

Um Brasil de jovens livres da hanseníase: uma estratégia focal de eliminação da hanseníase para o grupo etário de 5 a 15 anos

Brazilian youth free of Hansen's disease: a focused strategy to eliminate Hansen's disease among the 5 to 15 years age group

Vera Andrade ¹

¹ Ministério da Saúde. Comitê Técnico Assessor da Dermatologia Sanitária; Organização Mundial da Saúde. Grupo Técnico Assessor para Eliminação da Hanseníase. Rua Gal. Glicério, 82, Ap. 704, Laranjeiras, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22245-120. vera@saude.gov.br

Abstract *the article reviews the epidemiological profile of Hansen's disease among children aged 15 years and younger, the overall situation in Brazil as well as the World Health Organization's strategy to eliminate Hansen's disease as a public health problem. Despite an intensification of activities to eliminate leprosy over the past fifteen years there has been no reduction in new cases of Hansen's disease among children, especially in the high endemic states of the Amazon, Goiás and Pernambuco. This situation is due to the poor access to diagnosis and treatment because very few health services are in a position to diagnose and treat Hansen's disease. It is thus crucial to involve other health care providers in the diagnosis and treatment of Hansen's disease, particularly to include those who are in close and regular contact with mothers, infants and children, namely pediatricians, gynecologists, maternal and child clinics, general health services, etc. A broader network and improved geographical coverage of leprosy services will help ensure early detection and timely treatment of children, before irreversible nerve damage occurs, leading to progressive physical disabilities.*

Key words *Child health services, Epidemiology, Health services, Leprosy, Public health*

Resumo *O autor descreve o quadro epidemiológico da endemia de hanseníase na população menor de 15 anos, a estratégia estabelecida pela Organização Mundial da Saúde para a reversão do problema em escala internacional e o estágio da eliminação no Brasil. O perfil da hanseníase na população menor de 15 anos no Brasil de 1986 até 1998 mostra que as ações programáticas estabelecidas até o momento não conduziram à redução da detecção de casos de hanseníase nas crianças, especialmente nos estados da Amazônia e áreas de influência, de Goiás e de Pernambuco. A extrema severidade no tocante ao acometimento de crianças pode ser explicada pela iniquidade ao acesso à oportunidade de diagnóstico na fase inicial da doença e o correto tratamento para a população, pela baixa cobertura de serviços de saúde que suspeitam, diagnosticam e tratam a hanseníase. Diante deste quadro, é necessário estabelecer uma ação específica voltada para as crianças da faixa etária de 5 a 15 anos. Uma aliança entre os gestores municipais e os profissionais atuantes nas áreas de saúde materno-infantil, clínica médica, ginecologia e pediatria, as quais recebem mais de 80% dos usuários pela primeira vez, permitirá a realização de um diagnóstico e tratamento na fase inicial da hanseníase na qual ainda podem ser evitadas a instalação de incapacidades e alterações da aparência física, em especial das crianças.*

Palavras-chave *Epidemiologia, Hanseníase, Saúde pública, Serviços de saúde, Serviços de saúde infantil*

Introdução

A discussão da eliminação da hanseníase tem privilegiado, a partir do final da década de 90, a descentralização das atividades de controle desta doença na rede de atenção básica, aumentando o acesso da população ao diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença.

Neste sentido, o conceito de descentralização surge como uma possibilidade de solucionar os problemas do verticalismo com que o Programa de Controle da Hanseníase, a exemplo de muitos outros, foi implantado, resultando numa ampliação do acesso dos usuários de maneira integrada na rede de assistência primária à saúde.

Eliminação significa reduzir o problema a níveis muito baixos, o que levará a uma diminuição da fonte de infecção, fazendo com que a doença desapareça naturalmente, como ocorreu em muitas partes do mundo. Este nível foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma taxa de prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes. Significativos progressos foram alcançados nos últimos 15 anos.¹

Em novembro de 1999, para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública em todos os países até o ano de 2005, formou-se uma aliança global, estabelecida pela OMS com os países onde a hanseníase é endêmica, a Nippon Foundation, Novartis, a Danish International Development Agency (DANIDA) e a International Federation of the Anti-Leprosy Associations (ILEP). Essa aliança irá atuar próxima aos pacientes, comunidades e seus parceiros e tem por objetivo detectar e curar todos os casos remanescentes de hanseníase no mundo no período de seis anos. Os esforços serão concentrados na geração de “demanda” pelo tratamento, por meio do aumento do interesse sobre a hanseníase, em conjunto com melhor acesso ao diagnóstico e tratamento.²

Apesar dos esforços realizados pelo Brasil para que, ao final do ano 2000, a eliminação da hanseníase seja homologada, reconhece-se que esse processo demandará mais tempo do que o previsto, principalmente, em nível nacional. Estima-se que, somente em 2005, o Brasil atingirá o nível de eliminação desejado, ou seja, 1 caso por 10.000 habitantes.³ Após este período, provavelmente os recursos e prioridades dados hoje à hanseníase serão deslocados para outros agravos e situações de saúde. Atualmente, os governos e as instituições que apoiam o programa vigente vêem-se diante de um aumento expressivo de casos novos e da ampliação de problemas sociais causados pe-

las incapacidades físicas nas áreas endêmicas e, com pouca margem de segurança de atingir a meta de eliminação nos próximos cinco anos.

Há, ainda, um significativo número de casos antigos sem diagnóstico, sugerido pelo grande número de casos novos que estão sendo diagnosticados, na medida em que se aumentou a cobertura devida a realização do compromisso dos gestores municipais em descentralizarem as atividades de diagnóstico e tratamento na atenção básica e das campanhas de mobilização social.

São inúmeras e complexas as razões para que os casos só sejam descobertos a partir de ação mais intensiva de busca. Incluem-se aí: inadequado acesso ao diagnóstico e tratamento, pouca divulgação dos sinais precoces da hanseníase e demora na procura do tratamento, por medo das consequências sociais. Essa demora pode ter resultados muito severos para os indivíduos e suas famílias, com especial atenção às crianças, uma vez que a hanseníase pode levar progressiva e irreversivelmente a incapacidades físicas, muitas vezes conduzindo à exclusão social.⁴

A eliminação exige ir além do simples conceito de reduzir as taxas de prevalência. A definição de áreas de risco, segundo a carga da doença, o aumento do conhecimento da população acerca da cura da hanseníase, a oferta irrestrita de diagnóstico e tratamento em todas as unidades básicas e um sistema de informação confiável, são os instrumentos imprescindíveis para a expansão da qualidade de assistência à população, deixando de lado o modelo clássico de atuação que é semelhante e/ou igual para todas as áreas e grupos populacionais.

Nesta perspectiva é necessária uma ação específica voltada para as crianças da faixa etária de 5 a 15 anos. A presente abordagem visa debruçar-se sobre a importância de transformar a lógica do modelo e ampliar as oportunidades de diagnóstico na fase inicial da doença. Com isso, pretende-se mudar a maneira de focalizar a hanseníase, até hoje abordada como um agravo exclusivo de profissionais já envolvidos com o “programa” e/ou especialistas.⁵

Idealiza-se que a aliança estabelecida entre profissionais atuantes nas áreas de saúde materno-infantil, clínica médica, ginecologia e pediatria, as quais recebem mais de 80% dos usuários pela primeira vez, responda à demanda dos gestores municipais de forma que venha, também, contribuir para o diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença (na qual ainda podem ser evitadas a instalação de incapacidades físicas e alterações na aparência, em especial das crianças).

O objetivo deste artigo é iniciar a discussão sobre o processo de estabelecimento de uma aliança entre os diversos atores do Sistema Unificado de Saúde (SUS) e apresentar a situação de saúde, em especial a da hanseníase na população menor de 15 anos no Brasil. Pretende-se assim, visualizar a estratégia de parcerias e alianças já estabelecidas e sugerir uma mudança na lógica do modelo assistencial vigente pelos prestadores de serviços de saúde, que deverá incorporar as ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase na população de 5 a 15 anos nas suas rotinas de atendimento.

Hanseníase na população menor de 15 anos no Brasil

Baseando-se nas atuais estatísticas nacionais, verifica-se que os coeficientes específicos por idade que expressam “riscos de exposição” diferentes estão relacionados ao nível de endemicidade local^{6,7} e revelam três padrões relacionados à morbidade: hiperendêmica nos estados da Amazônia; endêmica nas áreas do Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, a partir de 1988; e a consolidação de baixa endemicidade na região Sul, a partir de 1989.

Calcula-se que 3.971 menores de 14 anos foram diagnosticados no ano de 1998. Os coeficientes de detecção, em menores de 14 anos, reapare-

cem mostrando a hanseníase como um importante problema de saúde pública nos estados da Amazônia e áreas de influência, expressando um quadro grave da eliminação. Os indicadores epidemiológicos ou de resultados das atividades, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) mostram, para o Brasil, um quadro epidemiológico preocupante.

A série temporal do coeficiente de detecção de 0 a 14 anos do Brasil, para o período 1986-1998, apresenta uma tendência ascendente variando de 0,33 a 0,88 por 10.000 habitantes. Os coeficientes de detecção em menores de 15 anos da Amazônia e áreas de influência, nestes últimos 12 anos, nunca foram inferiores a 1/10.000 habitantes, enquanto na região Sul nunca foram superiores ao valor de 0,85 (Tabela 1).

Plotados na Figura 1 os valores dos coeficientes de detecção das crianças residentes na área da Amazônia e áreas de influência desenharam um patamar completamente diferente dos valores das demais áreas.

Os valores apresentados na Tabela 2 apontam para a mesma direção, confirmando o padrão hiperendêmico da Amazônia e áreas de influência. Observa-se que no período estudado, para cada 10.000 crianças das demais áreas do país, 6 casos em média foram diagnosticados na Amazônia e áreas de influência.

Tabela 1

Coeficientes de detecção em menores de 15 anos. Brasil, 1986-1998.

Ano	Brasil	Amazônia e Áreas de Influência	Nordeste s/MA*	Sudeste	Sul	Centro-Oeste s/MT**
1986	0,33	1,32	0,22	0,19	0,06	0,32
1987	0,38	1,61	0,25	0,17	0,07	0,56
1988	0,56	2,26	0,37	0,23	0,85	0,91
1989	0,57	2,27	0,47	0,24	0,07	0,64
1990	0,60	2,20	0,59	0,22	0,13	0,67
1991	0,58	2,03	0,48	0,29	0,06	0,82
1992	0,65	2,00	0,63	0,29	0,09	0,92
1993	0,64	2,42	0,45	0,30	0,05	1,11
1994	0,63	2,28	0,53	0,26	0,06	0,91
1995	0,67	2,51	0,55	0,27	0,05	0,92
1996	0,80	3,01	0,64	0,35	0,02	0,90
1997	0,88	3,43	0,63	0,39	0,08	0,84
1998	0,78	3,10	0,59	0,31	0,05	0,70

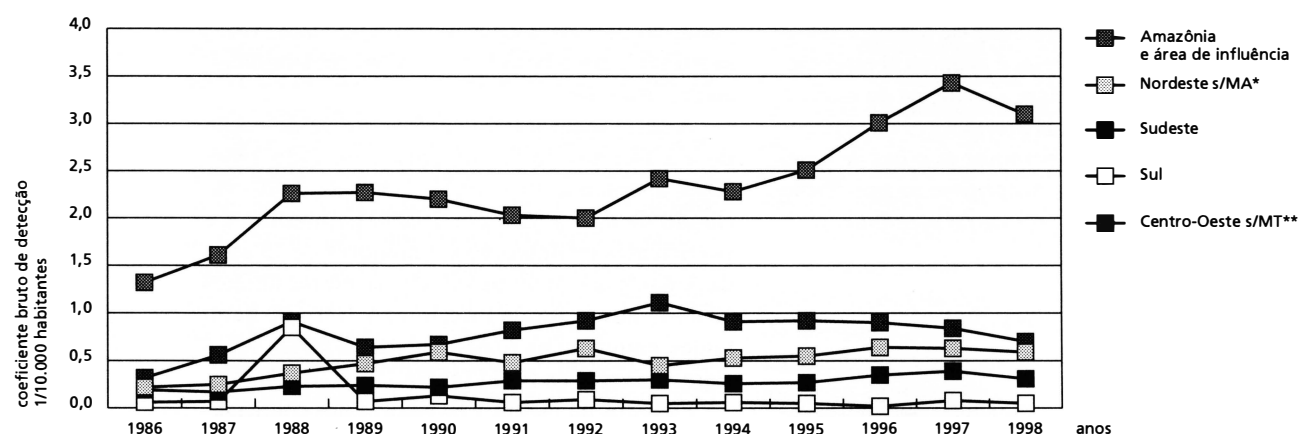
* s/MA = sem o estado do Maranhão.

** s/MT = sem o estado de Mato Grosso.

Fonte: Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CENEPI/FNS/MS).

Figura 1

Coeficientes brutos de detecção de hanseníase em menores de 15 anos. Brasil, 1986-1998.



* s/MA = Sem o estado de Maranhão.

** s/MT = Sem o estado do Mato Grosso.

Fonte: Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CENEPI/FNS/MS).

Tabela 2

Coeficientes brutos de detecção de Hanseníase em indivíduos de 0-14 anos na Amazônia e áreas de influência e demais áreas. Brasil, 1986-1998

Ano	Amazônia e áreas de influência		Demais Áreas		Razão dos coeficiente em menores de 15 anos: Amazônia e áreas de influência/outras áreas
	Coeficiente bruto de detecção*	Coeficiente de detecção, menores de 15 anos	Coeficiente de bruto de detecção	Coeficiente de detecção, menores de 15 anos	
1986	4,28	1,32	1,07	0,19	7,02
1987	4,72	1,61	1,09	0,21	7,72
1988	6,01	2,26	1,46	0,30	7,41
1989	6,39	2,27	1,46	0,32	7,20
1990	6,16	2,20	1,49	0,36	6,16
1991	5,60	2,03	1,58	0,34	5,91
1992	6,38	2,00	1,77	0,41	4,84
1993	6,78	2,42	1,56	0,36	6,77
1994	6,68	2,28	1,52	0,36	6,40
1995	7,35	2,51	1,62	0,37	6,81
1996	8,32	3,01	1,76	0,42	7,09
1997	9,07	3,43	1,92	0,44	7,73
1998	8,54	3,10	1,80	0,38	8,16

* Calculados a partir do número de casos anuais de cada estado.

Fonte: Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CENEPI/FNS/MS).

Tomando-se a evolução dessa doença numa perspectiva histórica, tal como apresentada na Tabela 3, fica evidente que no período 1986-1998 a magnitude dos coeficientes de detecção das demais áreas geográficas do país (exceto Goiás e Pernambuco) nunca ultrapassaram as observadas nos estados membros da área da Amazônia e áreas de influência. Estima-se que, em 1997, cerca de 15% da população infantil (0 a 14 anos) do Brasil, um contingente de aproximadamente sete milhões, viviam nesta área.

O processo de mudança: as alianças e parcerias

Como se verifica nos dados apresentados, as estratégias adotadas não bastaram para solucionar, ou mesmo explicar, na grande maioria dos casos, o aumento expressivo de novos doentes nos últimos anos. As ações de eliminação desenvolvidas pelos planos de ação estadual, visando uma diminuição das taxas de prevalência, não conduziram à redução da detecção de casos de hanseníase nas

Tabela 3

Coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, segundo a área geográfica. Brasil, 1986-1998.

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Anos 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Amazônia e áreas de influência	1,32	1,61	2,26	2,27	2,20	2,03	2,00	2,42	2,28	2,51	3,01	3,43	3,10
RO	0,76	1,34	1,55	2,63	2,45	1,27	1,51	2,35	1,91	2,10	3,25	3,29	2,23
AC	2,26	1,19	2,62	3,70	2,72	3,26	3,39	2,28	1,69	2,19	1,93	2,30	1,90
AM	4,68	3,82	4,92	3,74	3,99	4,89	2,60	3,45	2,83	2,59	2,47	2,65	1,97
RR	0,72	0,99	1,22	2,10	1,92	1,01	0,13	–	–	1,68	1,76	2,67	4,07
PA	1,02	1,52	1,98	2,25	1,70	2,05	1,87	2,29	2,66	3,01	3,13	3,40	3,16
AP	2,27	1,34	7,94	2,99	2,03	1,88	1,06	1,30	1,04	1,45	1,82	1,78	1,29
TO	–	–	–	–	–	1,25	1,59	1,46	1,48	1,63	2,19	2,07	3,11
MA	0,53	0,81	1,24	1,45	1,52	1,76	1,58	1,94	1,57	1,94	3,00	4,25	3,93
MT	0,00	1,47	2,93	2,39	2,36	0,00	3,33	3,81	3,85	3,77	4,31	3,79	3,25
Demais áreas	0,19	0,21	0,30	0,32	0,36	0,34	0,41	0,36	0,36	0,37	0,42	0,44	0,38
PI	0,27	0,36	0,58	0,53	0,72	0,80	0,89	0,83	1,13	0,90	1,20	1,18	1,28
CE	0,15	0,16	0,26	0,39	0,39	0,47	0,44	0,41	0,33	0,46	0,49	0,64	0,61
RN	0,00	0,19	0,05	0,10	0,07	0,08	0,08	0,09	0,07	0,11	0,15	0,25	0,19
PB	0,16	0,07	0,22	0,39	0,34	0,33	0,25	0,25	0,29	0,32	0,36	0,38	0,22
PE	0,61	0,54	1,01	1,12	1,84	1,16	1,95	0,94	1,38	1,55	1,67	1,46	1,57
AL	0,06	0,17	0,11	0,11	0,16	0,16	0,32	0,18	0,20	0,18	0,22	0,27	0,18
SE	0,29	0,34	0,36	0,25	0,31	0,46	0,37	0,33	0,62	0,46	0,89	0,51	
BA	0,10	0,16	0,16	0,32	0,23	0,21	0,23	0,30	0,24	0,21	0,26	0,27	0,23
MG	0,12	0,12	0,14	0,13	0,20	0,34	0,32	0,40	0,17	0,29	0,34	0,37	0,31
ES	0,38	0,33	0,43	0,49	0,78	0,00	0,77	0,76	0,93	0,76	1,24	1,29	0,87
RJ	0,37	0,38	0,49	0,55	0,33	0,67	0,64	0,62	0,58	0,63	0,79	0,95	0,73
SP	0,13	0,11	0,16	0,15	0,13	0,14	0,10	0,08	0,12	0,09	0,11	0,11	0,11
PR	0,15	0,16	0,25	0,14	0,24	0,10	0,23	0,08	0,12	0,10	–	0,16	0,10
SC	0,02	0,04	0,16	0,05	0,15	0,05	0,05	0,04	0,04	0,05	0,05	0,04	0,03
RS	0,02	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02
MS	0,22	0,40	0,44	0,50	0,54	0,34	0,37	0,23	0,29	0,41	0,34	0,43	0,40
GO	0,42	0,79	1,28	0,83	0,85	1,18	1,29	1,81	1,43	1,41	1,40	1,22	0,99
DF	0,14	0,08	0,45	0,27	0,38	0,47	0,63	0,36	0,33	0,27	0,25	0,32	0,36

Fonte: Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CENEPI/FNS/MS).

crianças, especialmente nos estados da Amazônia e áreas de influência, de Goiás e de Pernambuco.

A iniquidade ao acesso e a oportunidade de diagnóstico na fase inicial da doença e o correto tratamento para esta parcela da população podem ser explicados pela baixa cobertura de serviços de saúde que suspeitam, diagnosticam e tratam a hanseníase.

Em consequência ao diagnóstico de extrema severidade no tocante ao acometimento de crianças, a estratégia de eliminação deve buscar não só atingir os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, cooptando recursos para o desenvolvimento de planos comuns de ação voltados para uma única meta, como também definir para onde e/ou para quem estes recursos devem ser dirigidos.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS) entende que apenas os aspectos rotineiros e tradicionais de detecção de casos em menores de 15 anos não são suficientes. Visando acelerar a eliminação da hanseníase, em agosto de 2000 o CONASEMS nomeou o Dr. Gilson Cantarino O' Dwyer Embaixador da Eliminação da Hanseníase, construindo mais um patamar para a área de advocacia associada ao trabalho que o Grupo de Trabalho Hansen/CONASEMS vem desenvolvendo. A missão do Embaixador é de advogar e interceder a favor do paritário acesso da comunidade ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado da hanseníase em todos os municípios do Brasil, além de buscar parceiros para estabelecer uma aliança em nível nacional.

Para implementar o processo de aceleração da eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública em todos os municípios do Brasil, além do trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o CONASEMS conta com o Grupo Tarefa⁸ e com o Embaixador para a Eliminação da Hanseníase, que viabiliza a articulação das atividades nos diferentes níveis do SUS.

A potencialidade de convencimento do Embaixador em motivar os gestores estaduais e municipais a aumentarem o acesso da população e promoverem uma participação comunitária na procura de um tratamento logo após o surgimento dos sinais iniciais da doença, constitui-se em um dos alicerces mais importantes para impedir o avanço de doenças preveníveis, em especial, a hanseníase no grupo etário de 5 a 15 anos.

Por outro lado, a potencialidade de aliança entre organizações de atuação diversas, ligadas a diferentes setores da saúde, não pode ser desconsiderada. Essa aliança é um fator essencial para a política de descentralização das ações de elimina-

ção da hanseníase. A experiência, até o momento, revelou as inúmeras potencialidades do trabalho conjunto no âmbito da mobilização e definição de responsabilidades e competência em diferentes níveis de atuação quando da construção da aliança entre o MS, a Organização Panamericana da Saúde, OPAS/CMS, o Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN) e os demais atores sociais.

Considerações finais

A política de descentralização interestadual e municipal tem, até o momento, tratado globalmente a meta da eliminação da hanseníase não sendo consideradas ações e atividades diferenciadas para grupos especiais de cidadãos.

O sucesso esperado dessa estratégia requer uma implementação sincronizada de diversas atividades inovadoras na área da advocacia, objetivando motivar as pessoas a procurarem ativamente o tratamento, por meio de uma melhor divulgação dos sinais precoces e pela redução do medo à doença.

Os principais produtos esperados desta ação, além da consolidação de uma aliança nacional em prol da eliminação, são que outros setores da saúde promovam ações efetivas junto à comunidade, para aliviar o sofrimento das crianças, devido à instalação das incapacidades físicas causadas pela negligência de um diagnóstico tardio da hanseníase.

Espera-se que o apoio do Embaixador mobilize, além de uma ampla gama de dirigentes – desde as pessoas que trabalham nos serviços de saúde, até a sociedade – de forma que todos possam, juntos, colaborar para não mais haver crianças portadoras de hanseníase.

Espera-se também que as atividades de advocacia sobre a cura, o diagnóstico e o tratamento da hanseníase sejam incluídas no conjunto de ações básicas desenvolvidas por instituições especializadas em crianças, junto às famílias e grupos de jovens e em parceria com outras entidades afins.

Finalmente, espera-se ainda, que a estratégia focal venha somar-se às atividades de extensão universitária e proporcione o desenvolvimento de ações articuladas, com adoção de novas metodologias e com a participação de equipes multidisciplinares.

Acredita-se que o processo de estabelecer uma ação específica voltada para as crianças da faixa etária de 5 a 15 anos trará mudanças significativas no estágio da detecção de casos e tratamento e, em especial, na redução da instalação das incapacidades físicas no grupo populacional jovem do Brasil.

Agradecimentos

Ao Dr. Gerson Fernando Pereira Mendes, Coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, pelo fornecimento dos dados do Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

Referências

1. WHO. World Health Organization. Resolution WHA 44.9. Geneve: WHO; 1991.
2. WHO. World Health Organization. A aliança global para a eliminação da hanseníase. A arrancada final. Geneve: WHO; 1999.
3. WHO. World Health Organization. The final push towards elimination of leprosy - strategic plan 2000-2005. Geneve: WHO; 2000.
4. WHO. World Health Organization. Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy. Report. In: First Meeting of Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy; 2000 May 2-3; Geneve, Switzerzland. Geneve: WHO; 2000.
5. Andrade VLG. A urbanização do tratamento da hanseníase. *Hansen Int* 1995; 20: 51-9.
6. Doull JA, Guinto RS, Rodrigues JN, Bancroft H. The incidence of leprosy in Cordova and Talisay, Cebu, P.I. *Int J Lepr* 1942; 10:107-31.
7. Irgens LM. Leprosy in Norway an epidemiological study based on a national patients registry. *Lepr Rev* 1980; 51:1-127.
8. Andrade V, Virmond M, Gil Suárez R, Moreira T, Pereira GFM, Souza AC. New approach to accelerate the elimination of leprosy. *Hansen Int* 1999; 24: 49-54.