

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA REGIÃO DE SÃO CARLOS – SP. NO PERÍODO DE 1983 / 1988

Vera Dib Zambon*
Kimiê Aparecida Kaneko**
Elisete Silva Pedrazzani***

RESUMO – Descreve-se e avalia-se, neste estudo, a situação da hanseníase na Região de São Carlos no período de 1983 a 1988. Discute-se os indicadores epidemiológicos e operacionais usuais do Programa de Controle da Hanseníase. Analisando-se o coeficiente de prevalência encontrado no período (1,24 a 1,26) verifica-se que a região apresenta uma alta endemicidade e um médio coeficiente de detecção de casos (5,40 a 9,90) que encontra-se em gradativo declínio. Assim, observa-se que a hanseníase não está sobre controle na região.

ABSTRACT – Considering data collected between 1983 – 1988, this paper describes and evaluates leprosy situation at São Carlos region. The epidemiologicals and operational indicators of the Leprosy Control Program are discussed. By analysis of prevalence of leprosy (1,24 to 1,26) can be verified that region presents an endemicity high and a mean case detection rate (5,40 to 9,90). This coefficient is gradually decay. So, the leprosy is not on control at region studied.

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase no Brasil é um grande problema de saúde pública e seu controle é de responsabilidade dos órgãos oficiais. No nível nacional existe a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela definição das diretrizes que norteiam o programa de controle de hanseníase.

Em consonância com estas diretrizes, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, através dos seus grupos de estudos, adota a norma proposta com adequações e prioridades regionais para nortear as atividades a nível estadual.

Dentro da reestruturação dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, o gerenciamento dos Programas de Controle da Hanseníase é realizado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e a execução das ações previstas no mesmo é de responsabilidade das unidades públicas de saúde.

Nos três níveis do sistema de saúde acima descritos, devem ser desenvolvidas ações de análise e avaliação do programa de controle da hanseníase em desenvolvimento, com a finalidade de subsidiar a implementação das atividades.

O presente estudo procura analisar os dados epidemiológicos e operacionais referentes ao Programa de Controle da Hanseníase nos municípios pertencentes ao SUDS – Regional de São Carlos (Dourado, Descalvado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Santa Rita do Passa Quatro e São Carlos) no período

de 1983 a 1988.

Com o levantamento e análise destes dados pretende-se, conhecer a realidade da região e propor medidas que se fizerem necessárias para o melhor desenvolvimento do programa de controle da hanseníase, visando contribuir no controle da endemia.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido a partir de levantamento realizado na Seção de Arquivo da Vigilância Epidemiológica do SUDS – Regional de São Carlos. Esta Seção possui cópias das Fichas de Investigação Epidemiológica da hanseníase da região.

Além do levantamento dos dados contidos nas Fichas Epidemiológicas dos casos de hanseníase detectados a partir de 1983, utilizou-se a “Planilha de acompanhamento dos casos de hanseníase” preenchida anualmente pelas unidades de saúde, onde registra-se o último atendimento e bacterioscopia do ano e intercorrências dos casos em registro ativo na unidade de saúde de acordo com a forma clínica da doença.

Para cálculo dos indicadores foram utilizados os dados populacionais estimados pelo Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo.

De posse das informações necessárias, os dados foram analisados utilizando-se indicadores de saúde e procedendo-se à elaboração de tabelas e gráficos de-

* Enfermeira do SUDS-R 53 São Carlos-SP

** Enfermeira do SUDS-R 53 São Carlos-SP

*** Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-SP.

monstrativos, bem como a comparação com dados da literatura referentes ao Estado de São Paulo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos indicadores operacionais, verifica-se o desenvolvimento das atividades do Programa de Controle da Hansenfase, e os indicadores epidemiológicos indicam a tendência da endemia e a magnitude do problema.

Para o cálculo do coeficiente de prevalência utiliza-se o número de casos em registro ativo que pode ser definido como: "número de casos em registro ati-

vo em 31 de Dezembro, ou seja, todos os casos existentes no registro até a data, mais os casos que deram entrada no ano de referência (casos novos, transferências e recidivas), menos os casos que saíram (curas, transferência, óbito, altas estatísticas, erros de diagnósticos e múltiplos registros)."

Tal coeficiente é utilizado como medida de magnitude do problema e está diretamente vinculado a capacidade de detecção e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

A tabela 1, apresenta os coeficientes de prevalência da hansenfase na região de São Carlos.

TABELA 01 – Coeficiente de Prevalência da hansenfase nos municípios da região de São Carlos (1985 – 1988)

| MUNICÍPIO | COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA/1.000 HABITANTES | | | |
|-----------------|---|------|------|------|
| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| DESCALVADO | 1.39 | 1.49 | 1.71 | 1.63 |
| DOURADO | 1.28 | 1.69 | 1.54 | 1.52 |
| IBAIE | 1.07 | 1.03 | 1.27 | 1.15 |
| PORTO FERREIRA | 1.29 | 1.34 | 1.32 | 1.40 |
| RIBEIRÃO BONITO | 0.54 | 0.76 | 0.75 | 0.73 |
| SANTA RITA | 1.24 | 1.38 | 1.06 | 1.47 |
| SÃO CARLOS | 1.25 | 1.22 | 1.19 | 1.14 |
| REGIÃO | 1.24 | 1.26 | 1.24 | 1.24 |

Na análise deste indicador da saúde, observa-se um certo equilíbrio na distribuição dos coeficientes no período estudado.

Segundo dados do Centro de Informações de Saúde (Secretaria da Saúde⁶), nota-se uma gradual queda na prevalência da hansenfase ao longo dos anos no Estado de São Paulo.

No estudo da Região de São Carlos, não se observou esta tendência, sendo necessário um estudo mais sistematizado, para detectar a real tendência da endemia. Verifica-se, nos municípios estudados, que o coeficiente varia de 1,03 até 1,71 casos/1.000 habitantes, classificando-se como uma região de alta endemicidade, com exceção do município de Ribeirão Bonito cujo o coeficiente de prevalência varia de 0,54 a 0,76

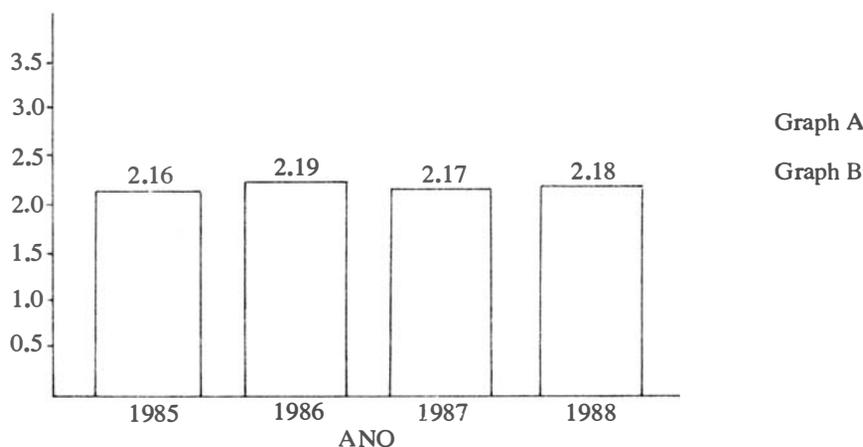
casos/1.000 habitantes, enquadrando-se em média endemicidade.

Os fatores que podem interferir na fidedignidade dos dados, podem estar relacionados aos dados populacionais; critério de alta e diagnósticos; erros de registros; altas não concedidas; óbitos não registrados.

Segundo o Boletim Epidemiológicos da Organização Panamericana da Saúde⁵ e FRAGELLI², os casos registrados correspondem a aproximadamente 50% do total de casos existentes. Dessa forma, pode ser feito uma estimativa dos casos existentes a partir dos dados registrados.

No gráfico 1, apresenta-se a prevalência registrada e estimada na Região de São Carlos.

GRÁFICO 1 – Coeficiente de prevalência de hansenfase registrado e estimado na Região de São Carlos (1985 – 1988)



O coeficiente de incidência define o número de pessoas que contraíram uma certa doença, em uma determinada população em um período específico. É utilizado para se verificar a tendência da epidemia e o risco da população de adoecer.

O número de casos registrados ou detectados de hanseníase pode ser utilizado para estimar-se a incidência de hanseníase, no entanto este vem sendo substituído pela taxa de detecção de casos novos, pois a incidência se refere aos casos que tiveram início em determinado período e como a hanseníase é diagnosticada em 80% nas formas polarizadas torna-se difícil definir os casos incidentes no ano.

A taxa de detecção de casos novos traduz mais a

capacidade operacional das atividades diagnósticas do que propriamente de transmissão (05,02).

A taxa de detecção pode corresponder à taxa de incidência e se a detecção for feita precocemente, ou se o intervalo de tempo entre o aparecimento da doença e a detecção, for constante de um ano para outro, ou se, for possível obter a história clínica dos novos pacientes, onde indica-se o início dos primeiros sintomas³.

As tabelas 2 e 3 apresentam os coeficientes de incidência e detecção de casos novos, referentes aos municípios da região e o coeficiente de detecção regional.

TABELA 2 – Coeficiente de incidência de hanseníase nos municípios da Região de São Carlos, período de (1983 – 1988)

| MUNICÍPIO | COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA/1.000 HABITANTES | | | | | |
|-----------------|---|------|------|------|------|------|
| | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| DESCALVADO | 1.82 | 0.89 | 1.73 | 2.55 | 1.66 | 0.40 |
| DOURADO | 1.46 | 4.33 | 0 | 1.41 | 1.40 | 1.38 |
| IBATE | 2.32 | 0 | 1.43 | 0.69 | 1.33 | 1.20 |
| PORTO FERREIRA | 0 | 0.99 | 0.32 | 0 | 0 | 0.93 |
| RIBEIRÃO BONITO | 1.13 | 1.11 | 0 | 2.16 | 0 | 0 |
| SANTA RITA | 0 | 0 | 1.84 | 0.46 | 2.75 | 0 |
| SÃO CARLOS | 0.91 | 0.81 | 0.93 | 0.62 | 0.61 | 0.46 |
| REGIÃO | 0.89 | 0.83 | 0.97 | 0.79 | 0.85 | 0.53 |

TABELA 3 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase nos municípios da Região de São Carlos período de (1983 – 1988)

| MUNICÍPIO | COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA/1.000 HABITANTES | | | | | |
|-----------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| DESCALVADO | 18.3 | 8.79 | 17.59 | 25.79 | 16.84 | 4.12 |
| DOURADO | 14.76 | 43.64 | 0 | 14.10 | 14.06 | 13.94 |
| IBATE | 23.77 | 0 | 14.6 | 7.02 | 13.55 | 13.08 |
| PORTO FERREIRA | 0 | 10.0 | 3.26 | 0 | 0 | 9.4 |
| RIBEIRÃO BONITO | 11.44 | 11.23 | 0 | 21.74 | 0 | 0 |
| SANTA RITA | 0 | 0 | 18.54 | 4.61 | 27.62 | 0 |
| SÃO CARLOS | 9.3 | 8.25 | 9.46 | 6.35 | 6.19 | 4.68 |
| REGIÃO | 9.13 | 8.45 | 9.9 | 8.06 | 8.67 | 5.4 |
| ESTADO DE SP | 9.94 | 9.30 | 9.40 | 8.56 | 0 | 0 |

Para avaliar e interpretar o coeficiente de detecção de casos novos utiliza-se os parâmetros adotados pela Secretaria de Saúde⁴.

- taxa de detecção alta: maior ou igual a 10,0
- taxa de detecção média: entre 2,0 e 10,0
- taxa de detecção baixa: menor que 2,0

A região de São Carlos classifica-se com uma taxa de detecção média, variando de 5,4 até 9,9. Nota-se um declínio gradativo com oscilações desta taxa nos anos estudados. Este declínio é também verificado no Estado de São Paulo⁴.

Esta tendência indica uma diminuição dos casos detectados pelos serviços de saúde e não um efetivo controle da epidemia.

Quanto a proporção de menores de 15 anos entre os casos novos, verifica-se que na Região de São Carlos os valores encontrados foram de 5% e 4,5%, respectivamente em 1986 e 1987, e nos anos de 1985 e

1988 não foram registrados casos em menores de 15 anos.

Os parâmetros utilizados para classificar este indicador são:

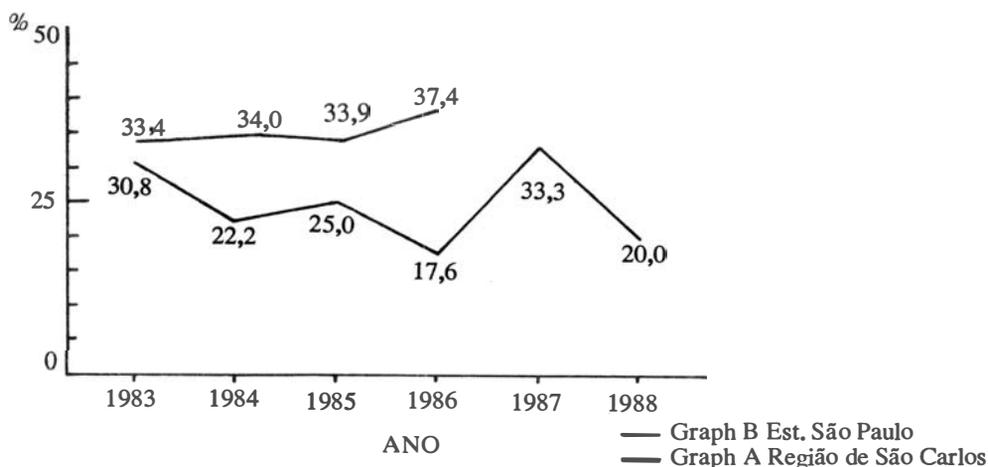
- proporção alta (maior ou igual a 8,0%)
- proporção média (entre 4,0 e 8,0%)
- proporção baixa (menor que 4,0%)

Segundo os parâmetros apresentados, a região de São Carlos enquadra-se em média proporção.

Tal indicador é utilizado como medida de tendência da epidemia, pelo fato de a hanseníase ser considerada uma doença eminentemente adulta, e o deslocamento da incidência para faixas etárias menores de 15 anos, indica que existe um aumento na cadeia de transmissão.

Os dados referentes a proporção de casos tuberculoides entre os casos novos V,D e T são indicados no gráfico 2.

GRÁFICO 2 – Proporção de casos novos da forma T, em relação aos casos V,D e T na Região de São Carlos (1983 – 1988)



Os parâmetros utilizados na análise deste indicador são:

- baixo: menor que 30%
- médio: de 30 a 40%
- alto: maior ou igual a 40%

Na região de São Carlos, tal indicador é considerado em proporção baixa, variando de 17,6 a 33,3%, sendo a maior baixa, apresentada no ano de 1987.

O aumento significativo da forma clínica T, em

relação às outras formas, significa uma piora na cadeia de transmissão, pois já passa a atingir indivíduos com uma certa resistência à doença.

Na tabela 4 apresenta-se a distribuição dos casos novos, segundo a avaliação de incapacidades, onde observa-se que somente 29,8% dos casos novos apresentaram informação quanto a avaliação da incapacidade e 70,2% não continham informação sobre tal avaliação.

TABELA 04 – Incapacidade detectada na ocasião do diagnóstico do caso novo, segundo a forma clínica (1983 – 1988).

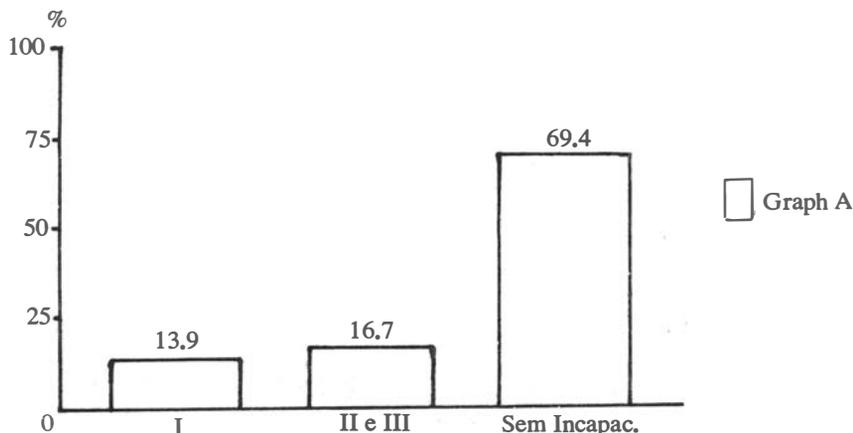
| FORMA CLÍNICA | CASOS NOVOS | | ACIDENTES AVALIADOS | | | | SEM INFORM. % | |
|---------------|-------------|------------|---------------------|------------|-----------|-------------|---------------|-------------|
| | Nº | % | COM INCAP. | SEM INCAP. | TOTAL % | | | |
| V | 53 | 42,9 | 06 | 11 | 19 | 32.1 | 36 | 67.9 |
| D | 17 | 14.8 | 01 | 03 | 04 | 23.5 | 13 | 76.5 |
| I | 25 | 20.7 | 02 | 09 | 11 | 44.0 | 14 | 56.0 |
| T | 23 | 19.0 | 02 | 01 | 03 | 13.0 | 20 | 87.0 |
| SEM CLASS. | 03 | 2.4 | 0 | 01 | 01 | 33.3 | 02 | 66.7 |
| TOTAL | 121 | 100 | 11 | 25 | 36 | 29.8 | 85 | 70.2 |

Os dados referentes a incapacidade são falhos, devido ao descaso dos profissionais de saúde quanto a avaliação de incapacidades, e conseqüentemente ao registro de dados referente à atividade. Acrescidos a estes fatores está a deficiência da ficha de investigação

epidemiológica, que não possui um campo específico para o registro do paciente sem incapacidade e a falta de treinamento adequado quanto ao seu preenchimento.

A proporção de pacientes com incapacidade grau I, II e III é apresentada no gráfico 3.

GRÁFICO 3 – Casos novos avaliados com incapacidade I, II e III na Região de São Carlos (1983 – 1988)



Na análise das incapacidades grau II e III, utilizam-se os seguintes parâmetros:

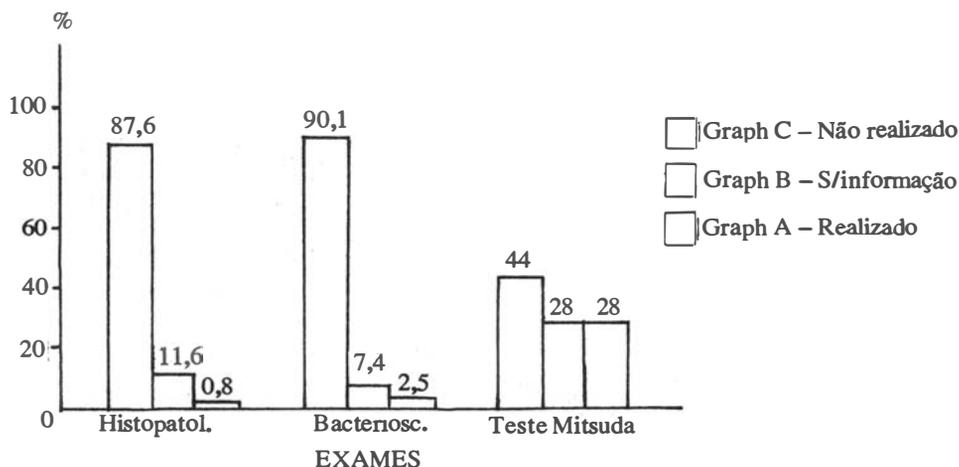
- proporção alta: maior ou igual a 20%
- proporção média: entre 10 e 20%
- proporção baixa: menor que 10%

A região de São Carlos, apresenta-se com uma proporção de 16,7% com grau de incapacidade II e III, sendo considerado nível médio.

Este indicador mostra a deficiência do serviço na detecção dos casos em suas formas avançadas, ou seja, apresentando já deformidades.

Os exames realizados na ocasião do diagnóstico dos casos novos são descritos no gráfico 4, onde observa-se que 87,6% dos casos novos realizaram o exame histopatológico e 90,1% o bacterioscópico.

GRÁFICO 4 – Proporção de exames realizados na ocasião do diagnóstico na Região de São Carlos (1983 – 1988)

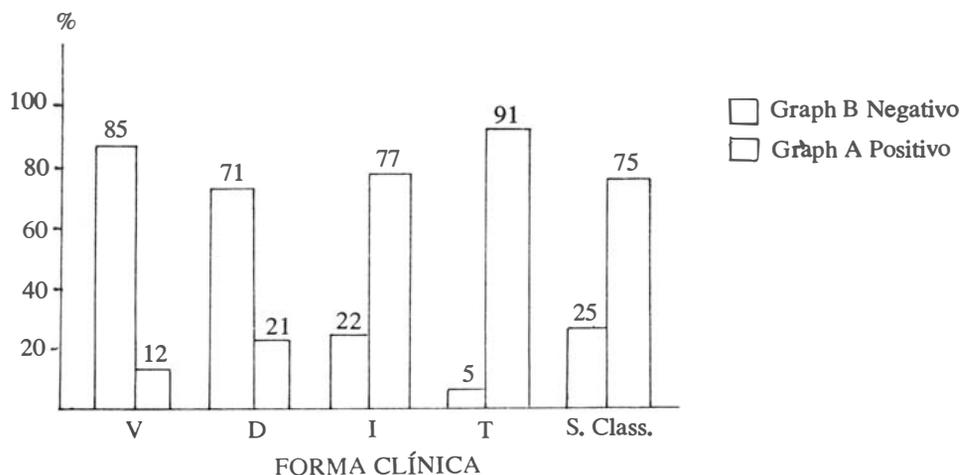


Considerando que o teste de Mitsuda tem valor prognóstico, apenas 44% dos casos novos realizaram o teste na ocasião do diagnóstico. O teste de Mitsuda é indicado, prioritariamente, para os doentes da forma I e comunicantes.

No gráfico 5, apresenta-se o resultado das bacte-

rioscopias realizadas nos casos novos no período em estudo. Observa-se um percentual de positividade entre os multibacilares de 85% para forma V e 71% para a forma D, e de negatividade entre os paucibacilares de 77% para a forma I e 91% para a forma T.

GRÁFICO 5 – Resultado da Bacterioscopia dos casos novos, segundo a forma clínica na Região de São Carlos (1983 – 1988)



Esta proporção de positividade na forma I (22%), pode demonstrar erro de classificação do caso. Os resultados do teste de Mtsuda são apresenta-

dos na tabela 5, onde verifica-se que, do total de testes realizados, 37,7% foram positivos e 58,5% negativos.

TABELA 05– Resultado do teste de Mtsuda realizado nos casos novos segundo a forma clínica na região de São Carlos (1983 – 1988).

| RESULTADO MITSUDA | U | | D | | I | | T | | Total | % |
|----------------------------------|----|------|----|-----|----|------|----|------|-------|------|
| | % | | % | | % | | % | | | |
| * | 0 | 0 | 0 | 0 | 05 | 29.4 | 04 | 33.3 | 09 | 17.0 |
| ** | 0 | 0 | 0 | 0 | 05 | 29.4 | 05 | 41.7 | 10 | 18.0 |
| *** | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 5.9 | 0 | 0 | 01 | 1.9 |
| NEGATIVO AGUARD. RESULTADO | 16 | 94.1 | 07 | 100 | 05 | 29.4 | 03 | 25.0 | 31 | 58.5 |
| TOTAL | 01 | 5.9 | 0 | 0 | 01 | 5.9 | 0 | 0 | 02 | 3.8 |
| | 17 | 100 | 07 | 100 | 17 | 100 | 12 | 100 | 53 | 100 |

Observa-se que dentre os casos V e D testados, 95,8% são negativos, e o restante aguardando resultado.

Tal fato confirma que é desnecessária a realização do teste nas formas V e D, uma vez que ele, invariavelmente, será negativo.

A positividade do teste de Mitsuda na forma T é de 75%, o que caracteriza o resultado dessa forma clínica.

No entanto, observou a ocorrência de 25% de resultados negativos, o que pode sugerir erro de classificação, aplicação do teste etc.

A proporção de doentes atendidos pode ser visualizada considerando-se o número de doentes atendidos do total de casos em registro ativo, conforme demonstrado na tabela 6.

TABELA 06– Proporção de doentes atendidos nas unidades de saúde da região de São Carlos (1985 – 1988).

| ANO | Pacientes em Registro | Pacientes Examinados | % |
|-------|-----------------------|----------------------|------|
| 1985 | 303 | 295 | 97.4 |
| 1986 | 315 | 310 | 98.4 |
| 1987 | 319 | 317 | 99.4 |
| 1988 | 326 | 324 | 99.4 |
| TOTAL | 1263 | 1246 | 98.7 |

Os parâmetros utilizados na interpretação deste indicador são:

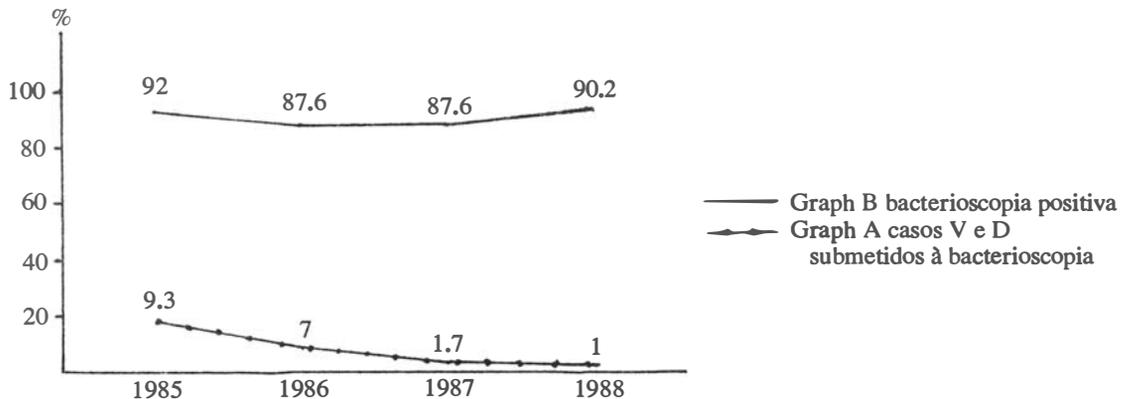
- proporção boa: maior ou igual a 90%
- proporção regular: entre 75 e 90%
- proporção precária: menor que 75%

Analisando-se estes dados, conclui-se que no período em estudo, existe uma proporção boa de doentes atendidos na Região de São Carlos. Este indi-

cador pode ser utilizado para avaliar a cobertura de atendimento do serviço, no entanto, tal indicador leva em consideração somente o último atendimento no ano, e não fornece dados referentes ao acompanhamento durante o ano.

Observa-se no gráfico, a distribuição dos casos V e D submetidos a bacterioscopia, bem como a proporção de positividade no seu resultado.

GRÁFICO 6 – Proporção de casos V e D submetidos a Bacterioscopia e casos com Bacterioscopia positiva na Região de São Carlos (1985 – 1988)



Para análise da proporção dos casos submetidos a bacterioscopia, utiliza-se os seguintes parâmetros:

- proporção boa: maior ou igual a 80%
- proporção regular: entre 50 a 80%
- proporção precária: menor que 50%

A proporção deste indicador é considerada boa no período estudado, variando de 87,6% a 92,0%.

Em relação a positividade entre os casos analisados, encontra-se um declínio gradativo da proporção encontrada, no período.

A importância destes resultados reside no fato de que os casos contagiantes da doença estão em controle, diminuindo desta forma a cadeia de transmissão da doença.

4 CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento do trabalho pode-se notar uma grande deficiência nos instrumentos de coleta de dados, tanto nas planilhas de acompanhamento, como das fichas epidemiológicas. Desta forma, são poucos os indicadores de saúde que podem ser utilizados para avaliação do programa.

Acrescidos a este fato, encontra-se o despreparo dos profissionais que desenvolvem as atividades do programa de controle, na obtenção de informação e no preenchimento dos instrumentos, comprometendo a fidedignidade dos dados.

Outro fator que pode comprometer o desenvolvimento do programa é o desconhecimento de critérios, por parte dos profissionais, tanto em relação ao diagnóstico e classificação, como na inclusão e exclusão de pacientes do programa de controle.

Percebe-se, ainda, que o sistema de registro de notificação compulsória é falho e que devem existir muitos outros casos de hanseníase não notificados, e portanto, sem controle.

Apesar de se observar uma tendência à diminuição do coeficiente de prevalência, no Estado de São Paulo, na Região de São Carlos não existe tal tendência. Supõe-se que tal fato seja justificado em parte pela resistência à alta por cura, tanto dos profissionais de saúde quanto dos próprios pacientes.

Quanto ao coeficiente de detecção, observa-se uma gradativa diminuição no período estudado em consonância com os dados referentes ao Estado de São Paulo. Isto indica uma ineficiência dos serviços de saúde e o não controle da endemia.

Atualmente, um grupo de estudo de hanseníase da Secretaria da Saúde vem promovendo discussões para realização do Programa de Controle de Hanseníase, procurando com isso propor uma reformulação do Programa na tentativa de atingir um efetivo controle da doença. Paralelamente, discute-se projetos de implantação da poliquimioterapia para hanseníase na rede de saúde.

Com estas iniciativas, espera-se que o programa seja incrementado e que de fato seja exercido um controle efetivo da endemia.

No nível regional, necessita-se da organização de uma equipe multiprofissional para treinamento e reciclagem de profissionais e supervisão sistemática dos serviços de saúde que prestam assistência na área de hanseníase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL, Leis, decretos etc. Portaria nº 1 de 09 de Outubro de 1987 da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de outubro de 1987.
- 2 FRAGELLI, B. O Vice da Lepra : O Brasil é o único país onde a doença cresce. *Isto é / Senhor*, 996:44 de 19 de outubro de 1984.
- 3 LECHAT, M.F. et alii. Analysis of trends in the occurrence of Leprosy. *Wld Hlth. statist quant.* 39:129-137, 1986.
- 4 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Genebra – Suíça, *Epidemiologia de la lepra em Relación con la Lucha Antileprosa* Série de Informes técnicos nº 716, 1985.
- 5 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. La Lepra en las Américas. *Boletim Epidemiológico*, 4 (6): 1-7, 1983.
- 6 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de avaliação do subprograma de controle da hanseníase (SPCH)*. 1986 (mimeografado).

ASSINE E PARTICIPE DA REBE

**ENVIANDO TRABALHOS, RESUMOS DE TESES, RESENHAS DE LIVROS, EXPERIÊNCIAS E SUGESTÕES.
SUA COLABORAÇÃO É IMPORTANTE!**