

Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação

Introdução

O resgate de marcos históricos relativos à terapêutica da hanseníase possibilita o entendimento da meta pactuada internacionalmente de eliminação da endemia como problema de saúde pública. Talvez não seja do conhecimento dos profissionais de saúde inseridos na rede básica a partir deste milênio que: o uso da dapsona (sulfona) para hanseníase teve início em 1943; em 1960 foram registrados os primeiros casos de resistência à dapsona e identificada a rifampicina como alternativa medicamentosa; a recomendação pelo uso da poliquimioterapia (PQT) por meio da combinação da dapsona, rifampicina e clofazimina se deu em 1981 pela Organização Mundial de Saúde (OMS); em 1986 foi apresentada a primeira proposta de eliminação da hanseníase até o ano 2000 durante a 44ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA); em 1991 foi incluído o *Addendum* “como problema de saúde pública”, bem como definida a meta de menos de 1 caso por 10 mil habitantes durante a 49ª WHA,¹ em compromisso assumido pelos 122 países mais endêmicos; e que, nos últimos vinte anos, mais de 14 milhões de pacientes de hanseníase foram curados, dos quais, cerca de 4 milhões desde o ano 2000; houve redução drástica da carga global da doença de 5 milhões de casos em 1985 para 805 mil em 1995, 753 mil em 1999 e 213 mil em 2008; e o mais importante, que 119 países dos 122 onde a doença foi considerada como um problema de saúde pública alcançaram a meta de eliminação em nível nacional. A maioria destes continua trabalhando para a redução da prevalência em nível subnacional, ou seja, em estados/províncias e/ou departamentos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) inclui a hanseníase no grupo das doenças negligenciadas e outras relacionadas com a pobreza por meio da resolução OPAS/CD49.R19/20092 em: **grupo um** – doenças para eliminação como problema de saúde

pública; **grupo dois** – doenças cuja carga pode ser drasticamente reduzida; e **outras** – doenças cuja carga deve ser avaliada e ainda é necessário o desenvolvimento de ferramentas, métodos e estratégias de controle. No grupo um encontram-se as doenças com grande potencial de eliminação: doença de Chagas, filariose linfática, hanseníase, malária, oncocercose, peste, raiva humana transmitida por cão, sífilis congênita, tracoma e tétano neonatal. Para tais doenças existem ferramentas e estratégias custo-efetivas; há evidência de factibilidade de eliminação observada em outros países e/ou áreas da América Latina e Caribe e mandatos globais ou regionais para sua eliminação. No grupo dois encontra-se a esquistossomose (*S. mansoni*), que atualmente ocorre em áreas geográficas delimitadas, mas com prevalência muito alta, assim como as geohelminthiases, que dependem de maior detalhamento da situação epidemiológica.

Quanto ao conceito de eliminação como problema de saúde pública, este representa redução drástica da carga da doença ao nível aceitável, de modo que a prevalência da doença não limite a produtividade social nem o desenvolvimento da comunidade. De acordo com as ferramentas disponíveis e a situação de saúde, as metas de eliminação foram estabelecidas para cada doença do grupo um. A eliminação, portanto, torna-se viável com a melhoria dos serviços de saúde e a implantação de estratégias com ênfase principalmente na atenção primária.

De modo distinto da eliminação de doenças enquanto problema de saúde pública, há também políticas de “erradicação” de doenças, que só podem ser consideradas quando não mais se verifica a circulação do agente infeccioso, podendo até mesmo haver suspensão das medidas de prevenção e controle em decorrência da interrupção da transmissão, o que não se aplica à hanseníase.

A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil apresenta aspectos facilitadores que incluem: a decisão política de eliminação da hanseníase; a hanseníase no contexto do Plano Brasil Sem Miséria; a inserção da hanseníase em todas as pactuações

do Sistema Único de Saúde (SUS); a existência de ampla cobertura de unidades básicas de saúde com potencial para diagnosticar e tratar a doença até a cura; equipe multiprofissional com a presença de médicos e enfermeiros para a garantia do diagnóstico e acompanhamento de casos em unidades de saúde; assistência secundária e terciária na rede de atenção à saúde; atuação constante e forte de movimentos sociais; parcerias com organizações não governamentais (ONGs) estruturadas; disponibilidade de medicamentos para PQT e antirreacionais; possibilidade de busca ativa de casos e resgate de abandonos por agentes comunitários de saúde; oferta constante de cursos para a capacitação de profissionais; melhoria do nível de renda da população; ausência de barreiras culturais e religiosas; disponibilização de incentivo financeiro por meio de recursos do piso-variável para vigilância em hanseníase;⁹ pesquisadores nacionais com expertise em clínica, epidemiologia, biologia molecular e aspectos sociais da hanseníase. Por outro lado, apresenta como dificuldades ou aspectos negativos: regiões de extrema pobreza como condição de perpetuação da doença, com dificuldade de acesso a serviços de saúde, principalmente nas áreas mais endêmicas; atraso na adoção de estratégias essenciais ao processo de eliminação que levou à implantação da PQT padrão OMS e à descentralização de serviços somente na década

de 1990; fragilidade nas ações de vigilância, com baixa cobertura de exames de contatos; dificuldades na logística de distribuição de medicamentos em algumas regiões do país até as unidades de atendimento; perfil epidemiológico no que se refere à forma clínica, sendo metade dos casos paucibacilares e elevado coeficiente de detecção em crianças, indicando intensa circulação do *Mycobacterium leprae*; insuficiente comprometimento político de gestores em algumas áreas de importância epidemiológica, associado ao desconhecimento da magnitude da endemia; reduzido número de profissionais da rede básica, especialmente médicos, que garantam o diagnóstico e tratamento; sistema de referência e contrarreferência pouco estruturado em algumas regiões do país, ainda que formalmente normatizado.

O coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil, indicador utilizado para monitorar o progresso da eliminação dessa doença enquanto problema de saúde pública, vem sofrendo redução progressiva nos últimos anos. Isso decorre da diminuição no número de casos novos da doença, de modo mais acentuado a partir de 2003; da redução do tempo de tratamento com a PQT a partir do ano 2000; e da melhoria da qualidade das informações, com atualizações sistemáticas nos bancos de dados. No entanto, o padrão espacial de distribuição da hanseníase permanece o mesmo.

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Jarbas Barbosa da Silva Jr (editor geral), Sônia M. F. Brito, Marcus Quito, Cláudio Maierovitch P. Henriques, Deborah C. Malta, Guilherme Franco Netto, Elisete Duarte, Eunice de Lima, Marta Roberta Santana Coelho, Fábio Mesquita e Carlos Estênio Freire Brasileiro.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Exedito Luna (editor científico), Gilmara Lima Nascimento (editora assistente) e Alisson Leandro Aragão Meneses (secretário executivo).

Colaboradores

Rosa Castália França Ribeiro Soares (DEVIT/SVS), Eliane Ignotti (UNEMAT e DEVIT/SVS), Regiane De Paula (EDUCATIE e DEVIT/SVS).

Distribuição impressa e eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Normalização

Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS.

Os coeficientes de prevalência são mais elevados em municípios localizados na borda da Amazônia brasileira, nos estados do Maranhão, Mato Grosso, Pará e Tocantins e, ainda, em algumas áreas metropolitanas do Nordeste.³

No início de 2011, a Secretaria de Vigilância em Saúde criou a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE), com o objetivo de fortalecer a resposta para um grupo de doenças em que os resultados dos programas nacionais foram considerados insuficientes e incompatíveis com a capacidade do SUS de resolução dos problemas de saúde da população. Neste grupo estão incluídas a hanseníase, a esquistossomose, a filariose linfática, as geohelmintíases, a oncocercose e o tracoma. Para a hanseníase a CGDHE assume como principais eixos de ação: o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, com ênfase na intensificação das ações de busca ativa de contatos intradomiciliares e aumento da taxa de cura, por meio de pactuações com 252 municípios prioritários que concentram cerca de 60% da endemia; aproximação com programa de saúde na escola para identificação de casos em crianças; garantia de incentivo financeiro para vigilância em hanseníase; e aprimoramento do sistema de informação no que se refere ao acompanhamento dos casos.⁴

Para o conjunto de endemias abordadas no “Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases”, lançado em junho de 2012,⁴ considera-se a extensa experiência, em especial da região das Américas, na implementação de estratégias para a eliminação de doenças transmissíveis e os avanços promissores na redução da carga dessas doenças, além da necessidade de cumprir a “agenda inconclusa”, uma vez que a proporção de pessoas afetadas continua elevada entre as populações mais pobres e marginalizadas do Brasil.²

Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados da última década (2003-2012)

A meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, definida como prevalência inferior a um caso a cada 10 mil habitantes, foi definida na Assembleia Mundial de Saúde, em 1991, e permanece vigente para os

países como o Brasil e regiões que ainda não alcançaram. Em 2010, a OMS revisou a Estratégia Global para redução da carga da doença no período 2011-2015, na qual enfatiza a garantia da qualidade da assistência ao paciente.¹ Para a Estratégia Global são considerados não apenas redução na detecção de casos novos, mas também de incapacidades, o que terá impacto na redução do estigma e discriminação relacionados à doença. Por esta razão, além da redução do coeficiente de prevalência é preciso que haja também redução do coeficiente geral de detecção e do coeficiente de detecção de casos com incapacidades grau II.

Coeficiente de Prevalência

Em 2012, o coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil era 1,51 caso/10 mil habitantes, o que representa uma redução de 12% em relação ao valor do coeficiente no ano 2004 (1,71 caso/10 mil habitantes), ano em que o país fez a readequação do cálculo desse indicador para que fosse possível fazer comparações com outros países-membros da OMS. Recomenda-se, para o cálculo da prevalência, que sejam incluídos no numerador os casos residentes em tratamento em 31 de dezembro e, no denominador, a população residente local do respectivo ano multiplicada por 10 mil. Para tanto, devem ser observados os tempos de tratamento previstos no protocolo terapêutico para os casos paucibacilares e multibacilares.^{5,6}

O indicador prioritário para a meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, expresso pelo coeficiente de prevalência de ponto da hanseníase em 31 de dezembro de cada ano, é influenciado pela capacidade dos serviços de saúde em realizar o diagnóstico, tratar e curar os casos diagnosticados, bem como pelo envio oportuno de dados relativos ao acompanhamento e evolução dos casos até a cura.

Observa-se, na Figura 1A, que os estados de Mato Grosso, Maranhão e Tocantins apresentaram coeficiente de prevalência alto (entre 5 e 9,99 casos por 10 mil habitantes), enquanto todos os estados da região Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, na região Sudeste, somados ao Rio Grande do Norte, no Nordeste, alcançaram a meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública. Na Figura 1B, observa-se um padrão espacial de concentração da prevalência de hanseníase por municípios. Aqueles de endemidade mais elevada estão localizados no

entorno da Amazônia brasileira, especialmente em Rondônia, Mato Grosso, oeste de Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Tocantins e sudoeste do Pará. Por outro lado, parte da região Nordeste e a maioria dos municípios das regiões Sul e Sudeste apresentam baixa endemicidade.

Quanto ao coeficiente anual de detecção por 100 mil habitantes (Figuras 2A e 2B), observa-se o mesmo padrão espacial do coeficiente de prevalência. Em 2012, foram diagnosticados 33.303 casos novos, 2.246 (7%) em menores de 15 anos. O coeficiente geral de detecção (17,2/100

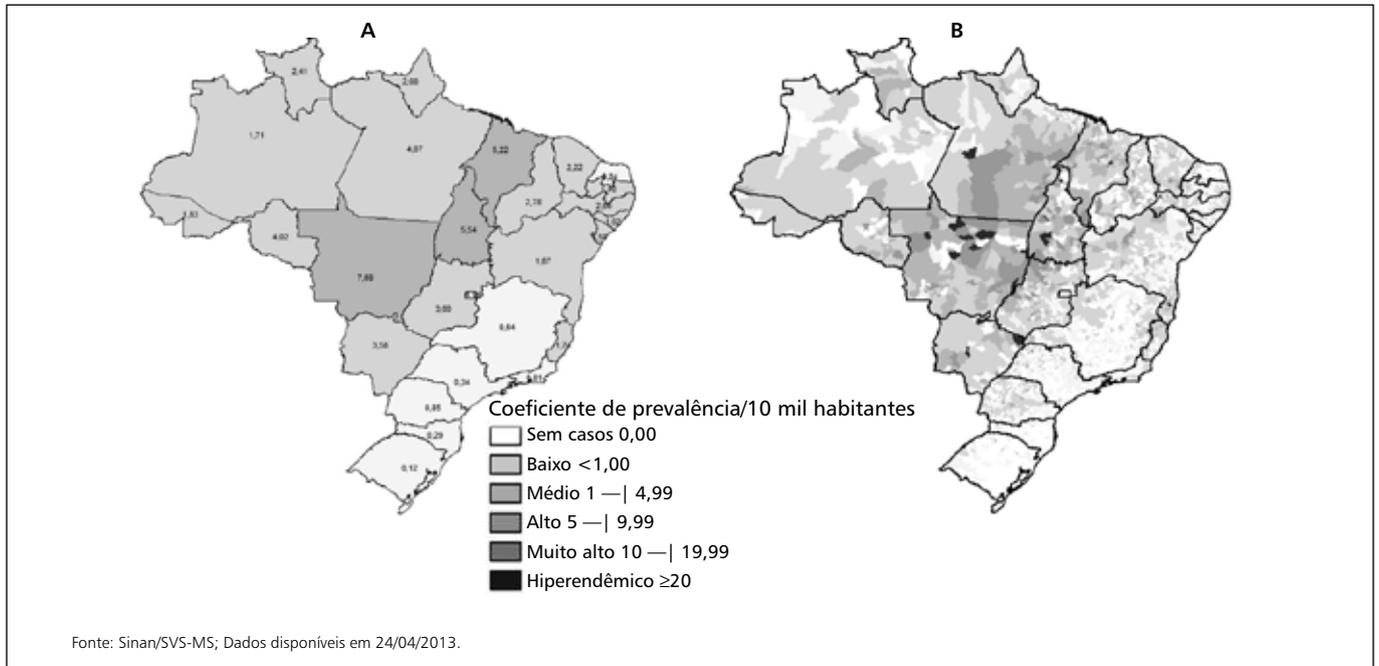


Figura 1 – Coeficiente de prevalência de hanseníase por 10 mil habitantes nas Unidades da Federação (a) e municípios (b). Brasil – 2012

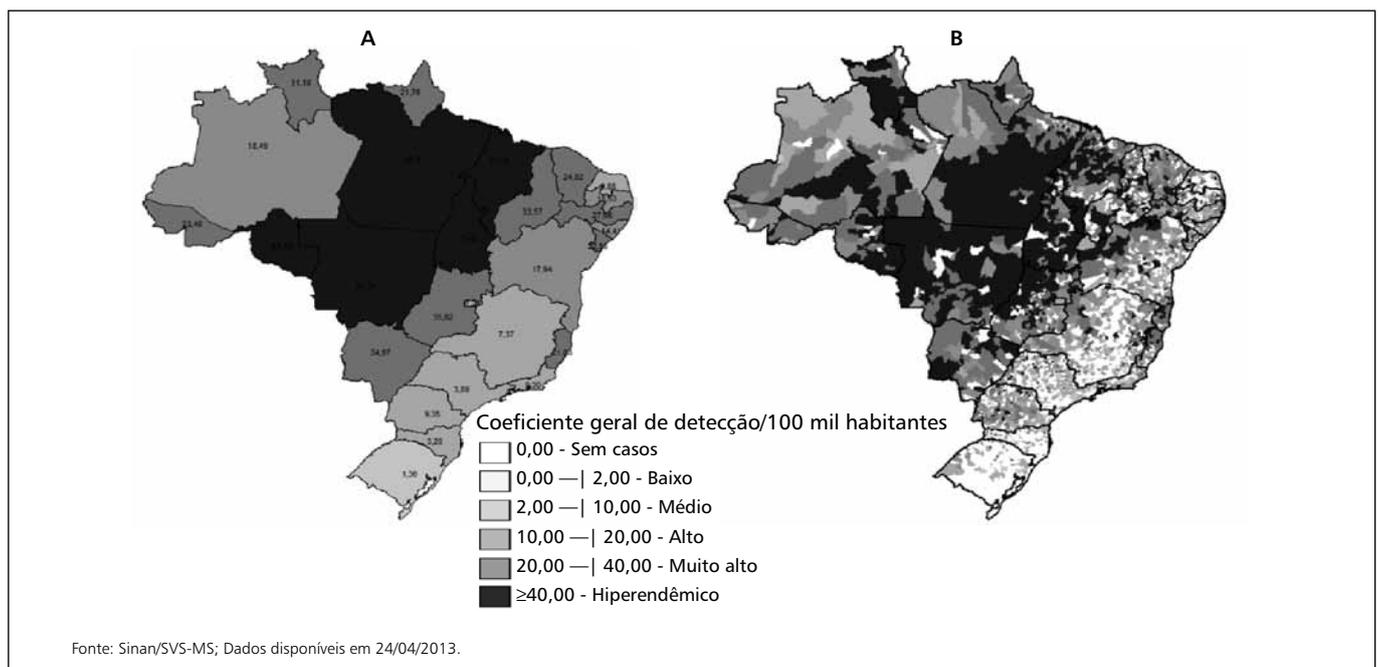


Figura 2 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes nas Unidades da Federação (a) e municípios (b). Brasil – 2012

mil habitantes) é considerado alto. Segundo os parâmetros de referência deste indicador,⁷ os estados de Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Pará e Maranhão foram classificados como hiperendêmicos, com mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes, em 2011. Os estados do Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina apresentam média endemicidade e o Rio Grande do Sul, baixa endemicidade (menos de dois casos novos por 100 mil habitantes). Os outros Estados apresentam endemicidade alta ou muito alta. Quanto ao coeficiente de detecção por municípios, observa-se que os mais endêmicos localizam-se principalmente nos estados de Rondônia, Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins e oeste de Goiás.

A Figura 3 mostra o coeficiente de detecção de hanseníase, para o Brasil e regiões, nos últimos dez anos (2003 a 2012). Houve diminuição do coeficiente de detecção de casos em todas as regiões geográficas, inclusive no Sul, que historicamente apresenta os menores coeficientes (Figura 3 e Tabela 1). A redução na detecção de

casos novos teve início em 2003. Apenas na região Nordeste esta redução ocorre a partir de 2004 e se mantém até o fim do período analisado.

Na Tabela 1 são apresentados os coeficientes de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes, por regiões geográficas e Unidades da Federação, bem como a variação percentual do período de 2003 a 2012. Observa-se que o país vem apresentando redução na detecção de casos em todas as regiões. Em 2003 o coeficiente de detecção foi de 29,4 casos novos por 100 mil habitantes. De 2003 a 2012 houve redução percentual de 41,5%. Os maiores coeficientes de detecção por região geográfica foram verificados nas regiões Norte e Centrooeste, com respectivamente 42,3 e 40,1 casos novos por 100 mil habitantes em 2012, o que caracteriza hiperendemicidade.⁷ Por outro lado, as regiões Sul e Sudeste, com 4,8 e 6,6 casos novos por 100 mil habitantes, apresentam média⁷ endemicidade, e o Nordeste, com 25,8 casos novos por 100 mil habitantes, apresenta endemicidade muito alta.⁷ No entanto, todas as regiões apresentaram redução no coeficiente de detecção, com índices

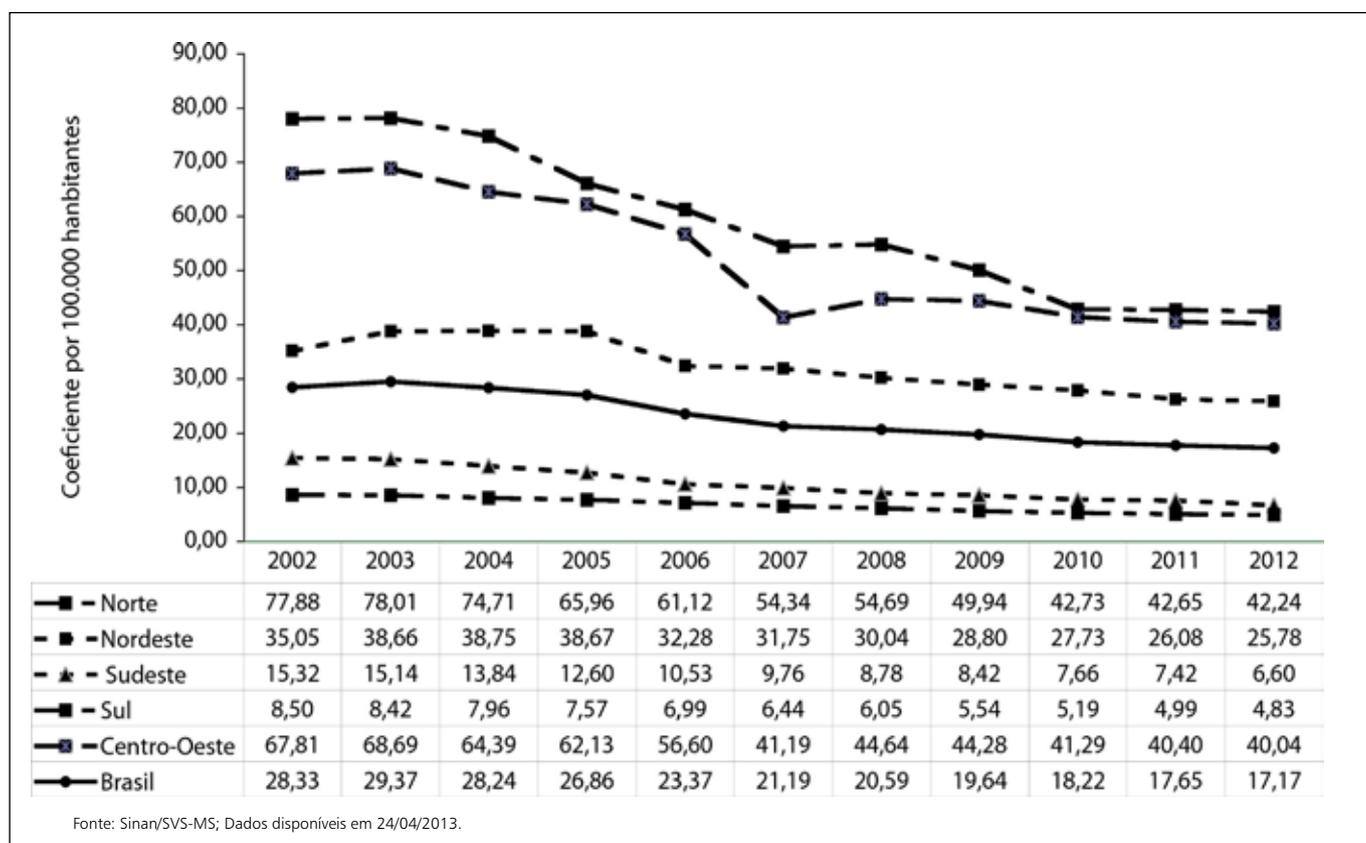


Figura 3 – Coeficiente de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes segundo regiões geográficas. Brasil, 2003 – 2012

Tabela 1 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes, segundo regiões geográficas e Unidades da Federação. Brasil, 2003-2012

Estados / Regiões	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var % 2003 e 2012
Região Norte	78,01	74,71	65,96	61,12	54,34	54,69	49,94	42,73	42,65	42,24	-45,84
Rondônia	96,71	90,68	82,76	85,96	73,96	70,44	69,49	58,76	53,98	51,13	-47,13
Acre	66,60	51,94	54,05	76,75	39,38	39,26	37,76	34,53	30,55	23,46	-64,78
Amazonas	37,78	34,16	29,76	25,61	22,96	21,01	21,54	19,71	16,59	18,49	-51,05
Roraima	93,20	80,50	69,25	63,72	53,70	45,79	37,96	31,25	24,56	31,10	-66,64
Pará	92,91	90,31	77,81	65,45	61,90	62,17	55,70	46,93	51,06	50,01	-46,17
Amapá	37,21	33,45	27,92	30,05	19,63	31,15	30,32	21,53	24,70	21,76	-41,53
Tocantins	94,21	100,54	95,04	102,67	93,53	103,71	88,54	77,92	70,74	73,43	-22,06
Nordeste	38,66	38,75	38,67	32,28	31,75	30,04	28,80	27,73	26,08	25,78	-33,32
Maranhão	87,54	90,28	92,00	73,39	69,75	67,34	61,99	60,46	56,11	55,54	-36,56
Piauí	63,93	57,37	56,77	44,96	47,11	57,70	40,25	46,46	35,03	33,57	-47,49
Ceará	37,58	34,67	34,76	29,07	30,17	29,62	26,16	25,34	23,00	24,82	-33,96
Rio Grande do Norte	8,83	11,08	15,82	8,90	12,03	8,31	9,88	8,21	8,38	9,85	11,57
Paraíba	26,74	25,41	28,84	26,33	23,86	19,67	19,34	17,39	18,81	18,53	-30,71
Pernambuco	44,14	40,69	39,51	37,61	35,93	31,95	36,45	31,78	30,02	27,66	-37,35
Alagoas	17,96	14,89	14,95	14,32	13,61	12,57	12,86	12,10	12,76	14,41	-19,79
Sergipe	31,85	28,95	33,54	25,84	26,02	22,31	24,51	18,42	20,77	22,55	-29,19
Bahia	24,06	29,32	26,38	21,44	21,05	19,12	19,37	19,21	19,05	17,94	-25,44
Região Sudeste	15,14	13,84	12,60	10,53	9,76	8,78	8,42	7,66	7,42	6,60	-56,38
Minas Gerais	18,10	16,93	15,63	13,12	11,22	9,69	9,39	8,03	7,68	7,37	-59,27
Espírito Santo	55,13	47,45	45,39	34,93	34,52	31,16	29,94	29,18	28,64	21,88	-60,31
Rio de Janeiro	21,85	20,10	17,72	16,22	14,31	11,93	12,45	11,22	10,67	9,30	-57,42
São Paulo	7,78	7,14	6,46	5,09	5,26	5,24	4,58	4,27	4,22	3,89	-50,04
Região Sul	8,42	7,96	7,57	6,99	6,44	6,05	5,54	5,19	4,99	4,83	-42,60
Paraná	17,39	16,02	15,47	14,54	13,06	12,09	11,17	10,19	9,63	9,35	-46,24
Santa Catarina	4,17	4,19	3,70	3,51	3,62	3,39	3,04	3,38	3,61	3,20	-23,42
Rio Grande do Sul	2,23	2,39	2,19	1,74	1,71	1,66	1,44	1,37	1,27	1,36	-38,69
Região Centro-Oeste	68,69	64,39	62,13	56,60	41,19	44,64	44,28	41,29	40,40	40,04	-41,71
Mato Grosso do Sul	32,59	31,93	27,34	27,11	23,81	26,93	27,92	26,62	29,75	34,97	7,32
Mato Grosso	144,49	131,07	136,45	125,13	100,13	87,97	89,48	81,64	85,37	80,34	-44,40
Goiás	67,22	65,62	59,79	53,33	31,49	44,93	43,25	41,29	36,21	35,82	-46,71
Distrito Federal	16,26	12,85	12,26	10,78	10,64	10,05	9,40	7,57	7,24	7,21	-55,64
Brasil	29,37	28,24	26,86	23,37	21,19	20,59	19,64	18,22	17,65	17,17	-41,54

Fonte: Sinan/SVS-MS
Dados disponíveis em 24/04/2013

de 45,8% no Norte, 33,3% no Nordeste, 56,4% no Sudeste, 42,6% no Sul e 41,7% no Centro-oeste. Os maiores picos nos coeficientes de detecção foram verificados em 2003 para o Norte e o Centro-oeste, e 2004 para o Nordeste. A partir dos referidos anos os coeficientes sofrem redução contínua. Entre as Unidades da Federação, a mais endêmica foi o estado de Mato Grosso, com 80,3 casos novos por 100 mil habitantes em 2012, enquanto a menos endêmica foi o Rio Grande do Sul, com 1,4 caso por 100 mil habitantes. Entre as 27 Unidades da Federação, duas apresentaram incremento no coeficiente de detecção no período de dez anos, a saber: Rio Grande do Norte (11,6%) e Mato Grosso do Sul (7,3%). Estes estados com incremento da detecção, ainda que tenham apresentado incremento percentual no período de dez anos, alcançaram os picos de detecção em 2005 e 2012.

Quanto ao coeficiente de detecção de hanseníase em crianças (menores de 15 anos de idade), observa-se que para o Brasil foi de 4,8 casos novos para 100 mil habitantes, em razão do diagnóstico

de 2.246 casos, que representam 6,7% da detecção geral do Brasil em 2012. Segundo parâmetros deste indicador, a endemia é considerada “muito alta”⁷ neste grupo de idade. Observa-se na Figura 4 que nove Unidades da Federação encontram-se abaixo do coeficiente nacional, enquanto dezoito estão acima. Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Piauí e Rondônia são considerados hiperendêmicos.⁷ Na Figura 5 pode-se observar que este indicador também apresentou redução contínua na última década, passando de 7,9 a 4,8 casos novos por 100 mil habitantes entre 2003 a 2012.

Quanto ao percentual de pacientes curados nas coortes anuais de hanseníase, observa-se, na Figura 6, que o Brasil apresenta valores considerados regulares⁷ segundo os parâmetros deste indicador, com 85,9% em 2012. Verifica-se que os menores percentuais de cura verificados na última década ocorreram no período de 2003 a 2005. A partir de então, houve aumento percentual, com pequena variação entre 2006 e 2012. O monitoramento da proporção de cura é essencial para medir a

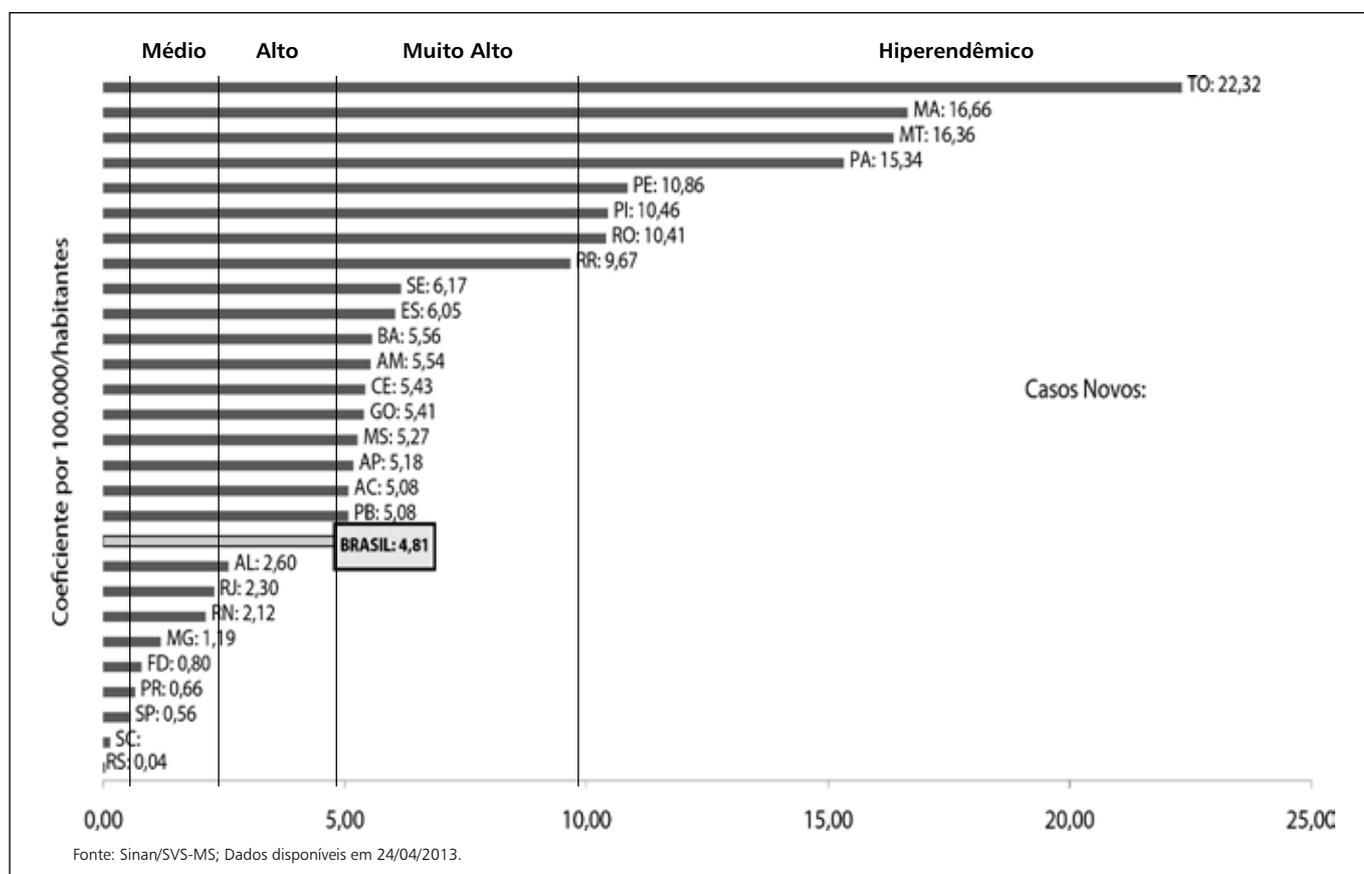


Figura 4 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, segundo Unidades da Federação, Brasil, 2012

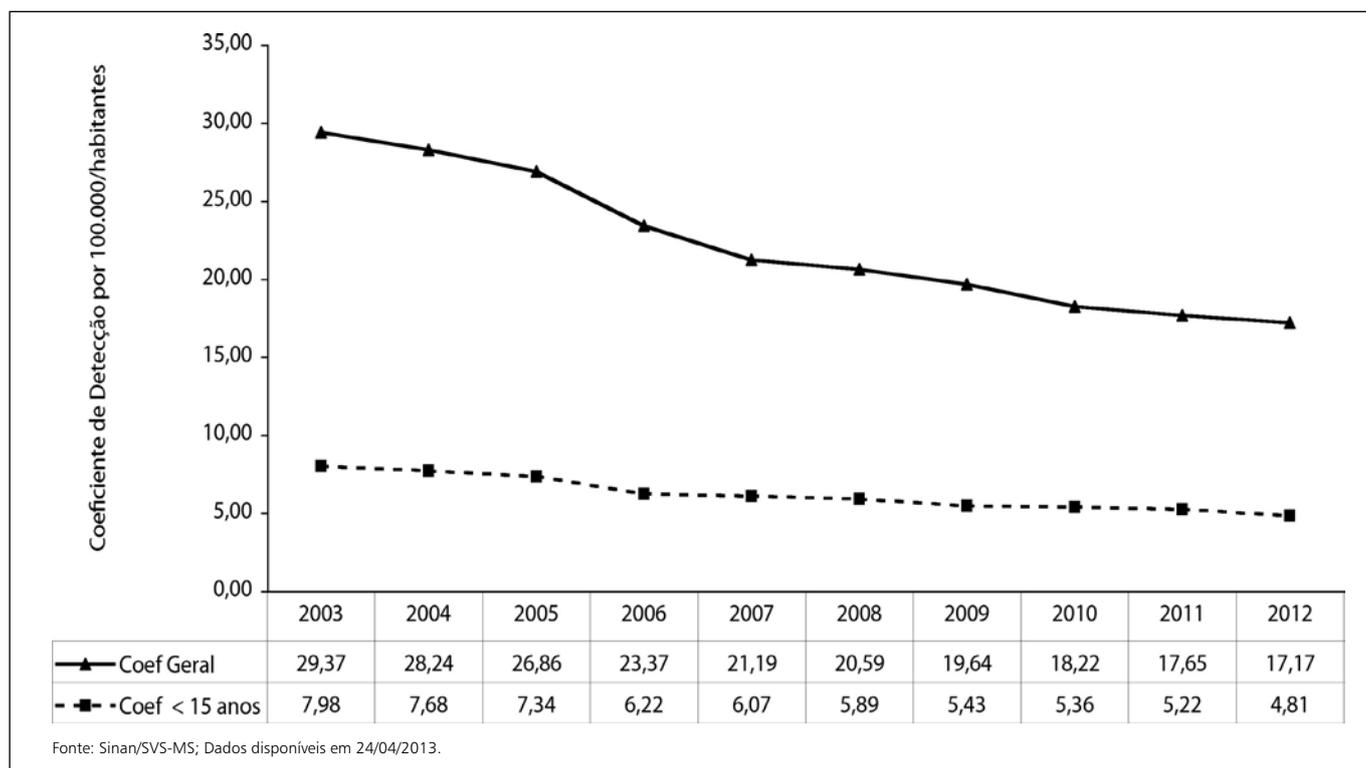


Figura 5 – Coeficiente de detecção de hanseníase geral e em menores de 15 anos. Brasil, 2003 a 2012

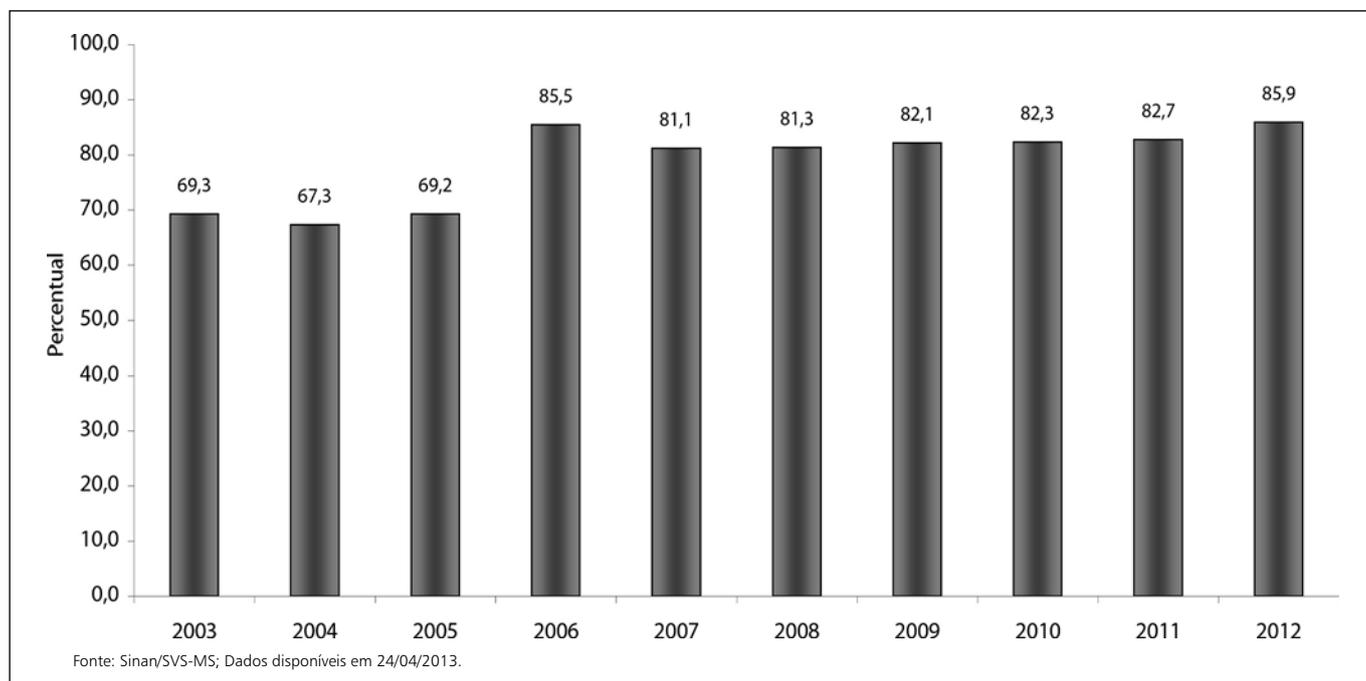


Figura 6 – Percentual de pacientes curados nas coortes de hanseníase em 31 de dezembro de cada ano. Brasil, 2003 a 2012

efetividade dos serviços de saúde no tratamento e cura dos casos diagnosticados. Indivíduos diagnosticados e não curados inflam a prevalência e demonstram que os serviços de saúde não estão seguindo adequadamente o protocolo terapêutico

padronizado de tratamento com a PQT. Há também a possibilidade de que os casos estejam sendo tratados conforme recomendado, mas os serviços apresentam defasagem temporal no envio de informação relativa à cura dos pacientes.

Para as Unidades da Federação (Figura 7), verifica-se maior frequência de percentuais considerados regulares para a cura (entre 75% e 89,9%).⁷ Apenas os estados do Acre, Sergipe, Espírito Santo, Rondônia, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e o Distrito Federal apresentaram resultado “bom” quanto ao percentual de cura. Goiás apresentou resultado

“precário” quanto ao percentual de cura nas coortes para o ano de 2012. É fundamental que seja mantido um esforço para o aumento da taxa de cura para mais de 90%. Pacientes de hanseníase tratados inadequadamente ou não curados apresentam aumento de risco para recidivas, de resistência ao tratamento e do desenvolvimento de incapacidades físicas.

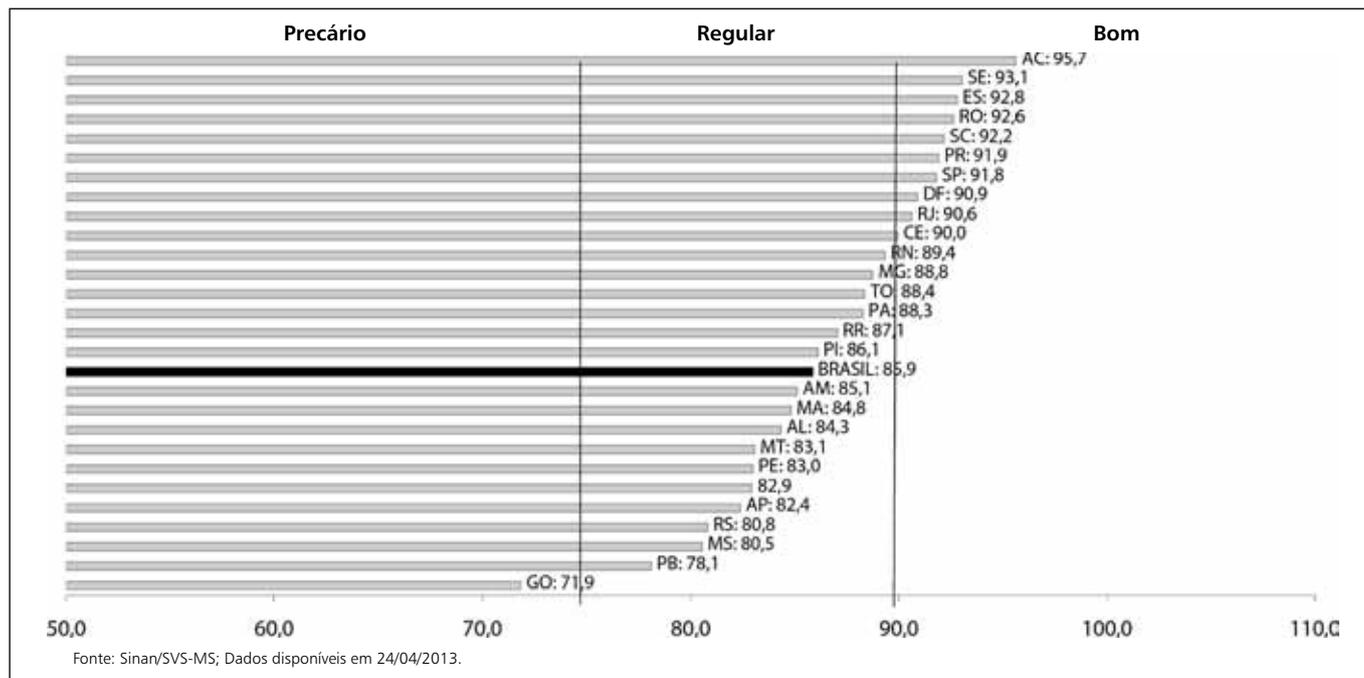


Figura 7 – Percentual de pacientes de curados nas coortes de hanseníase em 31 de dezembro, segundo Unidades da Federação. Brasil, 2012

O coeficiente de detecção de casos novos diagnosticados com grau II de incapacidade alcançou 1,15 caso por 100 mil habitantes em 2012. Entre as regiões, o Norte e o Sul mantêm redução constante deste indicador. O Nordeste e o Sudeste apresentaram pequeno aumento em 2012, em oposição à tendência de redução que se apresentou entre 2008 a 2011. O Centro-oeste mostra flutuação neste indicador. Entre as Unidades da Federação, apresentaram importante redução contínua na detecção de casos com grau II de incapacidade física Amazonas, Pará, Amapá e Tocantins, no Norte; Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco, no Nordeste; Rio de Janeiro, no Sudeste; Paraná, no Sul; e Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, no Centro-Oeste. Chama atenção o resultado deste indicador para o Maranhão e o Mato Grosso, que além de apresentarem mais de 3,5 casos novos com grau II de incapacidade no momento do diagnóstico, não mostram redução ao longo da série, o que caracteriza manutenção da detecção tardia.

No que se refere à redução do coeficiente de detecção grau II, espera-se que o Brasil apresente queda de 35% até o ano de 2015. Observa-se que entre 2008 e 2012 houve redução de 18%, sem se considerar o efeito acumulado desta queda. Todas as regiões brasileiras apresentaram redução deste indicador nos últimos cinco anos, no entanto, a região Centro-Oeste, onde se localizam os estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, apresentou a menor redução, e nos referidos estados observa-se aumento no coeficiente de detecção grau II. Sabe-se que o coeficiente de detecção de casos com grau II de incapacidade deve apresentar tendência similar ao coeficiente geral de detecção, ou seja, se um apresenta tendência de redução, o outro deve apresentar a mesma tendência. Situações em que a detecção cai e ocorre aumento na detecção de casos com grau II de incapacidade sinalizam atraso no diagnóstico dos pacientes. Esta situação pode ser observada nos estados de

Sergipe, no Nordeste, e Espírito Santo, no Sudeste. A redução do coeficiente de detecção poderia levar à redução da detecção de casos com grau II de incapacidade. Contudo, esta relação depende de detecção precoce, da razão entre casos pauci/multibacilares e da proporção de casos avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico.

Sabe-se que o maior risco de adoecimento encontra-se entre os contatos dos casos novos diagnosticados. Por esta razão, o exame de contatos, particularmente os intradomiciliares, é a ação mais estratégica dirigida para a busca ativa de casos da doença⁴. No Brasil, em média são examinados 74,5% dos contatos registrados, ou seja, daqueles que deveriam ter sido examinados.

Tabela 2 – Coeficiente de incidência de casos novos de hanseníase com incapacidade grau 2 Estados e regiões, Brasil, 2008a 2012*

Estados / Regiões	2008	2009	2010	2011	2012	Varição % 2008 a 2012
Norte	3,12	2,88	2,36	2,53	2,46	-21,11
Rondônia	5,29	4,32	3,08	2,66	3,52	-33,41
Acre	2,79	1,74	1,36	0,54	1,45	-48,11
Amazonas	1,62	2,03	1,58	1,75	1,25	-22,47
Pará	3,28	2,85	3,77	2,39	1,06	-67,51
Roraima	3,63	3,03	2,32	2,85	2,83	-22,25
Amapá	2,28	1,44	1,35	1,90	1,15	-49,85
Tocantins	3,98	3,87	4,34	4,00	3,95	-0,82
Nordeste	1,90	1,75	1,58	1,54	1,60	-15,41
Maranhão	4,25	3,94	3,47	3,10	3,83	-9,94
Piauí	3,08	2,10	1,99	2,26	1,87	-39,34
Ceará	2,07	1,84	1,65	1,63	1,60	-22,57
Rio Grande do Norte	0,77	0,92	0,85	0,78	0,53	-31,84
Paraíba	1,47	1,49	1,06	1,56	1,13	-23,31
Pernambuco	1,89	1,90	1,64	1,48	1,38	-27,10
Alagoas	1,25	0,54	1,17	0,57	1,23	-1,20
Sergipe	1,55	2,03	1,50	1,63	2,42	55,83
Bahia	1,06	1,05	0,94	1,00	0,97	-8,32
Sudeste	0,80	0,73	0,68	0,60	0,62	-22,60
Minas Gerais	1,05	0,90	0,94	0,74	0,86	-18,29
Espírito Santo	1,33	1,43	1,42	1,35	1,48	11,21
Rio de Janeiro	0,93	1,14	0,98	0,93	0,83	-11,46
São Paulo	0,59	0,43	0,37	0,34	0,36	-39,33
Sul	0,72	0,64	0,52	0,53	0,49	-31,55
Paraná	1,30	1,36	1,09	1,10	0,87	-33,26
Santa Catarina	0,51	0,34	0,32	0,21	0,36	-29,65
Rio Grande do Sul	0,26	0,11	0,08	0,17	0,19	-24,41
Centro-Oeste	2,51	2,09	2,41	2,13	2,25	-10,57
Mato Grosso do Sul	1,76	1,40	2,74	1,94	1,76	0,08
Mato Grosso	3,08	3,36	3,72	3,71	4,24	37,72
Goiás	2,93	2,14	2,30	1,96	2,13	-27,25
Distrito Federal	1,60	1,11	0,78	0,84	0,64	-59,97
Brasil	1,40	1,27	1,17	1,13	1,15	-18,15

Fonte: Sinan/SVS-MS; Dados disponíveis em 24/04/2013.

*A série analisada tem início em 2008. Até o ano de 2007 foi utilizado outro método de classificação do Grau de Incapacidade.

Na Figura 8, pode-se verificar que, entre as Unidades da Federação, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Rondônia, São Paulo, Espírito Santo, Tocantins e Paraná apresentaram bom desempenho⁷ na cobertura de exame de contatos de hanseníase. As outras 13 Unidades da Federação apresentaram desempenho regular⁷. Esta é uma atividade de vigilância em hanseníase fundamental para todas as Unidades da Federação, sejam elas endêmicas ou não⁴.

Alguns fatores interferem no percentual de contatos examinados e incluem: a centralização dos atendimentos; a distância entre unidades de saúde e residência dos doentes e familiares; a falta de organização desta atividade pelos profissionais da rede básica e especializada, onde não há garantia do atendimento dos contatos no dia de comparecimento ao serviço de saúde; e a defasagem no envio de dados de acompanhamento de casos e investigação epidemiológica segundo fluxos estabelecidos pelo Sinan.

Considerações finais

No Brasil, apesar da existência de diferenças regionais importantes na carga da hanseníase, com concentração de casos nas regiões Norte e Centro-

Oeste, a redução contínua da endemia no Brasil na última década é notável. Tal redução tem sido verificada, pela redução do número de doentes em tratamento, pela redução do número de casos diagnosticados em adultos e crianças, bem como pela redução do número de casos diagnosticados com lesões incapacitantes de grau II.

Para a OMS e seus países-membros, os princípios fundamentais da vigilância em hanseníase baseiam-se na detecção precoce de casos novos e no tratamento até a cura com poliquimioterapia.⁸ Ressalta-se, portanto, a importância da manutenção de condições que garantam o atendimento de qualidade aos pacientes, o que inclui a prevenção e a recuperação de incapacidades físicas e a busca de casos entre os contatos.⁹ Não há atualmente inovações tecnológicas nem novos conhecimentos que justifiquem mudanças nos princípios da vigilância em hanseníase. No entanto, alternativas inovadoras na estratégia para atender tais princípios podem e devem ser utilizadas pelos serviços de saúde.

Por esta razão, no Brasil, é necessário intensificar as ações de vigilância da hanseníase, voltadas à maior efetividade no diagnóstico e tratamento da doença, especialmente nas regiões que apresentam maior concentração dos casos.

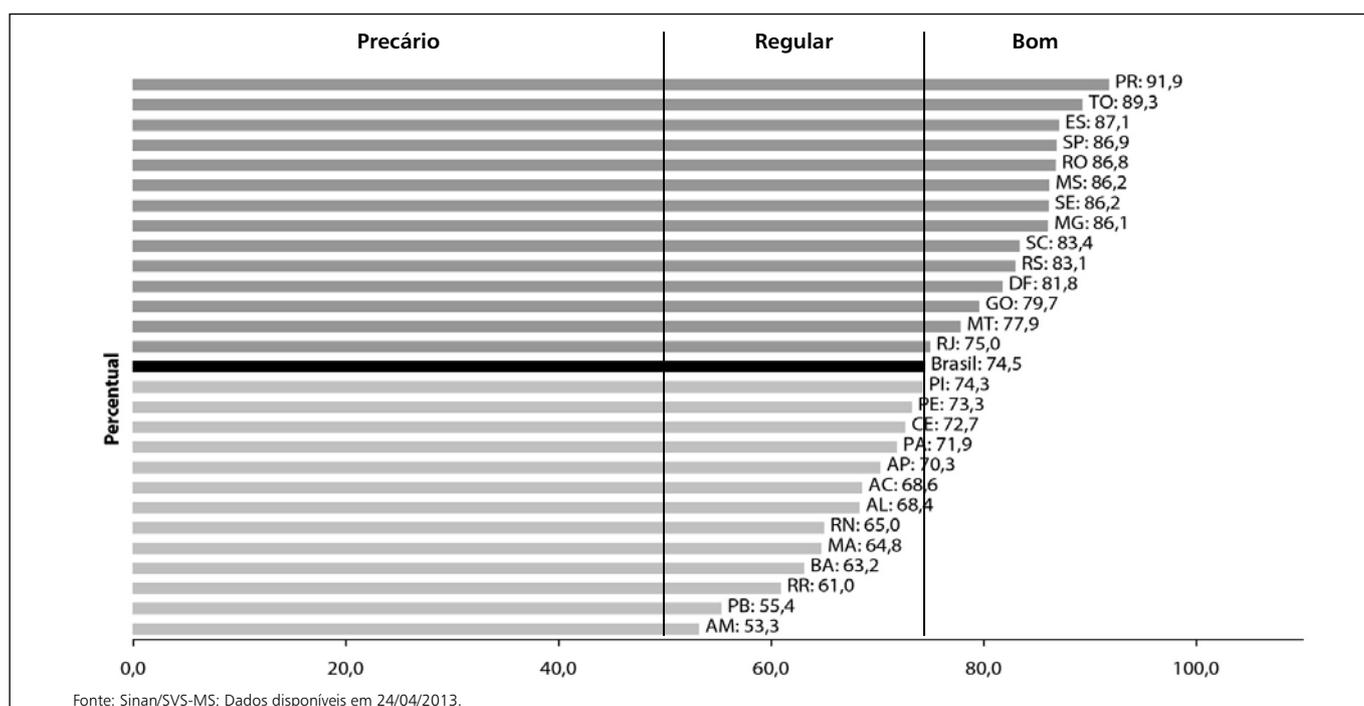


Figura 8 – Percentual de contatos examinados entre os casos registrados, segundo Unidades da Federação. Brasil, 2012

Referências

1. World Health Organization. Global Strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: plan period: 2011 – 2015. Geneva; 2010.
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Resolução CD49.R19/2009. Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza [monografia na internet]. Washington, DC: Paho; 2009. [acesso em 24 jun 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=900&Itemid=614
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase: situação epidemiológica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília; 2012.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº. 31, de 8 de julho de 2005. Estabelece indicador epidemiológico para avaliação da prevalência de hanseníase [portaria na internet]. Brasília, 2005. [acesso em 24 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0031_08_07_2005.html
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 31, de 8 de julho de 2005. Estabelece indicador epidemiológico para avaliação da prevalência de hanseníase. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0031_08_07_2005.html
7. Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete do Ministro. Portaria nº. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase [portaria na internet]. Brasília; 2010. [acesso em 24 jun 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf
8. World Health Organization. The Final Push Toward Elimination of leprosy: Strategic Plan 2000 – 2005. WHO/CDC/CPE/CEE/2000.1. Geneva; 2000.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica de Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geo-helmintíases [portaria na internet]. Brasília; 2011. [acesso em 24 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556_28_10_2011.html