

ANÁLISE DA TENDÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DE ALMENARA/MINAS GERAIS - PERÍODO: 1998-2004¹

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL TENDENCY OF LEPROSY IN THE MICROREGION OF ALMENARA, STATE OF MINAS GERAIS - 1998-2004

ANÁLISIS DE LA TENDENCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA LEPRO EN LA MICROREGION DE ALMENARA/MINAS GERAIS - PERÍODO: 1998-2004

Francisco Carlos Félix Lana²

Ana Cláudia Nascimento de Carvalho³

Andrigo Neves e Silva Lopes de Saldanha⁴

Evaldo Pinheiro Amaral⁵

Letícia Gonçalves Diniz⁴

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica e considerada um problema de saúde pública no Brasil. Assim objetivou-se analisar a situação epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara/MG. Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza ecológica. O cenário de estudo foi a microrregião de Almenara/MG, escolhida devido a sua relevância epidemiológica e social no controle da endemia. Os dados foram coletados por meio das Fichas de Notificação de Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais dos anos de 1998 a 2004, sendo processados e analisados através do software EPI-INFO. Foram notificados 1046 casos de hanseníase no Vale do Jequitinhonha, dos quais 609 (58,2%) eram da microrregião de Almenara. As altas taxas de detecção encontradas (média de 5,07/10.000 hab) indicam uma situação de hiperendemicidade. Observou-se um predomínio das formas clínicas multibacilares (69,9%) com tendência de aumento. Os casos descobertos através de busca ativa representaram apenas 8,4% do total. Dentre os registros, 45,8% apresentaram alguma incapacidade física (11,2% grau II), desses, 61,2% eram homens. Concluiu-se que os resultados reforçam a posição da microrregião como prioritária para as ações de eliminação da hanseníase no Estado. O baixo percentual de casos diagnosticados através do exame de contatos, o grande número encontrado nas formas clínicas multibacilares e/ou com alguma incapacidade física, sugerem passividade dos serviços de saúde resultando em diagnóstico tardio. Essa situação aponta para a necessidade da intensificação das medidas de controle, descentralizando-as, reforçando o papel da Atenção Básica, promovendo sensibilização popular e capacitação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Hanseníase/epidemiologia; Hanseníase/enfermagem; Hanseníase/prevenção & controle; Controle de Doenças Transmissíveis; Prevenção de Doenças Transmissíveis; Promoção da Saúde

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease and is considered a public health problem in Brazil. This study intends to analyze the epidemiology of leprosy in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais, Brazil. It is an epidemiological, ecological study. The region was chosen because of its epidemiological and social importance in controlling the epidemic. Data was collected through the Leprosy Reporting Forms of the Minas Gerais State Health Office from 1998 to 2004, as processed and analyzed with the program EPI-INFO. There were 1046 leprosy cases reported in the Jequitinhonha Valley, of which 609 (58.2%) in the Almenara micro-region. The high rates (average of 5.07/10.000 inhab) indicate a hyper-endemic situation. Most cases were multibacillary clinical forms (69.9%) and increasing. Cases found by active search were only 8.4% of the total. Among the records, 45.8% had some kind of disability (11.2% 2nd degree), of which 61.2% were men. The results suggest that the micro-region is a priority for the elimination of leprosy in the State of Minas Gerais. The low number of cases diagnosed through contact examination, the great number of multibacillary clinical forms and/or with some disability, suggest that health services are passive, which results in a late diagnostic. This situation suggests the need to intensify control measures, through decentralization, reinforcing the role of the primary health care, increasing the awareness of the local population and training health workers.

Key words: Leprosy/epidemiology; Leprosy/nursing; Leprosy/prevention & control; Communicable Disease Prevention; Communicable Disease Control; Health Promotion

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecciosa de evolución crónica considerada un problema de salud pública en Brasil. El objeto de este estudio epidemiológico de naturaleza ecológica fue analizar la situación de la enfermedad en la microrregión de Almenara/MG. El escenario, la microrregión de Almenara/MG, fue elegido debido a su importancia epidemiológica y social en el control de la enfermedad endémica. Los datos se recopilaron de fichas de notificación de la lepra de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais de los años 1998 al 2004 y se procesaron y analizaron a través del software EPI-INFO. Se habían notificado 1046 casos de lepra en el valle del Jequitinhonha de los cuales 609 (58,2%) eran de la microrregión de Almenara. Los altos índices de detección (promedio de 5,07/10.000 habitantes) indicaban situación del hiperendemicidad, con predominio de las formas clínicas multibacilares (69,9%) tendiendo al aumento. Los casos descubiertos con búsqueda activa representaban apenas el 8,4% del total. Entre los registros 45,8% indicaban alguna incapacidad física (11,2% grados II) de los cuales el 61,2% eran hombres. Se concluyó que los resultados consolidan la posición de la microrregión como prioritaria para poner en práctica acciones que conlleven a la eliminación de la lepra en el estado. El bajo porcentaje de casos diagnosticados a través del examen de los contactos, el gran número encontrado en las formas clínicas multibacilares y/o con alguna incapacidad física, sugieren pasividad de los servicios de salud que resultan en diagnósticos tardíos. Esta situación señala la necesidad de intensificar las medidas de control, descentralizarlas, reforzar el papel de la atención básica y promover la sensibilización popular y la capacitación de los profesionales de salud.

Palabras clave: Lepra/epidemiología; Lepra/enfermería; Lepra/prevenición & control; Control de Enfermedad Transmissibles; Prevención de Enfermedad Transmissibles; Promoción de la Salud

¹ Projeto de Pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Acadêmica de Enfermagem da UFMG. Bolsista de Iniciação Científica pelo PROBIC/FAPEMIG.

⁴ Acadêmicos de Enfermagem da UFMG. Bolsistas de Iniciação Científica pelo PIBIC/CNPq.

⁵ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela UFMG. Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP: 30130-100. Tel.: (31) 3248-9862. E-mail: xicolana@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica, causada pelo bacilo de Hansen, um parasita intracelular obrigatório, que apresenta alta infectividade, baixa patogenicidade e afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos.⁽¹⁾ Além dos danos físicos, a condição do portador da doença já é, por 'pré-conceito', marcada por sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais que porventura possam ocorrer.⁽²⁾ Associados a esse quadro há a discriminação social e prejuízos econômicos, caracterizando a transcendência da doença.

Embora nas duas últimas décadas a prevalência global dessa doença tenha diminuído quase 90%, ela ainda é considerada um problema de saúde pública em 9 países distribuídos pela África, Ásia e América Latina, dentre estes o Brasil.⁽³⁾

O Brasil se destaca nesse cenário por ocupar o primeiro lugar nas Américas (sendo responsável, em 2002, por cerca de 96% das notificações no continente) e o segundo no mundo - ficando atrás apenas da Índia - em número absoluto de casos da doença. Em 2003, foram registrados 49.026 novos casos, representando uma taxa de detecção de 2,77 casos/10.000 habitantes. A taxa de prevalência foi de 4,52 casos/10.000 habitantes^(4,5), ainda distante da proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. A meta prevista em 1991 objetivava que os países endêmicos deveriam alcançar uma taxa de prevalência menor do que 1 caso para cada 10.000 habitantes até o ano 2000. Apesar dos esforços, não se conseguiu atingir a meta, sendo prorrogada para 2005. Mais recentemente, o prazo para eliminação foi novamente revisto e estendido para 2010.⁽³⁾

Vários fatores contribuíram para que a meta de eliminação não fosse atingida no Brasil, identificando-se como os principais: a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta), responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença na população, e a persistência do modelo tradicional de atenção à saúde, com forte enfoque biológico, com serviços ainda centralizados e especializados e pouco desenvolvimento das ações de controle na atenção básica, mesmo com a implantação da estratégia de saúde da família.^(4,6)

No Estado de Minas Gerais, no ano de 2004, foram registrados 3.132 casos novos de hanseníase, o que significou 1,67 casos em cada 10.000 habitantes, taxa considerada alta segundo parâmetros do Ministério da Saúde. Esse tem sido um desafio assumido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) que vem atuando intensamente, desenvolvendo atividades que visam, principalmente, a descentralização das ações de controle dessa doença para regiões e municípios prioritários, no intuito de causar impacto sobre o problema no menor espaço de tempo possível.⁽⁶⁾

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), reitera como ações estratégicas o diagnóstico precoce, tratamento específico, prevenção e redução dos danos físicos, vigilância epidemiológica e educação em saúde. Também redefiniu os municípios prioritários, entre aqueles

com mais de 20.000 habitantes, de acordo com os seguintes critérios: capitais; municípios com 50 ou mais casos em tratamento em dezembro de 2003; municípios com média de detecção de 10 ou mais casos novos nos últimos 5 anos; municípios com média de 10 ou mais casos multibacilares nos últimos 5 anos e municípios com média de 2 ou mais casos novos em menores de 15 anos nos últimos 5 anos.⁽⁶⁾

De acordo com os critérios estabelecidos, em Minas Gerais, 16 municípios foram selecionados. Entre eles está Almenara, situada no Vale do Jequitinhonha e município sede da microrregião de mesmo nome. Esses municípios passaram a ser acompanhados sistematicamente pelo Estado e pelo PNEH.⁽⁶⁾

A expansão da endemia é fortemente influenciada pela situação socioeconômica da população e apresenta uma relação direta com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade, e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença. Isso interfere na distribuição espacial dos casos de hanseníase, tanto que, nos países endêmicos, observam-se diferenças na prevalência entre regiões, estados, microrregiões, municípios e, no caso de grandes cidades, entre espaços intra-urbanos, concentrando-se nos locais de maior pobreza.⁽⁷⁾

O Vale do Jequitinhonha, considerado a região mais pobre do estado de Minas Gerais e uma das mais pobres do Brasil, se insere nesse contexto, pois além da baixa condição socioeconômica, possui casos de hanseníase. Seus municípios detêm alguns dos piores índices econômicos, sociais e de saúde do país, além de elevadas taxas de prevalência e detecção da hanseníase.^(8,9)

A mesorregião do Vale do Jequitinhonha é constituída por cinco microrregiões: Almenara, Araçuaí, Capelinha, Diamantina e Pedra Azul, dentre estas Almenara se destaca pela sua situação social e epidemiológica em relação à endemia. No ano de 2004, a prevalência nessa microrregião foi igual a 4,63 e a detecção de 5,02 casos por 10.000 habitantes⁽⁷⁾, níveis considerados médio e hiperendêmico, respectivamente, segundo parâmetros do MS/OMS^(10,11).

Eliminar a hanseníase na microrregião exige a intensificação das ações de controle da endemia mediante a organização de serviços de saúde estruturados, melhoria da cobertura populacional em que houvesse a horizontalização das atividades e desta forma, favorecer uma maior qualidade e eficiência da atenção à saúde. A expectativa é a de que a implantação do Programa da Saúde da Família (PSF) se configure em um novo modelo assistencial capaz de descentralizar as medidas de controle da hanseníase e ao mesmo garantir o enfoque de uma atenção integral ao indivíduo, família e comunidade.^(11,12)

Analisar a situação epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara constitui o principal objetivo desta investigação, na perspectiva de subsidiar a formulação de estratégias para controle e eliminação da endemia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza ecológica, que compreende o estudo dos indicadores operacionais e epidemiológicos da hanseníase, referenciais para a atenção básica. O período de estudo compreende os anos de 1998 a 2004.

Considerando que as informações epidemiológicas relacionadas à hanseníase são extremamente sensíveis à capacidade operacional dos serviços e programas de controle da hanseníase, incluindo o próprio sistema de informação, optamos por analisar um período de sete anos. Entendemos que esse constitui um período relativamente longo, no qual as variações operacionais, que porventura ocorressem, estariam diluídas neste período, proporcionando condições para uma melhor aproximação da realidade da endemia. Já que a confiabilidade dos resultados é diretamente proporcional ao número de casos e ao tempo⁽⁸⁾.

O cenário de estudo foi a microrregião de Almenara, no Vale do Jequitinhonha, composta por 16 municípios, com uma população de aproximadamente 170 mil habitantes.⁽¹³⁾ A região foi escolhida devido a sua relevância epidemiológica e social no controle da endemia no Estado de Minas Gerais. Nessa região encontra-se, por exemplo, o município de Monte Formoso cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é igual a 0,570. Esse valor é comparável aos dos municípios mais pobres do Brasil localizados no Norte e Nordeste.⁽⁹⁾

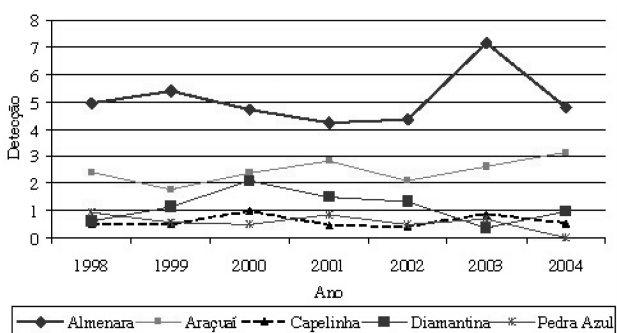
Os dados foram coletados através das Fichas de Notificação de Hanseníase da SES/MG e armazenados em um banco no EPI-INFO (versão 6.04b), um software utilizado para processamento de dados e análise epidemiológica. As informações referentes à demografia foram obtidas a partir das bases populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁽¹³⁾

As variáveis utilizadas foram dos casos de hanseníase, relativas a município de residência e data de diagnóstico, idade, sexo, forma clínica, grau de incapacidade, modo de entrada, modo de descoberta. Foram coletadas diretamente das Fichas de Notificação de Casos de Hanseníase disponibilizadas pela Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária da SES/MG. A partir desses dados, uma análise epidemiológica foi realizada com base em indicadores como: taxas de detecção geral; distribuição dos casos segundo formas clínicas; percentual de casos diagnosticados com incapacidade física; e percentual de casos diagnosticados através de busca ativa (exame de contatos e de coletividade).

RESULTADOS

Dos 1046 casos notificados no Vale do Jequitinhonha durante os sete anos de estudo, 608 (58,2%) localizam-se na microrregião de Almenara, o que reforça sua relevância epidemiológica no contexto endêmico do Vale.

GRÁFICO 1. TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE NO VALE DO JEQUITINHONHA POR MICROREGIÃO, PERÍODO: 1998-2004



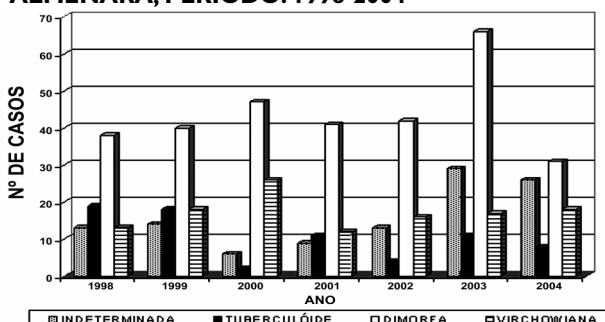
Fonte: Fichas de Notificação de Caso de Hanseníase (SES/MG).

O gráfico 1 mostra as taxas de detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, distribuídas por microrregiões. Na microrregião de Almenara a taxa de detecção variou no período, porém manteve-se sempre em níveis hiperendêmicos (média de 5,07/10.000 hab), segundo classificação do Ministério da Saúde (MS). Observa-se que a microrregião de Almenara apresenta as maiores taxas de detecção, ao longo do período. Durante os sete anos houve ligeira queda na taxa de detecção da microrregião, no entanto, em alguns de seus municípios, como Felisburgo e Jordânia, houve elevação na detecção. Há irregularidade no número de casos, como exemplo o município de Rio do Prado onde não houve nenhuma notificação em todo o período, exceto no ano de 2002 quando foram notificados 6 casos, elevando a taxa de detecção a 11,50 casos por 10.000 habitantes. Todos os casos detectados no município apresentavam alguma incapacidade no momento do diagnóstico, a saber: 50% grau I e a outra metade grau II. Pelo fato de os casos apresentarem incapacidades e sabermos que a transmissão do bacilo não ocorre em surtos, mas sim, através das múltiplas exposições, acreditamos que os dados neste município não reflitam a situação epidemiológica local e que transmissão tenha ocorrido no período estudado mesmo sem ser detectada. Lá apenas um caso foi detectado por exame de contatos.

Os municípios de Almenara, Rubim e Santa Maria do Salto correspondem isoladamente a 72,4% do total de casos notificados, apesar de possuírem apenas 29,19% da população da microrregião. Se isolados esses três municípios, a taxa média cai de um valor hiperendêmico (5,07) para um valor muito alto (3,08). Aqui se torna importante complementar a análise epidemiológica através de outros indicadores. Esses municípios podem ser responsáveis pela taxa de detecção hiperendêmica na microrregião ou então, os outros municípios não estão preparados para diagnosticar e/ou não notificar os casos. O conjunto dos fatos sugere duas hipóteses: diminuição da força de transmissão da endemia ou falhas operacionais relacionadas à não detecção dos casos na microrregião.

A detecção é um indicador que avalia a tendência secular da endemia, medindo a intensidade das atividades operacionais de identificação dos casos. As taxas de detecção elevadas reforçam a importância, em termos de magnitude, da endemia no Vale do Jequitinhonha. Contudo, a situação epidemiológica e operacional deve ser avaliada também por outros parâmetros que estão relacionados com a velocidade de difusão da endemia na comunidade, como por exemplo, a distribuição por formas clínicas.

GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DA HANSENÍASE SEGUNDO FORMA CLÍNICA NA MICROREGIÃO DE ALMENARA, PERÍODO: 1998-2004



Fonte: Fichas de Notificação de Caso de Hanseníase (SES/MG)

Um bom indicador epidemiológico para determinar a tendência da endemia é analisar a proporção entre o número de casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB). Verifica-se no gráfico 2 que, nos anos de 1998 a 2000 houve um decréscimo na proporção de casos PB (indeterminada e tuberculóide), já nos anos de 2001 a 2004 houve uma tendência de crescimento, principalmente da primeira. Observa-se, portanto que, após uma queda, houve elevação significativa da forma indeterminada. Nota-se, ainda, que houve um predomínio das formas clínicas MB (dimorfa e virchowiana) correspondendo a uma média de 69,9% dos casos, com tendência de aumento na proporção ao longo do período. Apesar da elevação, ainda é pequeno o número de casos diagnosticados na forma indeterminada, somado ao predomínio das formas multibacilares sugere-se que esteja ocorrendo diagnóstico tardio. Para Lombardi et al.⁽¹⁾ esses resultados podem ser vistos como um indicativo de estabilização da doença ou tendendo a uma situação de baixa prevalência.

A forma indeterminada, fase inicial da doença, que é a desejável de se fazer o diagnóstico, é relevante para o controle da endemia, já que o paciente apresenta baixa carga bacilar, não funcionando como fonte de infecção. No entanto a persistência dessa pode evoluir para outra forma clínica que seja potencialmente incapacitante. Assim torna-se importante realizar o diagnóstico precoce e o tratamento no início da doença.⁽¹⁾

As formas MB que são caracterizadas como contagiantes, quando não diagnosticadas e/ou tratadas, vão eliminar bacilos para o meio e disseminar a doença, mantendo assim a cadeia de transmissão⁽¹⁾. Uma vez diagnosticada a hanseníase, cabe aos serviços de saúde evitar que os doentes MB continuem transmitindo a doença, bem como instituir, precocemente, a terapêutica para os doentes PB, buscando a destruição dos bacilos existentes no organismo, evitando assim a evolução da doença e a instalação de seqüelas incapacitantes.⁽¹⁾

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA, NA MICRORREGIÃO DE ALMENARA, PERÍODO: 1998-2004

| Grau de Incapacidade | Ano de Notificação | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|----------------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | 1998 | | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 0 | 63 | 75,9 | 68 | 75,5 | 39 | 48,1 | 30 | 41,1 | 25 | 33,3 | 62 | 50,0 | 42 | 51,2 | 329 | 54,1 |
| I | 14 | 16,9 | 16 | 17,8 | 31 | 38,3 | 35 | 47,9 | 38 | 50,7 | 51 | 41,1 | 35 | 42,7 | 220 | 36,2 |
| II | 6 | 7,2 | 6 | 6,7 | 11 | 13,6 | 8 | 11,0 | 12 | 16,0 | 11 | 8,9 | 5 | 6,1 | 59 | 9,7 |
| Total | 83 | 13,6 | 90 | 14,8 | 81 | 13,3 | 73 | 12,0 | 75 | 12,3 | 124 | 20,4 | 82 | 13,5 | 608 | 100 |

Nota-se que a qualidade do atendimento dos serviços de saúde é boa, pois dos 609 casos notificados apenas um não foi avaliado ou foi ignorado o grau de incapacidade. Entretanto, não se sabe qual é o nível de capacitação dos profissionais para o diagnóstico e caracterização do grau de incapacidade dos hanseníacos na microrregião. Grande porcentagem dos casos (45,8%) apresentava alguma incapacidade física no momento do diagnóstico – grau de incapacidade I e II – parâmetro esse considerado alto pelo MS. Esses valores têm se elevado no período, indicando que os doentes têm sido diagnosticados após desenvolverem incapacidades. Já que o grau de incapacidade também é um indicador do tempo de evolução da doença, esse fato corrobora a idéia de que existe uma prevalência

oculta (que seria o acúmulo de casos não diagnosticados ou não registrados) que além de potencialmente gerar incapacidade físicas e deformidades contribui também para a manutenção da cadeia de transmissão.

Quando comparada com o gráfico 1, essa informação é valiosa já que indica que a porcentagem de incapacitados tem se elevado, mas que o número de casos detectados declinou. Considerando que o grau de incapacidade reflete o tempo de evolução da doença, estima a efetividade para detecção precoce e estima a prevalência oculta, isso nos aponta a possibilidade de que os serviços locais não estão preparados para detectar ou não notificam os casos. Assim esta tendência epidemiológica estaria sendo distorcida em função dessa falha na assistência à saúde.

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DE ALMENARA, SEGUNDO MODO DE DESCOBERTA, PERÍODO 1998-2004

| Modo de descoberta | Ano | | | | | | | | Total | |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|---|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | | | |
| | N | N | N | N | N | N | N | N | N | % |
| Encaminhamentos | 21 | 18 | 11 | 12 | 13 | 19 | 23 | 117 | 19,46 | |
| Demanda espontânea | 50 | 64 | 61 | 57 | 52 | 90 | 52 | 426 | 70,88 | |
| Exame de Coletividade | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0,33 | |
| Exame de contatos | 9 | 8 | 7 | 4 | 6 | 9 | 6 | 49 | 8,15 | |
| Outros | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 7 | 1,16 | |
| Total | 83 | 90 | 81 | 73 | 72 | 120 | 82 | 601 | 100 | |

Fonte: Fichas de Notificação de Caso de Hanseníase (SES/MG)

Uma outra forma de se avaliar a efetividade das ações de controle é através da análise do modo de descoberta (TAB. 2), já que esse irá indicar quais são as atividades de detecção predominantes no serviço de saúde.

Ao longo do estudo, o modo de descoberta da doença em sua grande maioria foi por demanda espontânea correspondendo a 70,88% das notificações. Apenas 8,4% do total foram por busca ativa (exame de contatos e de coletividade). Esses dados apresentados na *tabela 2* sugerem uma passividade do serviço, e essa hipótese pode ser reforçada quando se verifica que 45,4% das notificações por demanda espontânea apresentam algum grau de incapacidade física.

De acordo com os dados encontrados, podemos perceber que predominantemente as pessoas têm demandado espontaneamente os serviços de saúde e que a proporção de incapacitados é considerada alta. Isso nos leva a acreditar que a investigação epidemiológica tem sido negligenciada. As atividades de controle de hanseníase visam à descoberta precoce de todos os casos existentes na comunidade.^(11,14) Assim, podemos concluir que o controle não tem sido realizado de forma efetiva, já que a busca ativa foi responsável por baixa percentagem de casos detectados e que as pessoas estão desenvolvendo incapacidades.

A detecção ativa de casos de hanseníase refere-se a uma busca sistemática de doentes pela equipe de saúde e compreende várias atividades, entre elas: vigilância epidemiológica, exame dermatoneurológico de pessoas que demandam o serviço espontaneamente e também por outras razões que não a hanseníase, exame de coletividades, exame de contatos e campanhas educativas. Seu grande objetivo é realizar o diagnóstico precoce e romper a cadeia epidemiológica da doença.^(11,15)

Segundo Lana⁽⁴⁾, o baixo percentual de casos diagnosticados através de exame de contatos aponta a necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, uma vez que essa vigilância pode contribuir para o diagnóstico precoce reduzindo a prevalência oculta e também a instalação de incapacidades físicas, responsáveis pelo estigma que acompanha a doença.

TABELA 3. NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE NA MICROREGIÃO DE ALMENARA, DE ACORDO COM SEXO E GRAU DE INCAPACIDADE, PERÍODO: 1998-2004

| Grau de incapacidade | 0 | | I | | II | | TOTAL | |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 144 | 43,8 | 126 | 57,3 | 44 | 74,6 | 314 | 51,6 |
| Feminino | 185 | 56,2 | 94 | 42,7 | 15 | 25,4 | 294 | 48,4 |
| TOTAL | 329 | 100 | 220 | 100 | 59 | 100 | 608* | 100 |

Fonte: Fichas de Notificação de Caso de Hanseníase (SES/MG)

* Apenas um dos 609 casos não foi avaliado.

Dentre os registros, 45,9% apresentaram alguma incapacidade física (11,2% grau II), desses, 61,2% eram homens. Conclui-se assim, que neste contexto endêmico um número maior de homens têm desenvolvido incapacidade e em graus mais severos.

Observamos ainda neste estudo que o número de casos de hanseníase no sexo feminino é maior nas formas I e T, e que as formas D e V (formas clínicas polares e incapacitantes) ocorrem em maior número no sexo masculino. Esses dados podem estar relacionados ao fato de as unidades de saúde facilitarem o acesso das mulheres aos seus serviços em função da existência de programas de atenção à saúde da mulher, como a atenção à saúde materna (pré-natal, planejamento familiar, programa cérvico-uterino e de câncer de mama), que proporcionam maior contato com o atendimento à saúde. Além disso, em muitos casos as mulheres comparecem a UBS como acompanhantes de uma criança, idoso e outras pessoas, o que também pode contribuir para aumentar o acesso aos serviços de saúde, o vínculo com seus profissionais e as chances de diagnóstico.

Lana⁽⁴⁾ relaciona essa situação ao fato de o diagnóstico ser tardio em homens, o que incrementa a proporção de pacientes do sexo masculino com longos períodos de incubação, resultando, assim, em um aumento de risco desta categoria de desenvolver formas polares da doença. Isso se confirma quando observamos o indicador “grau de incapacidade”: do total de homens, 54,1% dos casos, apresentam alguma incapacidade física, sendo que dos casos em registro que apresentaram grau de incapacidade II, 74,6% eram do sexo masculino.

CONCLUSÕES

Os resultados colocam a microrregião de Almenara como uma área hiperendêmica, reforçando sua posição como prioritária para as ações de eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública no Estado de Minas Gerais e no território brasileiro. O baixo percentual de casos diagnosticados por meio do exame de contatos, o grande número encontrado nas formas clínicas multibacilares e/ou com alguma incapacidade física, sugerem passividade dos serviços de saúde resultando em diagnóstico tardio. Essa situação aponta para a necessidade da intensificação das medidas de controle, descentralizando-as, reforçando o papel da Atenção Básica, promovendo capacitação dos profissionais de saúde e sensibilização popular. A qualificação dos profissionais deve visar a descentralização do atendimento de hanseníase a todas as Unidades de Saúde na microrregião.

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia, utilizada no contexto da Atenção Básica, que têm demonstrado seu potencial para contribuir na descoberta de casos novos, assim como do seu tratamento e acompanhamento. O PSF torna-se, portanto, relevante para o aumento da cobertura assistencial à população, facilitando assim o controle da endemia.

A garantia da assistência poliquimioterápica sistemática nas Unidades Básicas de Saúde; a atenção integral com o estabelecimento de referência e contra-referência para complicações, esquemas alternativos, prevenção e tratamento de incapacidades e reabilitação; e, o estabelecimento de referência técnica nas Secretarias Municipais de Saúde, capacitada para gerenciar as ações propostas também devem ser estratégias adotadas visando a eliminação da doença.

Medidas que visem minimizar o preconceito em relação aos doentes e promover a divulgação dos sinais e sintomas da doença também devem ser pensadas, a fim de reduzir o sofrimento humano e as repercussões socioculturais negativas desencadeadas na vida do sujeito.

Os resultados demonstram ainda a necessidade de se conhecer melhor a situação epidemiológica da hanseníase na região por meio de trabalhos mais abrangentes, tanto quanto de se reforçarem as estratégias de eliminação da doença. Além disso, é necessária a criação de sustentabilidade econômica visando a melhoria das condições gerais de vida da população, uma vez que essas condições influenciam na distribuição e expansão da hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Lombardi C, Ferreira J, Motta CP, Oliveira MLWR. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: IMESP/SAESP; 1990.
2. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad Saúde Pública* 1998 jan./mar.; 14 (1): 51-60.
3. WHO - World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period: 2006-2010). Geneva; 2005. 19p.
4. Lana FCF, Lanza FM, Meléndez GV, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais. *Hansen Int* 2003; 28 (2): 131-7.
5. NLR- Netherland Leprosy Relief. Hanseníase no Brasil. [Citada em: 01 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.hansen.org.br/hansen>.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Seminário Estadual de Hanseníase: procurar para curar e eliminar. Belo Horizonte; 2004.
7. WHO-World Health Organization. Leprosy Elimination Project: Status Report 2003. Geneva; 2004. 41p.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Seminário Estadual: o papel da atenção básica na eliminação da hanseníase. Belo Horizonte; 2005. 34p.
9. Martins RB, Libânio JC. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [CD-ROM]. Recife: ESM Consultoria; 2003.
10. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Situación de los programas de control de la lepra en las Americas. Washington; 1988.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília; 2002: 89 (Cadernos de Atenção Básica, 10).
12. Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; 2001.
13. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico e Estimativas [online]. Brasil; 2000. [Citado em: 01 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
14. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad. Saúde Pública* 2003 jan./fev.; 19 (1): 119-25.
15. Santos LP, Rabay FO. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Taubaté-SP no ano de 1999. *Hansen Int* 2001; 26 (2): 112-5.

Recebido em 15/02/2006

Aprovado em 17/05/2006