase tenha sido reduzida substancialmente, novos casos continuarão a surgir no futuro próximo, na maioria dos países endêmicos. E visto a necessidade de continuar a sustentar os serviços de hanseníase durante muitos anos ainda, é indispensável repensar o enfoque adotado. A saúde deve então se preparar para garantir uma assistência resolutiva e de qualidade a todos, possibilitando a população qualidade de vida. Além disso, à medida que a carga da doença continuar a diminuir tornar-se-á cada vez mais difícil manter o interesse da população e do governo no controle da hanseníase, uma vez que há outras

questões sanitárias mais graves competindo pela atenção.¹¹

Um grande problema enfrentado na hanseníase é que os avanços na saúde têm se mostrado desiguais. Enquanto a cidade de São Paulo beira a eliminação da hanseníase, outros municípios no mesmo Estado não apresentam tal tendência, principalmente se compararmos cidades de outras regiões com problemas sociais graves como as da região Nordeste. Os contrastes na distribuição espacial da endemia revelam a complexidade dos fatores envolvidos na sua determinação. Além disso, a saúde pública e o ambiente são amplamente influenciados pelos padrões de ocupação do espaço, justificando a incorporação da análise epidemiológica para subsidiar os gestores no planejamento da saúde.¹²

Segundo Oliveira et al.,¹³ uma das ações da vigilância epidemiológica foi à reestruturação do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) em 2004, com a definição dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde. Foram identificados 206 municípios prioritários para a eliminação da hanseníase. Entre eles está Ouro Preto-MG, criado em 1711 com o nome de Vila Rica, que foi capital do Brasil e carrega em sua história as marcas da colonização portuguesa.

Considerando a importância que a hanseníase exerce sobre a saúde no Brasil, tanto como doença infectocontagiosa quanto em termos expressos pelos números da doença (magnitude), além de sua importância social, desenvolveu-se este estudo, cujo objetivo foi analisar a epidemiologia da hanseníase no município de Ouro Preto, no período de 2002 a 2008, a fim de subsidiar a formulação de estratégias para o controle da doença na região e identificar fatores determinantes para a distribuição espacial da hanseníase, bem como áreas de riscos de transmissão da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal. O cenário do estudo foi o município de Ouro Preto em Minas Gerais, composto de 13 distritos, além da sede, com uma população estimada em 69.251 habitantes,¹⁴ atualmente com 100% de cobertura de Programa de Saúde da Família (PSF) na zona rural e em processo de transição do Programa de Agentes Comunitários para PSF na zona urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano é igual a 0,787, no entanto o território apresenta profundas diferenças sociais, econômicas e culturais. A atividade fundamental para a vida da população é o turismo, seguida da atividade mineradora.¹⁵

Considerando que a hanseníase é uma doença crônica de desenvolvimento lento, as informações epidemiológicas relacionadas são extremamente sensíveis à capacidade operacional dos serviços e programas de controle, justificando a realização de

estudos com séries históricas mais longas. Para a coleta de dados dos casos de hanseníase notificados, foram confrontadas informações de três fontes: o Serviço de Hanseníase centralizado na Policlínica Municipal; o Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) informatizado em 2002, no Setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde; e o SINAN estadual. Considerando o critério de maior fidedignidade dos dados, optou-se por utilizar o SINAN do Setor de Epidemiologia do município. Dessa forma, delimitou-se o período do estudo de 2002 a 2008.

A população de estudo constituiu-se de 102 casos de hanseníase notificados. Foram levantadas as seguintes variáveis: unidade de saúde de diagnóstico, data da notificação, endereço residencial completo, sexo, raça, faixa etária, escolaridade, modo de detecção, forma clínica, grau de incapacidade, número de contatos intradomiciliares e contatos examinados. Tendo em vista que, na análise preliminar, algumas variáveis apresentavam inconsistência no banco de dados SINAN e, portanto, sem confiabilidade, não foram incluídas no estudo as seguintes variáveis: número de lesões clínicas no diagnóstico, uma vez que não correspondia à classificação operacional de *pauci* e multibacilares; número de casos em abandono, e número de casos novos com incapacidade física avaliada no momento da alta.

Segundo a OMS,¹¹ os indicadores são ferramentas utilizadas para medir a magnitude do problema de hanseníase e o progresso alcançado na consecução dos objetivos do programa. Os indicadores são aproximações quantificadoras de determinado fenômeno. Podem ser usados para ajudar a descrever determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em certo período. Os indicadores de saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde.

Os indicadores de saúde podem ser classificados em dois grandes grupos, de acordo com o tipo de avaliação a que se destinam: indicadores epidemiológicos, que medem a magnitude ou a transcendência do problema de saúde pública; e indicadores operacionais que medem o trabalho realizado, seja em razão da qualidade, seja da quantidade. Com essas considerações optou-se pelos seguintes indicadores epidemiológicos e operacionais: número absoluto de casos, taxa de detecção geral, taxa de prevalência da hanseníase, taxa de detecção em menores de 15 anos, percentual de caso de hanseníase com grau II de incapacidade e proporção de formas clínicas multibacilares.

Os dados foram tratados empregando-se o software Excel for Windows e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. Na análise, buscou-se comparar os indicadores epidemiológicos e operacionais encontrados com os parâmetros do Ministério da Saúde e com resultados de outras pesquisas realizadas nesta área.

Trata-se de dados secundários obtidos do SINAN local, tendo como referência a Resolução nº 196/96 do CONEP/MS. Foram omitidas informações referentes à identificação dos pacientes de modo a assegurar o sigilo e o anonimato dos sujeitos. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, representada pelo secretário de saúde, conforme Ofício nº 112/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias de controle da hanseníase no mundo vêm sofrendo mudanças com a finalidade de alcançar a eliminação da doença. No entanto, os países endêmicos ainda encontram dificuldades de atingir essa meta. Verificou-se influência positiva da descentralização da assistência a saúde relacionada com o incremento da detecção de casos novos. O acesso facilitado aos portadores da doença ampliou a precocidade do diagnóstico e, conseqüentemente, reduziu o número de pacientes incapacitados. Essa facilidade e a ampliação do rastreamento dos casos mediante a democratização do diagnóstico para um número maior de profissionais de saúde foram decisivos no processo de eliminação da doença.¹⁶

Além disso, taxas elevadas dessa doença estão associadas a insatisfatórias condições assistenciais para diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos casos.¹⁷ O município de Ouro Preto conta com um Serviço de Doenças Infecciosas que funciona na Policlínica Municipal, como referência para a tuberculose, o HIV/AIDS, hanseníase e outras. Trata-se de um serviço centralizado para o diagnóstico e tratamento dessas doenças em Ouro Preto. A equipe é composta por médico, assistente social e técnico de enfermagem, que são responsáveis pelo atendimento a todos os pacientes portadores de todas as doenças infecciosas, incluindo a hanseníase, sendo que 100% dos casos foram diagnosticados nesse serviço, demonstrando a baixa eficiência das equipes de saúde da família.

No período de 2002 a 2008 foram notificados 102 casos de hanseníase no município de Ouro Preto, com taxa de detecção média de 2,1 casos/10 mil habitantes, o que torna o município prioritário em ações de eliminação da hanseníase pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. A TAB. 1 demonstra a taxa de incidência da hanseníase no período de 2002 a 2008.

TABELA 1 – Taxa de detecção da hanseníase no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Ano	Número absoluto de casos	População do município	Taxa de detecção (por 10 mil hab.)
2002	39	67.069	5,8
2003	6	67.436	0,9
2004	4	68.208	0,6
2005	7	68.635	1,0
2006	24	69.058	3,5
2007	13	67.048	1,9
2008	9	69.251	1,3
Total	102	-	2,1

Fonte: SINAN – Fichas de Notificações de Hanseníase

População: Estimativa DataSUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

A taxa de detecção da hanseníase visa avaliar a carga de morbidade e de magnitude da doença, bem como o risco da população exposta de adquiri-la.¹⁸ No Brasil, a taxa de incidência da hanseníase vem caindo, chegando a 2,02/10 mil habitantes em 2006. No entanto, a distribuição da doença se mantém desigual nos estados e municípios. No Estado de Minas Gerais, a taxa de detecção foi de 1,11/10 mil habitantes, ou seja, próximo da eliminação quanto problema de saúde pública.¹⁵ No entanto, alguns municípios no Estado tem se mantido endêmicos. O município de Ouro Preto constitui um desses municípios, com taxa média de detecção, no período de 2002 e 2008, igual a 2,1/10 mil habitantes, superando a detecção média do estado de Minas Gerais.

Observou-se que, separadamente, a taxa de detecção da hanseníase em Ouro Preto variou de hiperendêmica

em 2002, com detecção maior do que 4,0; a muito alta em 2006, e a média a alta em 2003, 2004, 2005, 2007 e 2008. Ressalte-se que quedas nas taxas de detecção em municípios endêmicos nem sempre representam melhora no quadro da doença, podendo esse fato estar associado à baixa resolutividade do serviço de saúde em detectar casos ocultos.¹⁹

Além disso, sabe-se que menores de 15 anos adoecem mais quando há maior endemicidade da doença. O Brasil ainda apresenta alta magnitude da endemia de hanseníase em menores de 15 anos, com um coeficiente de detecção igual a 0,6/10 mil habitantes. Do total de casos de hanseníase detectados em Ouro Preto, 2,9% ocorreram em menores de 15 anos, representando uma taxa de detecção igual a 0,5/10 mil em 2002, 2006 e 2008. A ocorrência de um caso de hanseníase em

menores de 15 anos em 2008 sugere transmissão ativa da hanseníase.¹

O estudo da distribuição espacial visando identificar grupos residentes em áreas que ofereçam maior risco de adoecer, dado o número de casos bacilíferos, pode auxiliar no planejamento, na implementação, no monitoramento e no efetivo controle dessa doença.²⁰

Neste estudo, a análise da distribuição de casos no território possibilitou a identificação de um “foco” acentuado de hanseníase no município, o distrito de Santa Rita de Ouro Preto, responsável por 71% dos casos da doença registrados no período, conforme foi demonstrado no GRAF. 1.

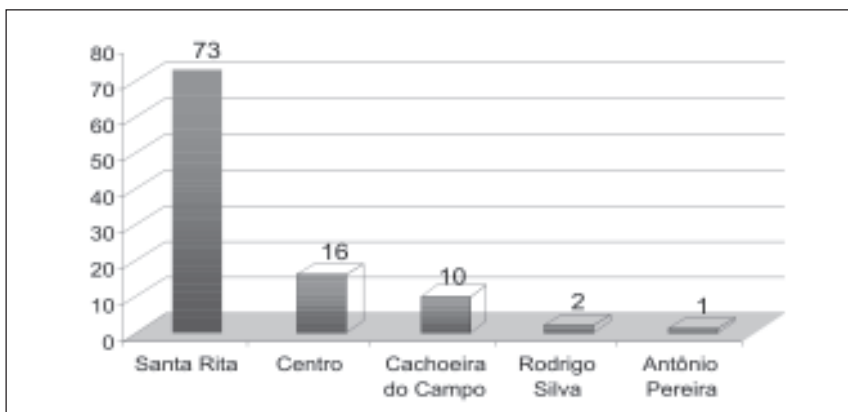


GRÁFICO 1 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo distrito de residência no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Mercaroni,²¹ analisando a distribuição da hanseníase no município de Fernandópolis-SP, entre 1997 e 2002, encontrou setores com coeficiente de detecção médio de 18,47 casos por 10 mil habitantes e vários setores com detecção igual a zero, demonstrando a desigualdade da distribuição da doença e a ocorrência de aglomerados de casos. No distrito de Santa Rita de Ouro Preto, observou-se uma taxa de detecção média no período de 24,5/10 mil habitantes, portanto, muito superior à detecção média encontrada para o município, o que coloca o distrito como região hiperendêmica e de risco para o município.

As diferenças socioeconômicas e regionais devem ser ponderadas, pois podem contribuir para manter a endemicidade de uma área.¹⁶ A existência de conglomerados populacionais com bacilo circulante permite a persistência do problema, ou até mesmo o difunde. Na análise da distribuição de casos no interior do distrito de Santa Rita, observa-se que os casos foram notificados de residentes, principalmente nas localidades de Santa Rita Sede, Mata dos Palmitos e na Serra dos Cardosos, conforme demonstrado no GRAF. 2.

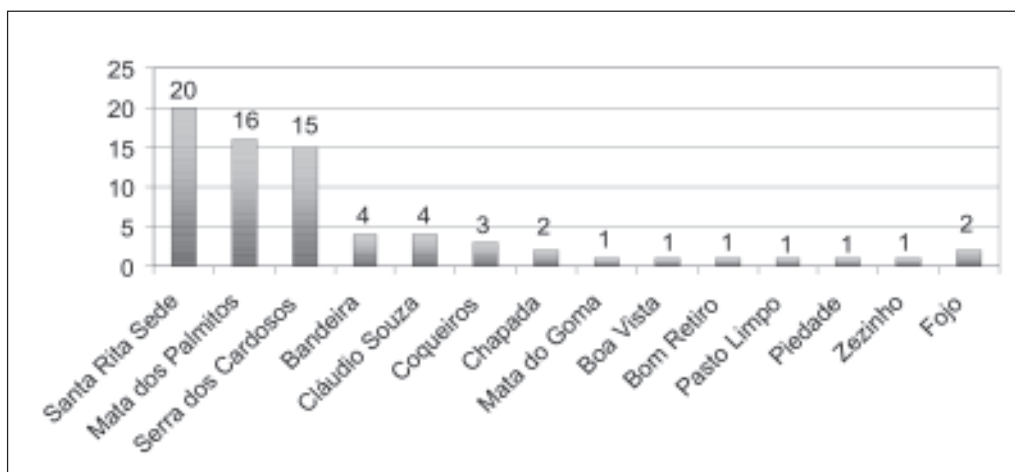


GRÁFICO 2 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo localidades do distrito de Santa Rita de Ouro Preto – Período 2002 a 2008

Não foram encontrados documentos referentes à existência de colônias de isolamentos de hansênicos na Velha Vila Rica ou atual Ouro Preto; apenas relatos de moradores da região afirmando que na Serra dos Cardosos, área de difícil acesso, com população de cultura e costumes distintos, pertencente ao distrito de Santa Rita de Ouro Preto, constituiu uma antiga área de habitação para portadores de hanseníase, o que poderia justificar a alta concentração de casos no distrito. O preconceito sofrido por essas pessoas faz com que até hoje elas escondam os sintomas da doença, permanecendo no isolamento. A sustentação científica para o isolamento como forma de cuidado é datada do século XIX, em 1897, na *Primeira Conferência Internacional de Leprologia*, realizada em Berlim, quando o médico Gerard Amauer Hansen propôs o isolamento como medida fundamental para o controle da hanseníase, o que influenciou a segregação dos doentes em vilas e instituições fechadas.²²

O *Jornal de Ouro Preto*²³ relata que é possível identificar em documentos seculares a ocorrência da hanseníase nas

regiões que hoje compõem o distrito de Santa Rita de Ouro Preto, atual foco da doença. Um véu de silêncio cobre o assunto até a atualidade, impedindo que a doença seja erradicada. Os diagnósticos de hanseníase são antigos, quando estes eram isolados sem assistência social e de saúde. Hoje tais colônias já não existem.

Em uma matéria paralela, intitulada “Na Serra dos Cardosos, o mal é o preconceito”, menciona-se que o local constitui zonas remanescentes de alta incidência de “lepra”, sofrendo até hoje com o preconceito dos próprios moradores. Um dos habitantes mais respeitados da Serra dos Cardosos na matéria desconversa sobre o assunto, afirmando que a doença existiu apenas na época dos escravos, quando era comum queimar a casa de pessoas que morreram de hanseníase. Na matéria ainda afirma-se que até hoje as pessoas evitam visitar a região dos Cardosos, além de não consumir os produtos do local.²³ A TAB. 2 apresenta as características sociodemográficas dos pacientes diagnosticados no período do estudo.

TABELA 2 – Características dos casos de hanseníase notificados no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Sexo	N	%
Feminino	58	57%
Masculino	44	43%
Raça	N	%
Branco	22	21,6%
Negro	26	25,5%
Pardo	47	46,1%
Ignorado/Não informado	7	6,9%
Faixa etária	N	%
Menores de 15 anos	3	2,9%
15 a 19	2	2%
20 a 39	26	25,5%
40 a 59	32	31,4%
Maiores de 60	39	38,2%
Total	102	100%
Escolaridade	N	%
Analfabeto	17	16,7%
Primeiro grau incompleto	61	59,8%
Primeiro grau completo	1	1%
Segundo grau incompleto	9	8,8%
Superior completo	3	2,9%
Ignorado/Não informado	11	10,8%

Fonte: SINAN – Fichas de Notificações de Hanseníase

Segundo os dados apontados, 57% dos casos de hanseníase ocorreram no sexo feminino, o que contraria os dados do Ministério da Saúde, que apontam uma incidência duas vezes maior da doença nos homens, demonstrando uma possível prevalência oculta na população masculina do município.¹⁷ Uma possível explicação para o diagnóstico maior e precoce

nas mulheres se deve à facilidade de acesso das mulheres aos serviços de saúde, em razão do direcionamento dos programas à saúde da mulher. Além disso, em muitos casos, são as mulheres que comparecem às unidades de saúde acompanhando crianças, idosos e familiares, o que também pode contribuir para aumentar o acesso aos serviços de

saúde, o vínculo com seus profissionais e as chances de diagnóstico.⁸

Quanto à raça, observou-se que a hanseníase foi diagnosticada em 71,6% dos casos em negros ou pardos, demonstrando mais uma possível associação entre condições socioeconômicas e a doença, já que os negros apresentam, historicamente, baixo nível socioeconômico, em comparação com os brancos, do que uma doença que se relaciona à raça. Cabe salientar que a população ouro-pretana constitui-se, em sua maioria, de negros, o que também pode explicar a alta incidência nessa raça.

No estudo realizado por Gomes et al.,¹⁰ observou-se que a frequência dos casos aumentou com a idade, assemelhando-se ao crescimento de casos observados nesta pesquisa, ou seja, com o aumento da faixa etária, houve aumento nos casos de hanseníase, o que também pode ser explicado pelo caráter crônico da doença.

Quanto à escolaridade da população estudada 77,5% eram analfabetos ou possuíam apenas o primeiro grau incompleto, o que se relaciona à baixa condição social, principalmente considerando-se que o grau de conhecimento e acesso ao serviço de saúde se vincula ao número de anos estudados.

Um dos questionamentos atuais relaciona-se à efetividade de estratégias de controle da doença, e entre as que provaram ser eficazes estão: a descentralização do diagnóstico e do tratamento, o exame clínico de coletividade, o acesso facilitado, a divulgação sobre a doença, o acompanhamento dos casos e contatos, o monitoramento da endemia e a avaliação das diferenças regionais, pois podem corroborar com a endemicidade de uma área.¹⁹ No município de Ouro Preto, em 38,2% dos casos, o modo de detecção se deu por demanda espontânea, constituindo-se na principal forma de diagnóstico desse serviço de saúde. A seguir, no GRAF. 3 demonstra-se como se deu a detecção dos casos de hanseníase em Ouro Preto.

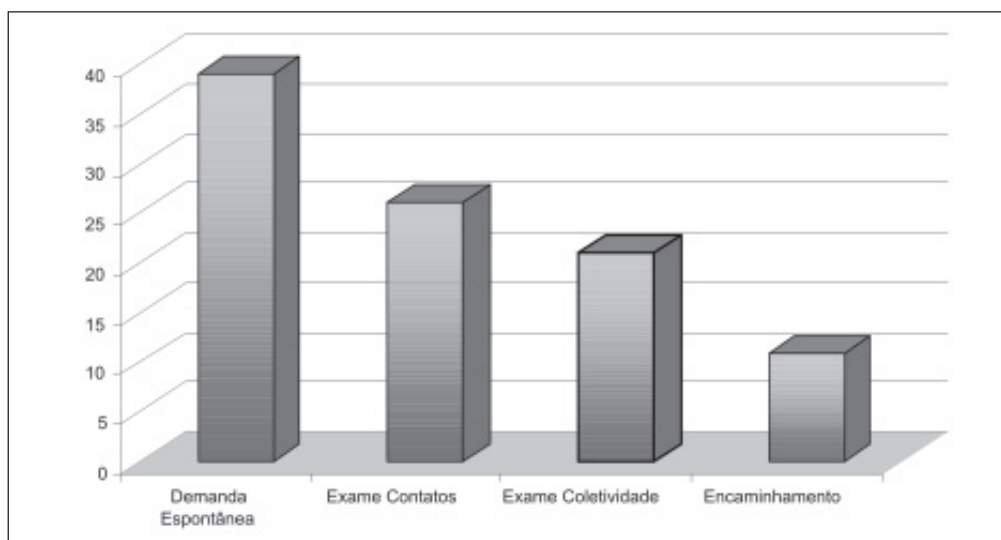


GRÁFICO 3 – Modo de detecção dos casos de hanseníase em Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

A hanseníase afeta a pele, provocando manchas e/ou nervos periféricos, causando as neurites. O homem é considerado a única fonte de infecção e o contágio dá-se pelo trato respiratório. Dependendo da carga bacilar do portador, ela pode ser classificada em paucibacilar (forma tuberculóide ou indeterminada) – pessoas que apresentam resistência e abrigam um pequeno número de bacilos insuficiente para infectar outras pessoas; ou multibacilar (forma virchowiana ou dimorfa) – pessoas que não apresentam resistência ao bacilo, que se multiplica passando a ser eliminado no ambiente, podendo infectar outras pessoas. Essas pessoas constituem a fonte de infecção e de manutenção da cadeia epidemiológica da doença.²⁴

Casos de hanseníase virchowiana avançada não são tão frequentes hoje em dia e, se existem, têm grande importância na manutenção da endemia, já que esta constitui uma das formas responsáveis pela transmissão da doença.¹² Como demonstra o GRAF. 4, 28,4% dos casos diagnosticados em Ouro Preto eram virchowianos e apenas 23% eram a forma tuberculóide, ou seja, forma não grave, paucibacilar e não transmissível, o que reafirma a presença de um foco de transmissão da doença em Santa Rita, pois a maioria dos casos é bacilífero.

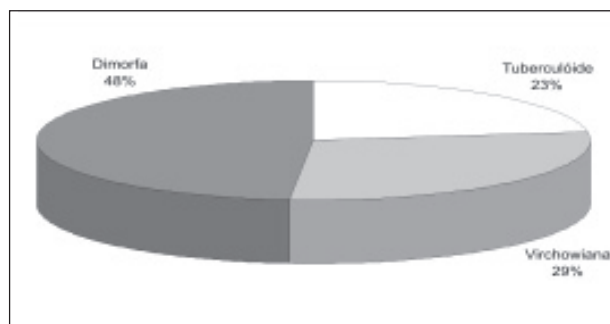


GRÁFICO 4 – Distribuição dos casos segundo a forma clínica – Período de 2002 a 2008

A presença de incapacidades, causadas pela hanseníase em um paciente curado, é um indicador de que o diagnóstico foi tardio ou de que o tratamento foi inadequado. Mesmo com maior precocidade do diagnóstico no Brasil, demonstrado pela 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.¹²

Segundo a nova portaria que define as ações de controle da hanseníase no Brasil, a presença de grau de incapacidade 2 em pacientes no momento do diagnóstico em mais de 10% dos casos novos detectados e avaliados no ano é considerado alto, demonstrando uma possível prevalência oculta.²⁵ Em Ouro Preto, 18% dos pacientes apresentaram grau 2 ou 3 de deformidade física e 11% dos pacientes não foram avaliados quanto à presença de incapacidades no momento do diagnóstico, como se observa a TAB. 3, demonstrando o diagnóstico tardio e a insuficiência do serviço de saúde em realizar o diagnóstico precoce.

TABELA 3 – Proporção de deformidades físicas ou grau de incapacidade II ou III no momento do diagnóstico de hanseníase no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Ano	N	%
Grau 0	38	37%
Grau 1	35	34%
Grau 2 ou 3	18	18%
Não avaliado	11	11%
Total	102	100%

Fonte: SINAN – Fichas de Notificações de Hanseníase

Para atingir as metas de eliminação da doença, o Ministério da Saúde preconiza o exame de 100% dos contatos intradomiciliares, que são as pessoas que residem na mesma casa ou que tenham um convívio contínuo e prolongado com o doente. Atualmente, a cobertura de exame nesses contatos no Brasil é de 47%.² Nas fichas do SINAN pesquisadas, esse dado não se encontrava disponível, demonstrando mais uma vez a

falha no serviço de saúde ofertado. A média de contatos por paciente foi de 4,3 pessoas, superando a média brasileira de três contatos por caso diagnosticado de hanseníase, sendo que em duas notificações o número de contatos não foi informado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos aspectos epidemiológicos e operacionais da hanseníase no município de Ouro Preto evidenciou que as ações de controle da hanseníase não estão integradas na Atenção Básica, fato confirmado pela totalidade dos casos de hanseníase diagnosticados e tratados na Policlínica Municipal. Esse fato contribuiu para a baixa resolutividade na atenção à saúde dos pacientes e familiares, bem como nas ações de prevenção e controle da endemia no município.

O diagnóstico tardio expresso pela maioria de casos diagnosticados como multibacilares (dimorfos e virchowianos) e pela presença de grau de incapacidade 2 e 3 em 18% dos casos, está relacionado à capacidade operacional dos serviços, como também ao conhecimento da população sobre a hanseníase.

Tendo em vista garantir o diagnóstico precoce, bem como uma assistência de qualidade aos ouro-pretanos, são necessárias estratégias que já provaram ser eficazes no controle dessa doença, tais como: a descentralização do serviço de hanseníase para os PSFs, levando a um diagnóstico, tratamento e acompanhamento mais próximo e acessível da população; a busca ativa de casos/contatos; exame de coletividade; melhor registro dos dados; e controle dos contatos com aplicação de BCG-ID. Por se tratar de uma doença que não requer tecnologia sofisticada para o monitoramento, é possível traçar um plano de erradicação por meio do treinamento das equipes de saúde da família, educação à saúde da população e estabelecimento de estratégias dirigidas à integração das ações de controle da hanseníase à atenção básica.

Apesar de os coeficientes de detecção, que são indicadores de transmissibilidade da hanseníase, terem caído ao decorrer do período estudado, isso não representou uma tendência de declínio da doença em Ouro Preto, mas a ocorrência de uma prevalência oculta, resultado de baixa capacidade operacional, mantendo a cadeia de transmissão iniciada.

A análise da distribuição da doença no espaço contribuiu com o sistema de vigilância epidemiológica, demonstrando se há ocorrência de padrões na distribuição da hanseníase e áreas de maior risco de transmissão. A desigualdade de distribuição observada em Ouro Preto indica o distrito de Santa Rita como importante região de transmissão da doença, fato que vai para além de uma questão geográfica, apontando para determinantes histórico-sociais.

Os locais onde no passado se formaram colônias de isolamento podem estar colaborando para a manutenção de focos da doença. A existência de um

conglomerado (*cluster*) em Santa Rita de Ouro Preto, com coeficientes de detecção elevados, remete à necessidade de outros estudos a fim de explicar os determinantes envolvidos na manutenção dessa área de transmissão, em que os serviços de saúde locais se mostram incapazes de interromper a cadeia de transmissão da doença.

O estigma, uma vez fixado em uma cultura, permanece incorporado aos sentimentos desse grupo. O não

entendimento e a efetiva resolução da situação têm contribuído para adiar ações que resultem no efetivo alívio dessa população, que ainda sofre não somente com a doença, mas com a discriminação e a falta de informação. Assim, os serviços de saúde devem adotar estratégias de educação à saúde que considerem a historicidade da endemia e que possam encontrar formas efetivas de abordar o problema na região, reduzindo, dessa maneira, a repercussão sociocultural negativa que ainda persiste.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 6ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ornellas CP. Paciente Excluído. Rio de Janeiro: Revan; 1997. p. 59-84.
3. Boti NCL, Aquino KA. A via Sacra da Hanseníase de Veganin. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61 (1):676-81.
4. Araújo MG. 1925/ 2005 - Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. *An Bras Dermatol.* 2005; 80 (2):199-202.
5. World Health Assembly. (WHA). Elimination of leprosy: resolution of the 44th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 1991.
6. World Health Organization (WHO). Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (plan period: 2006-2010). Geneva; 2005.
7. Oliveira MLW. Participação em quatro décadas da política de controle da hanseníase no Brasil: acasos e determinação. *Hansen Int.* 2008; 33(2):45-50.
8. Lana FCF, Ana FCF, Carvalho ACN, Saldanha ANSL, Amaral EP, Diniz LG. Análise da tendência epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara/ Minas Gerais – Período: 1998-2004. *REME - Rev Min Enferm.* 2006; 10(2): 107-12.
9. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol. Serv Saude.* 2007;16(2):75-84.
10. Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol.* 2005; 80(Supl. 3): S283-8.
11. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: <http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>.
12. Opromolla PA, Dalben I, Cardim M. Análise geoestatística de casos de hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. *São Paulo, 1991-2002. Rev Saúde Pública.* 2006; 40 (5): 907-13.
13. Oliveira BFA, Ignotti E, Hartwig SV, Scatena JH, Andrade VLG. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. *Espaç Saúde (Online).* 2007; 8(2): 11-9.
14. Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
16. Cunha MD, Cavaliere FAM, Hercules FM, Duraes SM, Oliveira MLWDR, Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(5): 1187-97
17. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2007. [Citado 2008 maio 29]. Disponível em: www.saude.gov.br.
18. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde . Seminário Estadual de Hanseníase: procurar para curar e eliminar. Belo Horizonte; 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61 (1):701-7.
21. Mercaroni DA. Análise espacial da endemia hanseníase no município de Fernandópolis/SP [tese]. Ribeirão Preto/SP: USP-Ribeirão Preto; 2003.
22. Borenstein MS, Padilha MI, Costa E, Gregório RP, Koerich AME, Ribas DL. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciado por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960), *Rev Bras Enferm.* 2008; 61 (1):708-12.
23. *Jornal de Ouro Preto. A Lepra: Saúde trata de 48 doentes de Lepra e faz diagnóstico, retirado de arquivos da biblioteca do Pilar; 1999. p. 12.*
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
25. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta N. 125. Define ações de controle da hanseníase, publicada no Diário Oficial da União em 27 de março de 2009.

Data de submissão: 19/8/2009

Data de aprovação: 9/9/2009