

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Silvana Peterini Boeira

A HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS: Histórico e Situação Atual

Itaqui 2012

Silvana Peterini Boeira

A HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS: Histórico e Situação Atual

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Saúde.

Orientadora: Maria Ceci Araujo Misoczky

Itaqui 2012

Silvana Peterini Boeira

A HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS: Histórico e Situação Atual

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

RESUMO

A Hanseníase é uma doença sistêmica, infectocontagiosa e de notificação compulsória. Apesar dos avanços registrados, o Brasil inclui-se entre os países de elevada endemicidade com taxas de prevalência variáveis entre as regiões brasileiras. Assim, este trabalho teve por objetivo descrever o histórico da Hanseníase no município de Itaqui – RS, bem como descrever alguns parâmetros epidemiológicos no período compreendido entre 1989 e 2011. De acordo com os resultados, o município de Itaqui, apresentou uma redução de todos os parâmetros epidemiológicos analisados e /bem como/ resultados satisfatórios de prevalência, efetividade, aceitabilidade e cura de acordo com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Conclui-se que a Hanseníase ainda é uma doença não totalmente erradicada, mas que em determinados municípios, principalmente da região sul, há dados positivos que se relacionam ao bom desenvolvimento do Programa de Erradicação da Hanseníase implantado pelo Governo Federal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Taxas de prevalência da Hanseníase no mundo - 2011.....14

Gráfico 1: Coeficiente de prevalência (p/ 10.000 hab) da hanseníase. Brasil e Regiões, 1990 a 2006.....15

Gráfico 2: Coeficiente de prevalência da Hanseníase segundo as Unidades Federativas do Brasil - 2011.....16

Figura 2: Distribuição dos coeficientes de detecção da Hanseníase em menores de 15 anos por município de residência, Rio Grande do Sul, 2008.....17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Prevalência da Hanseníase no mundo 2009.....	13
Tabela 2: Taxas de Prevalência da Hanseníase por região em 2004.....	14
Tabela3: Indicadores epidemiológicos e operacionais de Hanseníase, RS, 2001-2008.....	18
Tabela 4: Casos de Hanseníase em Itaqui – 1989-2011.....	23
Tabela 5: Indicadores epidemiológicos sobre Hanseníase em Itaqui - 1989-2011.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS

PNEH - Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

PNCH - Programa Nacional de Controle da Hanseníase

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ESF – Estratégia de Saúde da Família

WHO – World Healthy Organization

PQT – Poliquimioterapia

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

MS - Ministério da Saúde

PB - Casos Paucibacilares

RS - Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. JUSTIFICATIVA.....	9
2. HANSENÍASE: INFORMAÇÕES INTRODUTÓRIAS.....	10
2.1 DEFINIÇÃO DA HANSENÍASE.....	10
2.2 BREVE HISTÓRICO DA HANSENÍASE.....	10
2.3 CONCEITOS EPIDEMIOLÓGICOS BÁSICOS.....	11
2.4 AGENTE ETIOLÓGICO DA HANSENÍASE.....	12
2.5 SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNDO E NO BRASIL.....	13
2.6 SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO RIO GRANDE DO SUL.....	16
2.7 MODOS DE TRANSMISSÃO.....	18
2.8 ASPECTOS CLÍNICOS.....	19
2.9 DIAGNÓSTICO.....	19
2.10 TRATAMENTO.....	19
3. OBJETIVOS.....	21
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	23
5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	23
5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	24
CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO 1.....	35

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença sistêmica, infectocontagiosa e de notificação compulsória. O Brasil está em posição desfavorável em se tratando de hanseníase, nas Américas, pois é o segundo maior país em número de registro de novos casos da doença, a nível mundial, nas últimas décadas. Tornou-se responsável por cerca de 94% dos casos conhecidos no Continente Americano, e pela notificação de mais de 90% dos novos casos de tal continente (PALÁCIOS *et al.*, 2010) . Diante deste desse quadro, medidas de prevenção e controle, além do tratamento eficaz dos casos são necessários.

O início da campanha de luta, no Brasil, contra a lepra (doença cientificamente denominada de Hanseníase), teve início em meados de 1950, quando o país foi estratificado em cinco áreas de atuação. Cada área foi composta por um ou mais setores e cada setor foi formado por certo número de grupos de trabalho. No entanto, o Programa Integrado de Controle da Hanseníase, por falta de conhecimento dos sinais clínicos da doença e das distâncias geográficas entre as cidades e os Estados só foi consolidado em 1978, com a divulgação de um manual de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, mediante técnicas simples, e de um guia de controle da doença (BRASIL, 1975). Desde então, o Programa atingiu maior cobertura e promoveu renovações com ações de profilaxia e esquemas terapêuticos.

Em 2004, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), redirecionou a política de eliminação da doença, tratando-a como um problema de saúde pública, em um novo contexto que permitiu aferir a real magnitude da endemia no País (BRASIL, 2004).

É de suma importância, a análise do panorama da doença em municípios do interior dos Estados brasileiros, a fim de verificar a efetividade do Programa e a taxa de incidência da doença nesses locais, bem como a sua propagação em relação a outras áreas do interior gaúcho.

Este estudo foi desenvolvido no município de Itaqui, localizado na Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul, tendo sua população estimada em 38.159 habitantes, sendo a maioria ligada ao plantio e cultivo de soja e arroz, bem como a criação de gado (IBGE, 2011).

O Programa de Eliminação da Hanseníase no município, conta com uma enfermeira coordenadora, um médico responsável e uma técnica de enfermagem que

coordena as visitas aos pacientes em tratamento, os quais recebem a medicação multibacilar de acordo com o determinado pelo Ministério da Saúde e são monitorados até o processo de cura. Apesar de o Programa ter sido implantado e estar consolidado há muitos anos, a Secretaria de Saúde de Itaquí possui registros epidemiológicos a partir do ano de 1989, uma vez que os dados anteriores não foram encontrados. Assim, através destas informações será feito um levantamento de 1989 a até 2011, para verificação de alguns parâmetros relevantes.

1. JUSTIFICATIVA

Por ser a Hanseníase uma doença infectocontagiosa e de sua prevalência ter aumentado nos últimos anos em muitos municípios, torna-se relevante seu estudo no município de Itaqui/RS. Os dados obtidos a partir da análise das informações epidemiológicas do município poderão contribuir com o Programa de Erradicação da Hanseníase desenvolvido pela secretaria de saúde da cidade. A justificativa para a escolha do município se deve ao fato de que a autora da pesquisa reside e trabalha nesta cidade; bem como por ser uma cidade do interior gaúcho em que se torna importante avaliar a progressão ou regressão da doença nos últimos anos, assim como a efetividade do Programa.

2. HANSENÍASE: INFORMAÇÕES INTRODUTÓRIAS

2.1 DEFINIÇÃO DA HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença sistêmica, dermatoneurológica e infectocontagiosa crônica, que pode apresentar alterações imunológicas e também reumatológicas como resultado da interação parasita-hospedeiro. É encontrada apenas no ser humano e a transmissão ocorre pelo contágio interpessoal. Apresenta sinais e sintomas clínico-neurológicos específicos, característicos de cada uma das formas clínicas em que pode se apresentar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; AZEVEDO, 2003).

2.2 BREVE HISTÓRICO DA HANSENÍASE

A hanseníase, conhecida desde os tempos bíblicos como Lepra, é uma doença considerada importante para a saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante que atinge, principalmente, a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2012). A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem. As referências mais remotas datam de 600 A.C. e procedem da Índia que, juntamente com a África, parecem ser os focos iniciais da doença (BRASIL, 2012).

A palavra “lepra”, que em grego, significa escamoso, em grego, era utilizada desde os escritos da Bíblia para designar uma gama de dermatoses, entre elas a psoríase e o eczema (VERONESI, 1996). Com o esclarecimento e diferenciação das diversas dermatoses e também pelo fato das palavras lepra e leproso terem adquirido uma conotação de “impureza”, sua denominação foi substituída por hanseníase (VERONESI, 1996). Tal nome foi em homenagem a Gerhard Armauer Hansen, médico norueguês que, em 1873, descobriu seu agente etiológico, *Mycobacterium leprae*, também conhecido como bacilo de Hansen (VERONESI, 1996). Descoberta que se deu pela presença de corpos em forma de bastões em preparações não fixadas de nódulos de pacientes hanseníacos, por meio de análise microscópica. Desta forma, a microbiologia é,

indubitavelmente, iniciada por Hansen, nove anos antes da descoberta do bacilo da tuberculose (HASTINGS e OPROMOLLA, 1994).

Nas Américas, a Hanseníase deve ter chegado com os Colonizadores, entre os séculos XVI e XVII. Os franceses, que deram origem ao Estado de Luoisiana, provavelmente tenham sido os portadores e disseminadores da doença nos Estados Unidos. Já na América do sul, a doença teria sido trazida por colonos portugueses e espanhóis. Atualmente, em todos os países sul-americanos existem casos de Hanseníase, com exceção do Chile. O Brasil é o país que apresenta uma das prevalências mais elevadas, sendo o segundo país do mundo em número absoluto de casos (OPROMOLLA, 2000).

No Brasil, os primeiros documentos que atestam a existência da Hanseníase datam de 1696, quando o Governador Artur de Sá e Menezes procurava dar assistência, no Rio de Janeiro, aos “miseros leprosos” que já estavam em número apreciável. Em São Paulo, os documentos referentes à Hanseníase datam de 1765 a 1768, época em que foi adotado o isolamento compulsório aos hansenianos (SILVA, 1971).

O Serviço Nacional da Lepra, instituído por lei em 1946, promoveu a ampliação da cobertura nacional através de medidas que visavam, predominantemente, a profilaxia, o ensino, a pesquisa, a propaganda, a educação sanitária e a ação social. A partir de 1955, o estado do Rio de Janeiro implantou um projeto piloto para que fossem observados os resultados dos tratamentos domiciliares de todos os doentes, e a vigilância dos comunicantes, e não mais o isolamento compulsório (SILVA, 1971). Em 1962, o então primeiro ministro Tancredo Neves, acabou com o isolamento, e a nomeação do então professor Abraão Rotberg, fez com que ocorresse uma drástica mudança na política sanitária em relação à Hanseníase, tendo por objetivo auxiliar no processo de redução do estigma em relação à doença (OPROMOLLA, 2000).

2.3 CONCEITOS EPIDEMIOLÓGICOS BÁSICOS

Por algum tempo prevaleceu a ideia de que a epidemiologia restringia-se ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis. Hoje, é reconhecido que a epidemiologia trata de qualquer evento relacionado à saúde (ou doença) da população.

Suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde da população, da tpara alterar a situação de saúde, até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência (AHLBOM e NORELL, 1990). Dessa forma, o entendimento da epidemiologia e de seus conceitos básicos contribui para uma melhor elucidação a respeito da saúde da população. No anexo 1, há um glossário tratando sobre conceitos epidemiológicos básicos relevantes para a compreensão deste trabalho.

2.4 AGENTE ETIOLÓGICO DA HANSENÍASE

O *Mycobacterium leprae* é um bacilo de crescimento lento e constante em macrófagos, com tempo de geração em média de 12 a 14 dias, pertencente à Classe *Actinobacteria*; Subclasse *Actinobacteridae*; Ordem *Actinomycetales*; Subordem *Corynebacterineae*; Família *Mycobacteriaceae*; Gênero *Mycobacterium*; Espécie *Leprae*; Variedade *Mycobacterium leprae* e nome comum Bacilo de Hansen.

Apresenta-se nos tecidos humanos como um bastonete reto ou ligeiramente encurvado, medindo de 1 a 8 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micron de diâmetro (MADEIRA, 2000).

O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório, predominante em macrófagos, aerófilo e com tropismo para a célula de Schwann, na qual induz necrose caseosa - causa principal das deformidades características da doença. As lesões hansênicas no corpo dos pacientes podem aparecer: na pele, nas mucosas e nos nervos periféricos, sugerindo que o bacilo tem preferência por temperaturas menores que 37°C (MADEIRA, 2000).

O bacilo pode manter-se viável por até 10 dias sob temperatura de 4°C fora do organismo humano, nos fragmentos de biópsia ou suspensão. Nas secreções nasais, o bacilo pode sobreviver por até sete dias à temperatura de 20.6°C e umidade de 43,7%; Com o aumento da temperatura e da umidade, a viabilidade tende a diminuir (LEIKER e NUNZI, 1981; BUHRER, 1998; MADEIRA, 2000).

2.5 SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNDO E NO BRASIL

Segundo dados de 2009 da Organização Mundial de Saúde, um total de 121 países ou territórios notificaram casos de Hanseníase à OMS, sendo 31 da Região Africana, 25 da Região das Américas, 10 do Sudeste Asiático, 22 da Região do Mediterrâneo Oriental e 33 do Pacífico Oeste. A partir destes dados, a prevalência da Hanseníase em nível mundial foi de 213.036 casos com detecção de 249.007 novos casos da doença (tabela 1). Globalmente, a detecção anual de novos casos diminuiu se comparada aos 620.638 novos casos detectados em 2007.

Conforme a Tabela 2, o Brasil, em 2004, apresentou em torno de 4,6 casos de Hanseníase por 10 mil habitantes, como coeficiente de prevalência, fato que permite equiparar o país a outros que têm o sistema de saúde precário, por exemplo, os africanos. Em comparação com os dados de 2004, o mapa da Organização Mundial de Saúde de 2011 (Figura 1) que demonstra a prevalência da hanseníase no mundo, evidencia que a doença no Brasil está na faixa de 1 a 2 casos, para cada 10.000 habitantes, taxa superior a de todos os países da América do Sul. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, a prevalência da doença no país é de 1,24 casos, para cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2012).

Tabela 1- Prevalência da Hanseníase no mundo - 2009

REGIÃO	PREVALÊNCIA n(taxa/10.000)	DETECÇÃO n(taxa/100.000)
ÁFRICA	30.557 (0,45)	29.814 (4,37)
AMÉRICAS	47.069 (0,54)	41.891 (4,85)
SUDESTE DA ÁSIA	120.689 (0,69)	167.505 (9,60)
LESTE DO MEDITERRÂNEO	4.967 (0,10)	3.938 (0,80)
PACÍFICO OCIENTAL	9.754 (0,05)	5.859 (0,33)
TOTAL	213.036	249.007

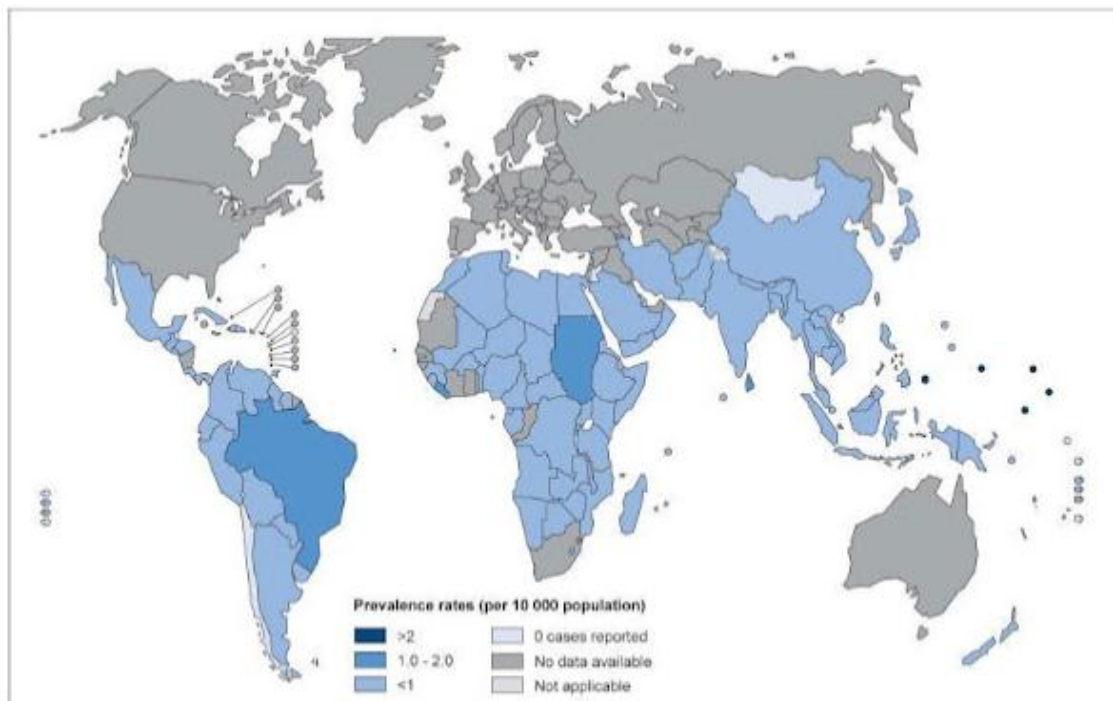
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009).

Tabela 2 - Taxas de prevalência da Hanseníase por região em 2004

REGIÃO	PREVALÊNCIA n(taxa/10.000)
ÁSIA	302.860 (1,90)
AMÉRICAS	83.233 (0,99)
BRASIL	79.908 (4,6)
ÁFRICA	51.175 (0,81)

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005.

Figura 1: Taxas de Prevalência da Hanseníase no mundo – 2011.



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011.

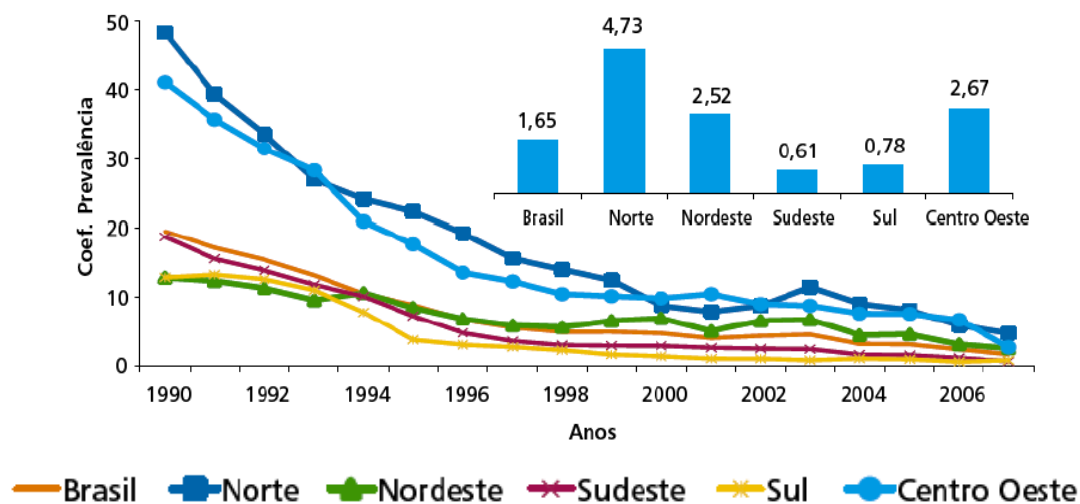
A Hanseníase ainda é um problema de saúde pública, e apesar dos avanços registrados, o Brasil não cumpriu o compromisso global, estabelecido na Assembléia Mundial da Saúde de 1991, de reduzir a prevalência para menos de 1 caso por 10.000 habitantes, mas encontra-se próximo dessa meta. O coeficiente de prevalência diminuiu dos 19,5 casos p/ 10.000 hab., em 1990 para 2,11 p/ 10.000 hab. em 2007, com valores que variam de uma região para outra. Enquanto o Sul e o Sudeste apresentaram prevalência menor que 1/10.000 hab., o Norte (5,43), o Nordeste (3,15) e o Centro-Oeste (4,06), ainda não haviam conseguido atingir este objetivo em 2007 (Gráfico 1). Os estados do Tocantins e Mato Grosso apresentaram as maiores prevalências: 9,19 e 6,86 casos p/10.000 hab. em 2007, respectivamente. Em 2011, como mostra o Gráfico 2, Tocantins e Mato Grosso permanecem com as maiores prevalências, e o Rio Grande do Sul com a menor prevalência do país.

Estes resultados positivos decorrem, entre outros fatores, da introdução da Poliquimioterapia (PQT), em 1991; do compromisso político gerado pelo movimento global para cumprir a meta da eliminação da doença, enquanto problema de saúde

pública e da descentralização das ações de vigilância nos municípios e sua integração com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

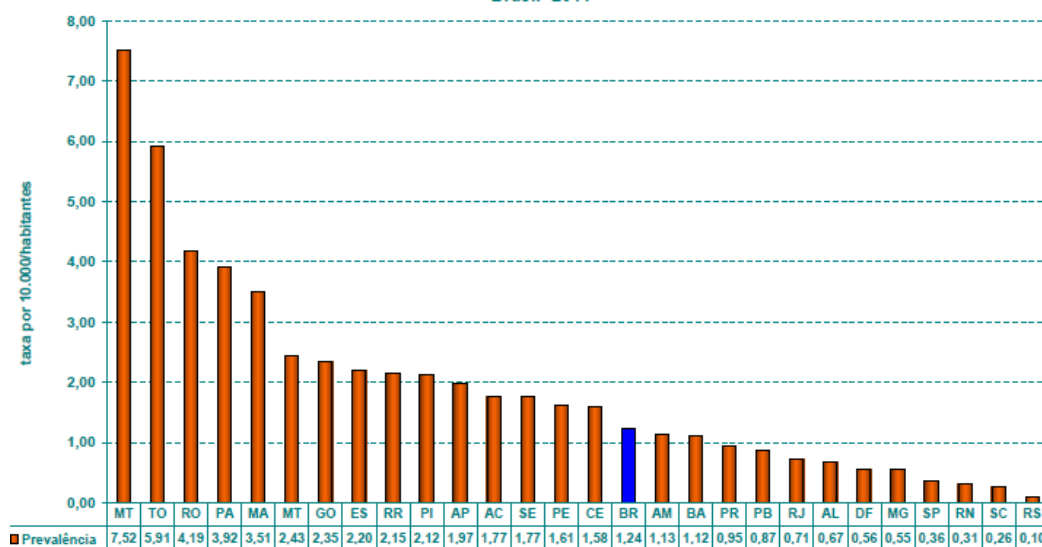
Gráfico 1- Coeficiente de prevalência (p/ 10.000 hab) da hanseníase, Brasil e Regiões, 1990 a 2006

No detalhe - Coef. de prevalência (p/ 10.000 hab) por regiões do Brasil – 2007



Fonte: Brasil (2009).

Gráfico 2- Coeficiente de prevalência de hanseníase segundo as Unidades Federativas do Brasil -2011



Fonte: BRASIL, 2012.

2.6 SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO RIO GRANDE DO SUL - RS

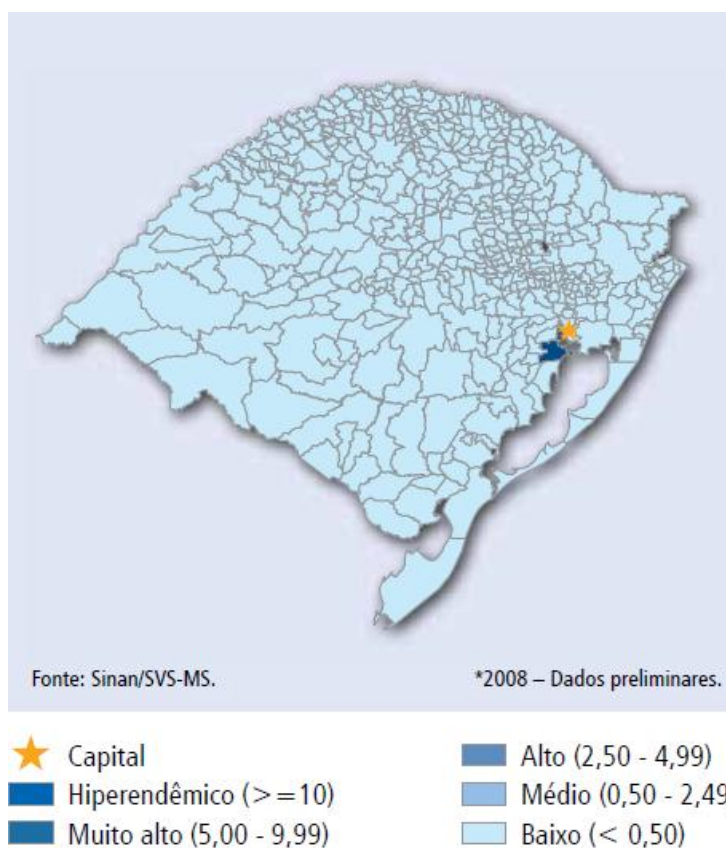
A meta do Ministério da Saúde é diminuir para menos de um, os casos de Hanseníase para cada dez mil habitantes até 2015. A maior dificuldade, no entanto, é alcançar esta taxa de forma homogênea em todas as regiões. Somente a região Sul está dentro da meta, com menos de um caso para cada dez mil habitantes.

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a atingir a Meta da Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública em 1995 (menos de 1 doente para cada 10.000 habitantes), com uma prevalência de 0,86 /10.000 habitantes (BRASIL, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de prevalência de 0,10 em 2011, no Rio Grande do Sul, configurou o estado com a menor taxa de prevalência do Brasil e com o menor número de novos casos detectados ao ano (BRASIL, 2012).

Um dos indicadores de Hanseníase mais recentes utilizado pelo PNCH, diz respeito à redução dos casos da doença em menores de 15 anos. A detecção de casos nessa faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos; portanto, seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da Hanseníase (BRASIL, 2008).

O coeficiente de detecção do Rio Grande do Sul nessa faixa etária, no período de 2001 a 2008, apresentou classificação “baixa” (Figura 2). A distribuição espacial dos casos em menores de 15 anos, em 2008, demonstra que houve notificação de crianças em 2 (0,4%) municípios cercados por áreas silenciosas ou sem casos, como mostra a Tabela 3. Nesse sentido, em Itaqui não há pacientes nesta faixa etária, o que se relaciona com a baixa taxa de prevalência, e assim, com a proximidade da erradicação da doença.

Figura 2- Distribuição dos coeficientes de detecção da Hanseníase em menores de 15 anos por município de residência - Rio Grande do Sul – 2008



Fonte: BRASIL (2009).

Tabela 3- Indicadores epidemiológicos e operacionais de Hanseníase- Rio Grande do Sul – 2001 a 2008

Indicadores / Ano	Casos Novos 0 - 14 anos	Coefficiente Detecção 0 - 14 anos por 100 mil habitantes	Casos Novos Geral	Coefficiente Detecção Geral por 100 mil habitantes	% de avaliados quanto ao GIF no diagnóstico	% de pacientes com GIF 2 no diagnóstico	% de Avaliados quanto ao GIF na cura	% de Contatos Examinados	% de cura nas coortes
2001	4	0,15	194	1,88	99,0	8,3	18,2	53,5	86,4
2002	6	0,22	242	2,33	93,0	13,8	22,3	37,7	78,0
2003	5	0,18	234	2,23	94,4	8,1	28,2	64,5	70,1
2004	9	0,33	254	2,39	96,5	6,9	53,3	83,3	80,0
2005	2	0,07	238	2,19	99,2	16,1	67,5	88,3	92,1
2006	0	0,00	191	1,74	97,4	9,7	56,5	72,6	95,0
2007	4	0,16	189	1,71	93,1	16,5	54,2	64,9	83,5
2008	2	0,08	179	1,65	92,2	15,8	73,8	60,6	73,8

Fonte: Sinan/SVS-MS.

*2008 – Dados preliminares.

Fonte: BRASIL (2009).

2.7 MODOS DE TRANSMISSÃO

O ser humano é considerado a única fonte de infecção da Hanseníase. O contágio ocorre pelo contato com uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis.

A Hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. A incidência da doença é maior em homens do que em mulheres, na maioria das regiões do mundo (SAMPAIO *et al.*, 2002). Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, são fatores que influenciam para que se adquira a doença.

Quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, tornando-os incapazes de infectar outras pessoas (OPROMOLLA, 2000).

2.8 ASPECTOS CLÍNICOS

Os aspectos clínicos na Hanseníase são bastante variados, e estão relacionados com a resposta imunológica do indivíduo aos antígenos bacterianos. De um modo geral, as manifestações clínicas caracterizam-se pelo comprometimento neural e/ou cutâneo. Na forma clínica inicial ou indeterminada, aparecem uma ou várias manchas mais claras que a cor normal da pele. A forma inicial pode manifestar-se ocasionando distúrbios de sensibilidade, sem que a pele sofra alteração em sua cor. Na maioria das vezes, a única sensibilidade alterada é a térmica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1989; YAWALKAR, 2002).

As manifestações clínicas, quanto a sua evolução, podem desaparecer espontaneamente ou evoluir para as outras formas da doença, de acordo com as características imunológicas do paciente. Estas transformações levam em média cinco anos para ocorrerem (OPROMOLLA, 2000).

2.9 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Hanseníase é realizado através do exame clínico. Quando se buscam os sinais dermatoneurológicos da doença, os procedimentos devem incluir: anamnese, avaliação dermatológica, pesquisa de sensibilidade, avaliação neurológica, avaliação da força muscular e testes de mobilidade.

2.10 TRATAMENTO

O tratamento do paciente com Hanseníase é crucial para o controle da endemia e para sua eliminação, enquanto problema de saúde pública. O tratamento integral de um caso de Hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico - a poliquimioterapia (PQT), seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença, a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

Faz-se necessário um esforço organizado de toda a rede básica de saúde no sentido de fornecer tratamento quimioterápico a todas as pessoas diagnosticadas com Hanseníase. O indivíduo, após ter o diagnóstico positivo, deve periodicamente, ser visto pela equipe de saúde para ser avaliado e receber a medicação. A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evitando a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela. O tratamento se realizado de forma completa e correta é capaz de garantir a cura da doença, desde que o número de doses preconizados pelo esquema terapêutico tenha sido obedecido (BRASIL, 2002).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever o histórico e a situação atual da Hanseníase em Itaqui-RS.

Objetivos Específicos

- Descrever o histórico de casos de Hanseníase ocorridos desde o início da implantação do Programa de Erradicação da Hanseníase em Itaqui.
- Descrever o índice de incidência e prevalência de Hanseníase, na cidade de Itaqui, de 1989 a 2011, e comparar com os parâmetros nacionais.
- Empregar a taxa de cura como um indicador de efetividade do Programa.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizou-se um levantamento dos seguintes dados epidemiológicos dos casos de Hanseníase, registrados no município de Itaqui- RS, no período de 1989 até 2011: número de casos no ano, casos tratados, recidivas, abandono de tratamento, histórico intra-familiar, transferência de tratamento para outros municípios e óbitos.

As pastas contendo as fichas epidemiológicas do Programa de Erradicação da Hanseníase, da Secretaria de Saúde do município, foram a fonte dos dados. A ficha epidemiológica utilizada e o termo de consentimento livre e esclarecido de cada paciente que já constava nos arquivos do programa foram utilizados. As informações em relação ao nome, endereço e particularidades quanto a outras doenças dos pacientes foram omitidas, mas constam nos dados originais.

Depois de realizado o levantamento de alguns indicadores epidemiológicos fez-se a análise de cada um deles, considerando dados atuais e conceitos de qualidade. Além disso, realizou-se uma análise quanto à prevalência, efetividade, cura e aceitabilidade. Tais indicadores foram obtidos e calculados pela enfermeira chefe do programa de Hanseníase e serviram como base para descrever a situação da doença, em Itaqui, na medida em que se tornaram pontos de vital importância para que se fizesse um contraponto com a situação e os dados gerais do Brasil.

Este trabalho é uma análise descritiva da doença hanseníase no município de itaqui, entretanto, a qualidade dos dados fornecidos bem como a falta de registro das informações referentes a esta doença nos anos anteriores ao período estudado limitam a profundidade deste trabalho.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Observa-se, na Tabela 4, a queda no número de casos da doença, no período que vai de 1989 até o ano de 2011, bem como a redução no número de recidivas, diminuição dos casos de abandono de tratamento, histórico intrafamiliar, transferências e óbitos no mesmo período analisado. Além disso, observa-se (Tabela 5) dados a respeito da taxa de prevalência, efetividade, cura e aceitabilidade do Programa de Erradicação da Hanseníase desenvolvido no município em estudo.

Tabela 4 - Casos de Hanseníase em Itaqui - 1989-2011

Ano	1989- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006- 2010	2011
Nº de Casos	12	10	15	10	2	1
Casos tratados	7	5	12	10	1	1
Recidivas	0	2	0	0	0	0
Abandono de tratamento	4	3	0	0	1	0
Histórico intrafamiliar	1	0	0	0	0	0
Transferências	0	1	1	0	0	0
Óbitos	1	1	2	0	0	0

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAQUI.

Tabela 5- Indicadores epidemiológicos sobre Hanseníase em Itaqui – 1989-2011

Indicadores	Dados Numéricos
Taxa de Prevalência	0,56
Efetividade do programa de erradicação	100,0
Cura	89,9
Aceitabilidade do programa de erradicação	100,0

Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DE ITAQUI/RS.

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No município de Itaqui, a cura de 89,9 se relaciona com a efetividade do programa bem como, com a aceitabilidade do mesmo. A efetividade está relacionada aos casos de cura, diminuição da prevalência, diminuição do número total de casos, óbitos e pela adaptação do paciente ao tratamento. Estes dados evidenciam que o Programa de Erradicação da Hanseníase em Itaqui, está adequadamente implantado.

A taxa de prevalência (0,56) calculada a partir do número de casos ocorridos no período em estudo (1989-2011) demonstra que o município encontra-se dentro das metas do ministério da saúde e de acordo com a quase totalidade dos municípios que fazem parte do Rio Grande do Sul.

Quanto ao número de casos, no período de 1989 a 1990, o município de Itaqui apresentou o maior número de casos de Hanseníase ao ano, se comparado aos anos seguintes da pesquisa, indicando as dificuldades na implementação do Programa. De 1991 a 2005, o município apresentou uma redução no número de casos indicando a

maior área de abrangência do Programa, melhora no diagnóstico e a disseminação de informações aos pacientes e população em geral. De 2006 até 2011, observa-se uma redução importante na incidência da doença no município. Diante disto, conclui-se que houve uma melhora significativa, inferindo-se que o Programa de Erradicação vem cumprindo com seus objetivos, dando ênfase aos casos já existentes e sua cura. Além disso, o diagnóstico precoce é vital como um fator profilático, pois quebra o elo da cadeia epidemiológica.

Os casos de Hanseníase tratados indicam o alcance do Programa, a adaptação e aceitação das formas medicamentosas utilizadas pelo mesmo. Assim sendo, a quase totalidade dos casos registrados nesta pesquisa foram tratados com sucesso, reduzindo o índice de recorrência e transmissão da doença. Nos anos de 2001 a 2005, e no ano de 2011, houve 100% de casos tratados.

Os critérios para o diagnóstico de recidivas em Hanseníase ainda não estão bem definidos. Operacionalmente, a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (CNDS/MS) considera a definição de recidiva em Hanseníase, baseada na OMS (1988), como ocorrência de sinais de atividade clínica da doença, após alta por cura. As recidivas são raras e, geralmente, ocorrem nos casos que receberam poliquimioterapia inadequada para a sua forma clínica. Na maioria, os bacilos são sensíveis aos medicamentos e os pacientes podem ser retratados de forma diferenciada. A avaliação após dez anos da implementação do PQT mostra que a taxa de recidiva é de 0.77% para os multibacilares, e 1.07% para os paucibacilares, nos nove anos seguintes a alta do paciente (OMS, 1998). Em Itaquí, entre 1991 e 1995 houve apenas dois casos de recidiva, demonstrando que apesar do Programa apresentar uma efetividade de 100%, considerando-se o modo como a efetividade foi definida, ainda existem lacunas a serem preenchidas.

Um dos fatores que permite avaliar a implantação de determinados programas de saúde pública e, assim, avaliar sua efetividade e aceitabilidade pela população diz respeito à qualidade do serviço. Nesse sentido, para que se possa proceder à avaliação da qualidade de serviços de saúde, é necessário, antes de tudo, que se defina o conceito de qualidade. Tal empreendimento é complexo, dada sua natureza abrangente, devendo ser levado em conta, entre outros aspectos, o acesso, a adequação, a equidade e a satisfação dos usuários, bem como a dinâmica, associada a valores sociais e subjetivos.

Segundo RIBEIRO (2007), uma das metas dos sistemas públicos de atenção à

saúde é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao maior número de pessoas, da forma mais equitativa e com o menor custo. De acordo com os resultados da pesquisa, o Programa de Erradicação da Hanseníase em Itaqui compreende aspectos de qualidade, uma vez que possui uma estrutura consolidada, implantação e atendimento desenvolvidos e resultados demonstrados pelo índice de cura, efetividade e aceitabilidade.

Além disso, a busca de identificação de fatores associados ao abandono de tratamento se insere, caracteristicamente, em um modelo de avaliação de resultados. Diversos fatores estão associados ao não comparecimento às consultas e/ou ao abandono de tratamento na saúde pública: fatores sócio demográficos, relativos ao diagnóstico ou ao estado clínico; tipo de provedor da assistência e/ou características do atendimento; tempo de espera para a consulta com o especialista; crenças e expectativas; adesão à medicação prescrita; frequência na busca de outros serviços (DONABEDIAN, 1988).

Estes fatores são de extrema relevância quando se trata de uma doença com alto potencial incapacitante e infeccioso, como a Hanseníase. Em Itaqui, no período compreendido entre 1989 a 1995, havia 22 casos em tratamento, sendo que em sete houve abandono; de 2001 a 2006, dos dois casos de Hanseníase, um, abandonou o tratamento.

Apesar da diminuição do número de casos totais de Hanseníase ao longo dos anos, há ainda um desafio quanto à permanência do paciente no Programa e sua vinculação ao tratamento. Compreende-se que o conhecimento das dificuldades enfrentadas na adesão ao tratamento da Hanseníase é imprescindível para subsidiar uma assistência humanizada e de qualidade, implicando na promoção de ações de saúde que se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação e garantia de uma assistência integral.

Embora não represente uma causa básica de óbito, a hanseníase ocupa lugar de destaque entre as morbidades e, principalmente, entre as condições que originam incapacidades. No município estudado observaram-se três mortes de 1989 a 2000, do total de 37 casos, sendo que de 2001 até 2011 nenhuma morte foi registrada. Sugere-se que o baixo coeficiente de mortalidade neste período é devido ao número restrito de casos e do efetivo trabalho do Programa de Erradicação.

Por fim, como último fator a ser analisado, o histórico familiar foi observado somente em um caso do período em análise. Apesar de a doença ser contagiosa e infecciosa, há poucos dados referentes à contaminação familiar, uma vez que na maioria dos casos os entes da família já se encontram medicados, e assim, livres de transmissão.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o Programa de Erradicação da Hanseníase está agindo de modo efetivo no desenvolvimento de ações em prol do tratamento, cura e manutenção de resultados positivos para o controle da Hanseníase em Itaquí.

Sugere-se que estudos como este permitem analisar a situação dos Programas de Erradicação desenvolvidos pelo Governo Federal e o nível de erradicação da doença nos municípios. Assim, a análise do histórico da Hanseníase em Itaquí permitiu levantar dados epidemiológicos capazes de estruturar um perfil da doença no município. Além disso, a análise de conceitos de qualidade propiciou relações, neste caso positivas, entre os dados no que se referem à cura e a efetividade do Programa desenvolvido.

Apesar do Brasil ainda apresentar regiões com altos índices de prevalência e incidência, a região Sul encontra-se dentro das metas do Ministério da Saúde. O município de Itaquí possui taxa de prevalência menor do que 1 (um), para 10 mil habitantes, coeficiente considerado adequado para o controle da Hanseníase.

Analisando os dados históricos da Hanseníase em Itaquí, e relacionando-os com dados atualizados da doença no município e no Brasil, conclui-se que a Hanseníase é uma doença que não está totalmente erradicada, mas que o município em questão faz parte de um contexto positivo relacionado ao desenvolvimento e a qualidade do Programa de combate à Hanseníase, principalmente se comparado a outros lugares.

REFERÊNCIAS

AHLBOM, A.; NORELL, S. **Introduction to modern epidemiology: measures for comparisons of disease occurrence**. London/New York: Oxford University press, p. 30–35, 1990.

ALMEIDA, N.; ROUQUARIOL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**, Rio de Janeiro, Editora médica e saúde, 6º edição, 2003.

ALMEIDA, N.; ROUQUARIOL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**, Rio de Janeiro, Editora médica e saúde, 2º edição, 2002.

AZEVEDO, M.S.M. Ciclosporina A no eritema nodoso hansênico com manifestações sistêmicas – Avaliação clínico-laboratorial e histopatológica. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - **Núcleo de Medicina Tropical**, Universidade Federal do Pará, Belém, 2003;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hanseníase – Informações gerais sobre a doença**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1466

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Rio Grande do Sul**. Brasília : Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde, 2º edição, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Lepra. **Boletim da Divisão Nacional de Lepra**, Brasília: Coordenação

Nacional de Dermatologia Sanitária, Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde, 1975. Disponível em: portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0373-7225&lang=pt

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Lepra. **Guia para o controle da Lepra**, Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 2004. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/hanseniase/guia_hanseniase.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf

BUHRER, S. A simple dipstick assay for the detection of antibodies to phenolicglycolipid-1 of *Mycobacterium leprae*. Tese (Doutorado em Imunologia) Departamento de Pesquisa Biomédica. **Royal Tropical Institute**, Amsterdam, 1998.

CEZAR, F.G.; ABRANTES, P. Princípio da Precaução: Considerações Epistemológicas sobre o princípio da precaução e sua relação com o processo de análise de risco – **Caderno de Ciência & Tecnologia**, Brasília, v. 20, p. 255-262, 2003.

DONABEDIAN A. The quality of care. How cant it be assessed? **Jama**, v.121, p.1145-60, 1988.

HASTINGS, R.C.; OPROMOLLA, D. V. A. **Leprosy**. New Orleans: Churchill Livingstone, Ed.2 , p. 49 – 76, 1994.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Informativo Cidades**, 2011. Disponível em: www.ibge.gov.br.

LEIKER, D.L.; NUNZI, E. **Leprosy in the light skin: an illustrated manual**. Bologna: Associazione italiana “Amici di Raoul Follereau”, Ed.4, p. 9-17, 1981.

MADEIRA, S. Aspectos Microbiológicos do *Mycobacterium leprae* In: OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**. São Paulo, 1º edição: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, p.13, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Avaliação dos programas de saúde: **normas fundamentais para sua aplicação e verificação de coeficientes epidemiológicos**. Genebra; 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Hanseníase**, Global leprosy situation. Weekly Epidemiological Record, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Manual para o controle da lepra**. Washington, 1989. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/matriz.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Manual Epidemiológico**, 1992. Disponível em: www.opas.org.br/epidemio.

OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**. 1º Edição. São Paulo: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, p. 101-115, 2000.

PALÁCIOS, M.C.V.R.; DIAS V.; NEVES C.D. Estudo da Situação da Hanseníase no estado do Pará. **Revista Paranaense de Medicina**. V24 (2), 2010.

PEREIRA, M. Epidemiologia – **Teoria e Prática**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO MS (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Editora Universidade Federal de Juiz de Fora, p.294, 2007.

SAMPAIO, E. P.; PESSOLANI, M.C.; MORAES, O.; SARNO, .N. Pathogenesis of reactions and nerve damage in leprosy. **Report of the scientific workng group on leprosy**, p. 48-56, 2002.

SILVA, N. C. **A Lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças/Serviço de Saúde Pública/Divisão Nacional Lepra, 1971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Scientific working Group. **Report o Leprosy. Programme for research and training in tropical diseases**. Currents status in reactions and nerve damage in leprosy- What next? , Geneva, Switzerland, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy for medical practitioners and paramedical workers**. Geneva: Novartis Foundation for sustainable development, Basle, Switzerland, p.134, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy Today – Global Situation**. Disponível em: *www.who.int/lep/*, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy situation**, Weekly Epidemiological Record . Vol. 84, p. 333 – 340, 2009.

VERONESI R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

ANEXO 1

Glossário

Conceito	Definição
Endemia	Ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período (temporalmente ilimitada); que mantém uma incidência relativamente constante e permitindo variações cíclicas e sazonais.
Infectividade	Capacidade de certos organismos de penetrar, se desenvolver e/ou se multiplicar em outro, ocasionando uma infecção.
Caso suspeito	Indivíduo cuja história clínica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção sugerem que o mesmo possa estar ou vir a desenvolver alguma doença infecciosa. O caso suspeito varia de acordo com cada doença ou agravo.
Controle	Quando relacionado a doenças significa operações ou programas desenvolvidos para eliminá-las ou para reduzir sua incidência ou prevalência; ou, ainda, atividades destinadas a reduzir um agravo até alcançar um determinado nível que não constitua mais problema de saúde pública.
Fator	Indica necessariamente uma relação causal, no entanto esta precisão (necessariamente) é difícil de ser verificada na maioria dos fatores de exposição na epidemiologia moderna que, no entanto, consolidou o uso da palavra.
Fatores de risco	Componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde.
Risco	Probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado.
Hospedeiro	Ser vivo que oferece, em condições naturais, subsistência ou alojamento a um agente infeccioso. Pode ser humano ou outro animal.
Indicador	Revela a situação de saúde (ou um aspecto dela) da população ou de um indivíduo; é montado a partir de dados referenciados no tempo e espaço e, pela sua forma de organização e apresentação, facilitam a análise e o olhar com significância sobre a realidade, através de sua simples leitura ou através do acompanhamento dos dados no tempo.
Incidência	A incidência de uma doença, em um determinado local e período, é o número de casos novos da doença que iniciaram no mesmo local e período.
Prevalência	A prevalência indica qualidade do que prevalece, prevalência implica em acontecer e permanecer existindo num momento considerado. Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença existentes num determinado local e período.
Reservatório	Local de permanência de agentes infecciosos no ser humano ou animal, artrópode, planta, solo ou matéria inanimada em que um agente normalmente vive se multiplica ou sobrevive e do qual tem o poder de ser transmitido a um hospedeiro susceptível.
Bacilo	Designação das bactérias de forma alongada e cilíndrica da família <i>Bacillaceae</i> . Muitos bacilos são móveis devido à presença de um ou mais flagelos, cuja estrutura é completamente diferente dos flagelos das células eucarióticas.
Vetores	Seres vivos que veiculam o agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial. - Vetores mecânicos: são os transportadores de agentes, geralmente insetos. - Vetores biológicos: são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.
Veículos	Fontes secundárias, intermediárias entre o reservatório e o hospedeiro como objetos e materiais (alimentos, água, roupas, instrumentos cirúrgicos etc.).

Fontes: ALMEIDA e ROUQUAYROL (2002; 2003); CEZAR; ABRANTES (2003); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (1992); PEREIRA (1995).