

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES - CPqAM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC

SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO RECIFE
NO PERÍODO DE 1996 A 2001

Autores:
Ana Maria de Carvalho
Cláudia Manzi
Márcia Guerra

Orientadora:
Profa. Vera Rejane do Nascimento Gregório

Recife,
2002

ANA MARIA DE CARVALHO
CLÁUDIA MANZI
MÁRCIA GUERRA

SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO RECIFE
NO PERÍODO DE 1996 A 2001

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, sob a orientação da Profa. Vera Rejane do Nascimento Gregório

Recife,
2002

ANA MARIA DE CARVALHO
CLÁUDIA MANZI
MÁRCIA GUERRA

SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO RECIFE
NO PERÍODO DE 1996 A 2001

Trabalho de conclusão do curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, pela Comissão formada pelos Professores:

Orientadora: Profa. Vera Rejane do Nascimento Gregório
Mestre em Saúde Pública - UPE

Debatedora: Dra. Iara Sant' Ana Pessoa
Médica Sanitarista/Hansenóloga-UPE

Recife,
2002

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não seria possível sem a colaboração das famílias Carvalho, Alcântara e Melo, de Vera Gregório (Orientadora), de Daisy Maria da Silva (DIEVS),

A estas pessoas e aquelas que ficaram no anonimato mas, igualmente, contribuíram para alcançarmos o objetivo do trabalho, nossos melhores agradecimentos,

As Autoras.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVO	8
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO.....	13
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
7. BIBLIOGRAFIA	16

Anexo 1 - Termo de Aprovação do Comitê de Ética.

Anexo 2 - Cópia do Pôster (apresentado na defesa do trabalho)

CARVALHO, A.M; MANZI, C.; GUERRA M. Situação da Hanseníase no Município do Recife, no período de 1996 a 2001. **NESC**, dez. 2002.

RESUMO O Brasil vem registrando nos últimos anos um aumento dos coeficientes de detecção de hanseníase, freqüentemente interpretado como evidência de expansão da endemia. Este estudo tem como objetivo analisar a situação epidemiológica da hanseníase em Recife no período de 1996 à 2001*, através de 5.945 casos notificados ao SINAN e trabalhados pelo DIEVS. Foram calculados os coeficientes de detecção de casos absolutos, por faixa etária e forma clínica, além de analisados o coeficiente de incidência detectado por DS, o percentual de avaliação de incapacidade física e a ocorrência do grau II ou III. O estudo da tendência temporal do coeficiente de detecção de casos revelou um decréscimo de 8.28:10.000 hab. em 1996 para 5.01:10.000 hab. em 2001*. O predomínio da forma tuberculóide e o coeficiente de detecção de casos em níveis hiperendêmicos da faixa etária de 0 a 14 anos pela doença podem estar refletindo a expansão da endemia na cidade do Recife. O coeficiente de detecção analisado por DS e as variações encontradas, sugeriram graus distintos de risco de adoecer e/ou atividades de controle diferenciadas nessas áreas. Na análise dos graus de incapacidade física, verificamos que o percentual médio para os graus II e III, mostrou-se baixo.

1

UNITERMOS : Hanseníase, epidemiologia, endemia.

¹ * Dados Provisórios

1. INTRODUÇÃO

Hanseníase, doença infecto-contagiosa, não hereditária, crônica, curável, causada pelo bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*), um parasita intracelular obrigatório, que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos.^{2,3,4,6,7,9,10,11,12,20} Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de maneiras diversas, de acordo com a resposta imunológica, específica, do hospedeiro, frente ao bacilo. Esta resposta imune constitui um espectro que expressa as diferentes formas clínicas da doença.^{1,4,6}

Aproximadamente 600.000 casos novos de hanseníase são diagnosticados por ano no mundo. No cenário internacional, o Brasil ocupa o 2º lugar em números absolutos, superado apenas pela Índia, apresentando distribuição variada nas diferentes regiões⁹.

Com a introdução da poliquimioterapia (PQT) no Brasil como tratamento padronizado a partir de 1991, foi obtido um grande progresso no controle da hanseníase, porém, apesar de todas as medidas tomadas, a hanseníase persiste como uma das grandes endemias nacionais.^{2,14,15} Os estudos sobre a evolução da endemia no Brasil ou, particularmente, em grandes centros urbanos buscam explicar se a elevação da incidência se dá por razões operacionais no gerenciamento do programa de controle ou em consequência de fatores que estão facilitando a propagação da doença.¹⁷ Segundo dados da Secretaria de Políticas de Saúde, a prevalência da hanseníase no Brasil é de 77.676 pessoas em 2001, o que representa 4,68 doentes numa população de 10.000 pessoas. Somente no ano de 2001, o número de casos foi de 41.070, representando 2,47 doentes num grupo de 10.000 pessoas. As regiões brasileiras com maior prevalência de hanseníase, considerando um universo de 10.000 são, por ordem decrescente: Centro-Oeste, com 11,82 pessoas doentes; Norte, com 9,08; Nordeste, com 6,13; Sudeste, com 2,94; e Sul, com 1,37.^{9,10,22} Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a região Nordeste, que historicamente era considerada de média prevalência³, vem apresentando um maior crescimento. O estado de Pernambuco, que ocupa o 1º lugar da região, possui um alto coeficiente de prevalência (9,80/10.000 habitantes) e sessenta por cento dos casos comprovados de hanseníase de todo o estado concentram-se na sua capital Recife, que possui uma área de 219 Km², assentando-se em ambientes diversificados como morros, planícies, estuários e praias. Toda sua área física é considerada urbana, constituída por 94 bairros, agrupados em 18 microrregiões, e estas, em seis regiões político-administrativas (RPA), que correspondem aos Distritos Sanitários (DS). Em 2000, sua população era de 1.422.905 habitantes⁸. Quanto a situação de saúde, observa-se uma superposição de perfis epidemiológicos: doenças, óbitos e agravos ligados ao atraso por um lado, e por outro, eventos identificados com a modernidade. Entre os agravos ligados ao atraso está a hanseníase.¹⁹

2. OBJETIVO Diante deste quadro, este estudo teve como objetivo analisar a situação da endemia hansênica no município do Recife segundo indicadores epidemiológicos, no período de 1996 a 2001*

3. MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se um estudo epidemiológico de natureza descritiva, do tipo transversal, tendo como área de estudo o município do Recife, a partir do banco de dados da Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (DIEVS – SMS/PCR), do período de 1996 a 2001, totalizando 5.945 casos residentes. Analisado a partir de indicadores básicos utilizado pelo Ministério da Saúde (MS). Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética CPqAM/CIOCRUZ (reg 82/02)

INDICADORES BÁSICOS

Coeficiente de detecção anual de casos novos por 10.000 habitantes

- hiperendêmico $\geq 4,0/10.000$ hab;
- muito alto 4,0 .l 2,0 /10.000 hab;
- alto 2,0 .l 1,0/10.000 hab;
- médio 1,0 .l 0,2/10.000 hab;
- baixo $< 0.2/10.000$ hab.

Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0-14 anos por 10.000 habitantes

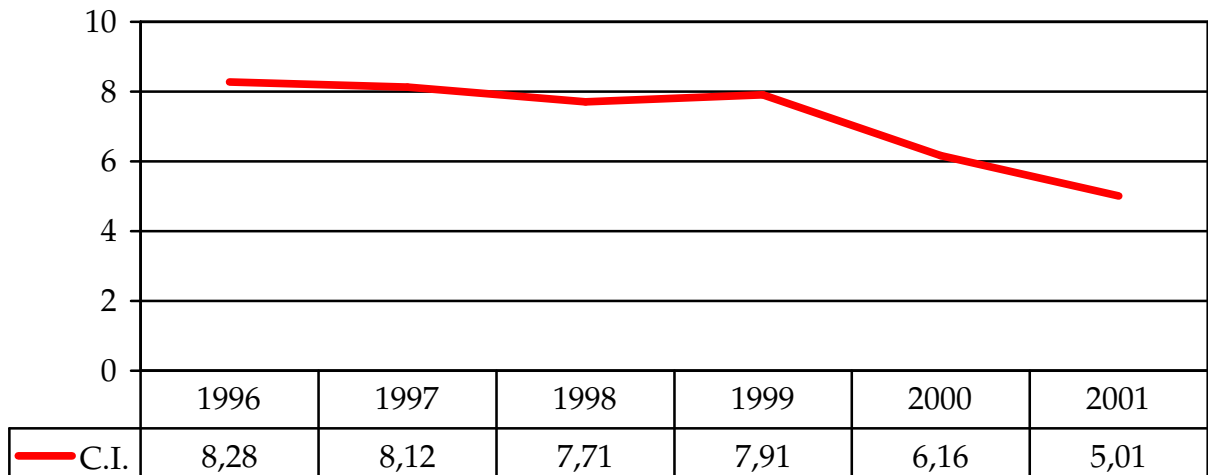
- hiperendêmico $\geq 1,0/10.000$ hab;
- muito alto 1,0 .l 0,5/10.000 hab;
- alto 0.5 .l 0,25/10.000 hab;
- médio 0.25 .l 0.05/10.000 hab;
- baixo $< 0.05/10.000$ hab.

Percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano

- alto $\geq 10\%$;
- médio 10 .l 5%;
- baixo $< 5\%$.

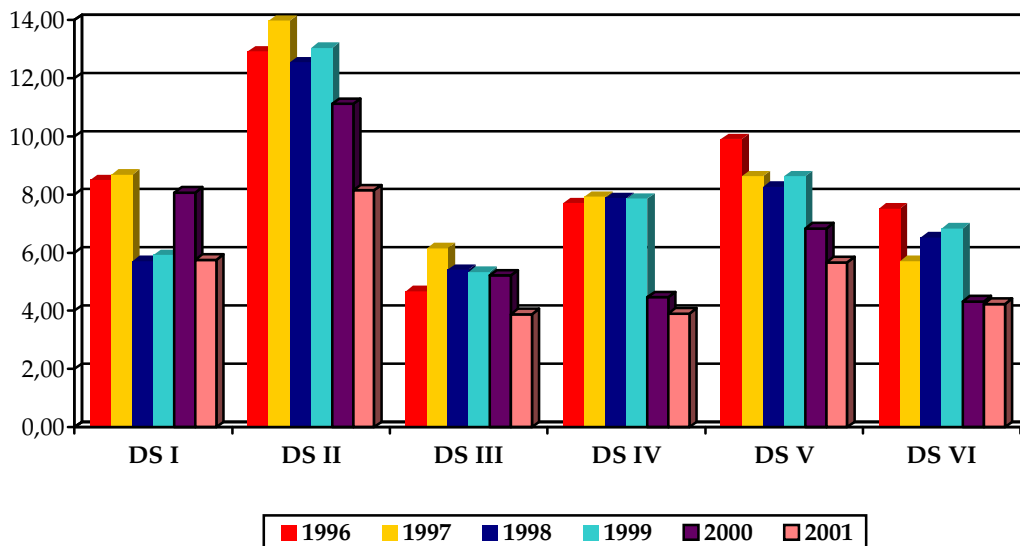
4. RESULTADOS

GRÁFICO 1: Coeficiente de Incidência Detectado (10.000 hab.) de Hanseníase segundo o Ano de Ocorrência. Recife, 1996 a 2001*



Fonte: DIEVS – SMS/PCR. *Dados provisórios.

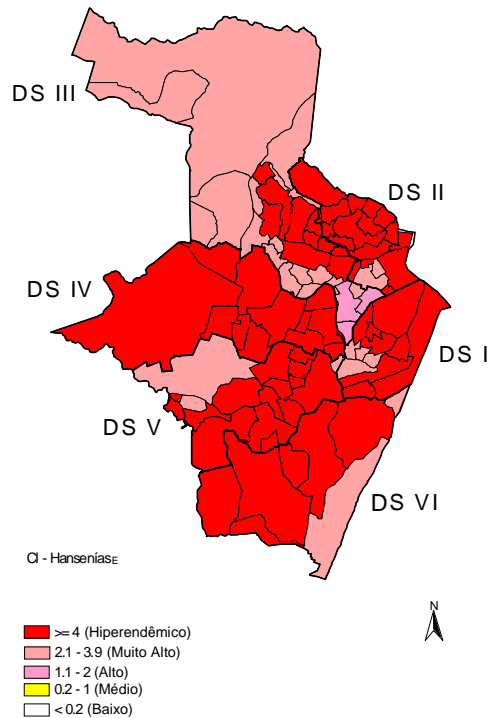
GRÁFICO 2: Coeficiente de Incidência Detectado (10.000 hab.) de Hanseníase segundo Distrito Sanitário. Recife, 1996 a 2001*



Fonte: DIEVS – SMS/PCR. *Dados provisórios.

MAPA: Coeficiente de Incidência Detectado de Hanseníase (10.000 hab.) segundo Estratos de Endemicidade. Recife, 1996 a 2000.

Coeficiente de Incidência Detectado de Hanseníase por 10.000 habitantes
Segundo Estratos de Endemicidade.
Recife, 1996 - 2000



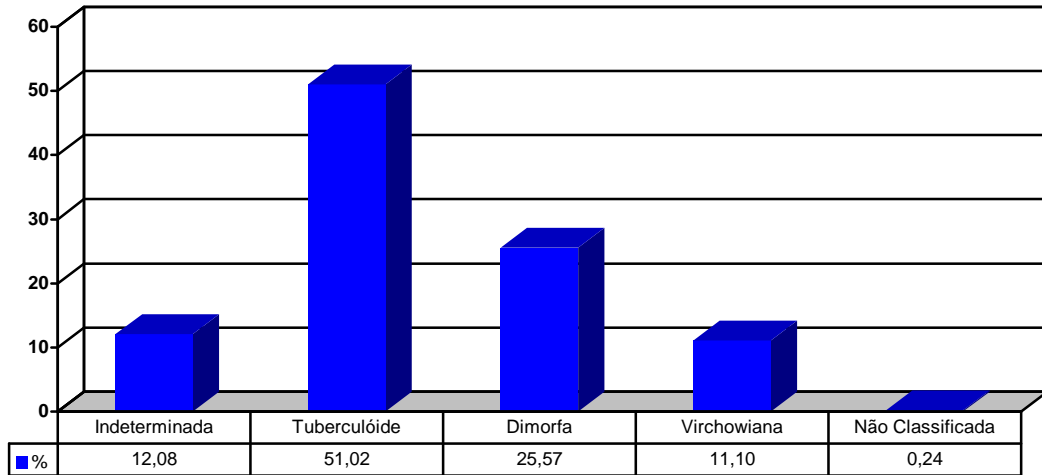
Fonte: DIEVS – SMS/PCR.

TABELA 1: Número de Casos e Coeficiente de Incidência Detectado (10.000 hab.) de Hanseníase segundo Faixa Etária e Ano de Ocorrência. Recife, 1996 a 2001*

A N O	FAIXA ETÁRIA			
	0 – 14 a		≥ 15 a	
	Nº	C.I.	Nº	C.I.
1996	177	4,70	937	9,66
1997	144	3,80	957	9,80
1998	146	3,82	907	9,22
1999	150	3,90	938	9,47
2000	113	3,04	763	7,26
2001	88	2,36	625	5,95

Fonte: DIEVS – SMS/PCR.* Dados provisórios

GRÁFICO 3: Percentual de Casos de Hanseníase segundo Forma Clínica. Recife, 1996 a 2001*



Fonte: DIEVS – SMS/PCR.* Dados provisórios

Tabela 2: Número de Casos Novos de Hanseníase segundo Faixa Etária e Classificação Operacional.* Recife, 1996 – 2001*

FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL			TOTAL DE CASOS NOVOS
	PB	MB	IGN	
0-14 a	611	207	-	818
≥15 a	3157	1959	11	5127
TOTAL	3768	2166	11	5945

Fonte: DIEVS-SMS/PCR

*Classificação Operacional: PB=paucibacilar; MB=multibacilar; IGN=ignorado.

**Dados Provisórios.

Tabela 3: Número e Percentual de Casos Novos avaliados quanto a Incapacidade e Casos com Grau II/III de Hanseníase segundo o ano de ocorrência. Recife, 1996 a 2001*

A N O	AVALIADOS		GRAUS II / III	
	Nº	%	Nº	%
1996	1103	99,01	39	3,54
1997	1088	98,82	17	1,56
1998	1027	97,53	18	1,75
1999	1067	98,07	14	1,31
2000	845	96,46	29	3,43
2001	685	96,07	15	2,19

Fonte: DIEVS – SMS/PCR. * Dados provisórios

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tendência temporal do coeficiente de detecção de casos revelou um decréscimo de 8.28:10.000 hab. em 1996 para 5.01:10.000 hab. em 2001, porém seu coeficiente de detecção para os anos em estudo manteve-se hiperendêmico.

Em sua tese Albuquerque (1987) refere que o coeficiente de detecção quando aferido ao longo dos anos, possibilita a análise da tendência temporal da endemia, além da avaliação do impacto das ações de controle sobre a transmissão³.

Segundo Pereira e cols. (1999), este indicador pode estar relacionado com a intensidade das atividades de detecção de casos¹⁸.

Segundo Andrade (1996), o coeficiente de detecção pode ser considerado tanto epidemiológico quanto operacional, a medida que reflete não apenas uma idéia aproximada da incidência real da doença, mas a eficácia das ações desenvolvidas para a descoberta de novos casos pelos serviços de saúde¹⁶.

O coeficiente de detecção variou de muito alto a hiperendêmico nos seis DS e 69% dos seus bairros estão hiperendêmicos. As variações encontradas sugerem graus distintos de risco de adoecer e ou atividades de controle diferenciadas nessas áreas. A tendência decrescente para o DS IV pode estar relacionado à transferência do atendimento, temporariamente, para outra unidade de saúde, demonstrando a fragilidade das ações de controle da hanseníase no município. O maior atendimento para o DS II pode ser explicado pela sua localização estratégica para os bairros mais próximos, localizados em distritos circunvizinhos e por ser o CISAM centro de treinamento do município.

O coeficiente de detecção por faixa etária de 0-14 e ≥ 15 anos é considerado hiperendêmico segundo os parâmetros do MS.

Segundo Andrade(1996), quanto maior a magnitude, maior é o número de indivíduos de 0-14 anos detectados¹⁶.

Segundo Andrade e Velloso (2002), este indicador pode ser marcador sobre a evolução da magnitude da endemia. Indicam se a expansão da doença está controlada, dando uma melhor idéia da dinâmica da endemia no período estudado².

Pelo grande número de crianças adoecendo a magnitude da endemia no município não está controlada e sim em expansão.

Analisando as formas clínicas, a forma tuberculóide(FT) alcançou o maior percentual, seguida da forma dimorfa (FD), segundo a classificação operacional, observa-se predomínio das formas paucibacilares em ambas as faixas etárias.

Para a OMS (1977, 5º relatório), a classificação dos casos de hanseníase transcende o interesse acadêmico, permitindo a identificação de casos infecciosos e potencialmente infecciosos,

assim como daqueles susceptíveis de apresentar deformidades, tendo uma importância fundamental para o controle da endemia¹⁶.

A forma T é um indicador de tendência, sugerindo que a endemia está encoberta, por apresentarem os referidos indivíduos proteção parcial e estarem sendo contaminados por focus bacilíferos, em conglomerados populacionais.

Na análise dos graus de incapacidade física, verificamos que o percentual médio para os graus II e III, nos anos em estudo, se mostrou baixo, segundo os parâmetros do MS.

Segundo Pereira e col. (1999), a presença de incapacidade física indica atraso no diagnóstico, o que favorece a transmissão da doença.¹⁸ Segundo Andrade e Velloso (2002), esse indicador é útil para estimar a efetividade das atividades para detecção precoce de casos e também estimar a endemia.²

O menor percentual da Forma Indeterminada (FI), sugere falha na detecção precoce de casos e o baixo percentual encontrado de incapacidades físicas pode não refletir a realidade, uma vez que observa-se um maior número das formas T e D, sugerindo sub-notificação do indicador.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise destes dados, verificamos que o município possui serviços que executam atividades de detecção de casos novos, porém em fase mais tardia da doença, determinando a expansão da endemia.

As dificuldades encontradas para o alcance da meta de eliminação da hanseníase pode estar ocorrendo pela falha no gerenciamento das ações de controle do programa em vários níveis: supervisão das estratégias de descentralização da assistência; na capacitação das referências e incentivo dos profissionais; na integração das referências com os serviços de contra-referência e na confiabilidade do banco de dados.

As melhorias sócio-econômica e sanitária da população, meta atual da Secretaria Municipal de Saúde baseada na integralidade das ações, aliada ao diagnóstico precoce e ao tratamento regular podem ser a chave do controle da doença num futuro previsível.

7. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Programa de Ação para a Eliminação da Hanseníase. **Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública**, p. 15, 1ª ed., Genebra, 1995.
2. VELLOSO, Alda Py; ANDRADE, Vera. **Hanseníase Curar Para Eliminar**, 1ª ed., Porto Alegre, ed. Das Autoras, 2002. 109 p.
3. ALBUQUERQUE, M^a de F. P. M. de. **A hanseníase no Recife – um estudo epidemiológico para o período 1960 a 1985**. Tese de Mestrado, Departamento de Medicina Tropical do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1987, 193 p.
4. Ministério da Saúde. FUNASA. **Guia de Controle da Hanseníase**, Brasília, 1994, 156 p.
5. _____. **Jornal Informa. Eliminação da hanseníase até 2005**, a.II, n.10, fev. 2002.
6. _____. FUNASA. Governo do Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**, p. 3, v. 3, n. 1, dez 2001.
7. JOPLING, W. H. **Manual de Lepra**, 4ª ed. ed. Atheneu, Rio de Janeiro, 1991.
8. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. Censo Demográfico do Recife In: **Recenseamento Geral do Brasil**. Brasília: IBGE.
9. YAWALKAR, S. J. **Leprosy for medical practitioners and paramedical workers**, 7ª ed., 2002.
10. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para o controle da hanseníase**. Washington, 1983.
11. Petri, Valéria. COMPACTA. **Temas de Dermatologia: Hanseníase**, p.5-9, v. III, n. 3, jun 2002.
12. HASTINGS, Robert C. **Leprosy**. Churchill Livingstone, Edinburg, 1996.

13. ROUQUAYROL, M^a Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Fundamentos Metodológicos da Epidemiologia**, c. 5, 4^a edição, ed. Medsi, 1994, 527 p.
14. International Journal of Leprosy. **Report of the International Leprosy Association Technical Forum**, Paris, France 22-28 February 2002.v. 10, n. 1 (suplement), march 2002, 62 p.
15. WHO (World Health Organization). Study Group. **Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes**. Geneva: WHO, 1982. (Techical Report Series, 675.)
16. ANDRADE, Vera L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde pública. Fiocruz, Rio de Janeiro, julho, 1996. 180 p.
17. SIQUEIRA, Marília T. de. **Controle de endemias no Sistema único de Saúde a caminho da descentralização ? o caso Olinda/PE**. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, maio, 1995. 104 p.
18. PEREIRA, Gerson F. M. et al. **Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde**._Ministério da Saúde. Séc. de Políticas de Saúde. Departamento de gestão de políticas estratégicas. Área técnica de dermatologia sanitária (ATDS). Brasília, 1999. 28 p.
19. PCR/SMS – Prefeitura da Cidade do Recife/ Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de aprimoramento de hanseníase no município do Recife**. Recife, nov. 2001. 17 p.
20. TALHARI, S. **Hansenologia**. Funcomiz, Manaus, 2^a ed., 1989.