

Isabela Maria Bernardes Goulart¹

Márcia Silva Santos²

Denise Lara Oliveira Muniz²

Fernando Maciel Barbosa²

Jesus Cardoso Netto²

Johsie Gomide Magalhães Chaves²

Júlia Torella Guedes²

Luana Benedetti de Queiroz²

Viviany Araújo Nascimento²

Yara de Assis Silva²

CARACTERIZAÇÃO DA ENDEMIA HANSÊNICA NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA - MINAS GERAIS, BRASIL 1996-2000

Leprosy endemic characterization in Uberlândia-Minas Gerais, Brazil 1996-2000

RESUMO

Para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no Brasil até o ano 2005, o Sistema Único de Saúde seguiu a proposta de descentralização das ações de controle da hanseníase. Para tanto, faz-se necessário conhecer a magnitude deste agravo, por meio de indicadores epidemiológicos e operacionais e da estimativa da prevalência oculta, a fim de planejar estratégias de ação e avaliar seus resultados, respeitando as realidades locais e regionais. Para caracterizar a endemia hansênica e estimar a prevalência oculta no município de Uberlândia realizou-se um estudo analítico retrospectivo das 613 fichas de casos notificados no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000, pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Os resultados demonstraram uma estimativa de prevalência oculta de 142 casos até o ano 2000, elevando a prevalência oficial de 4,47/10.000 habitantes para uma taxa de prevalência real de 7,39/10.000 habitantes. Os distritos sanitários com maior estimativa de prevalência oculta apresentaram também aumento do coeficiente de detecção em menores de 15 anos e coincidiram com áreas onde predominam os antigos focos da doença. Com a identificação das áreas prioritárias, relacionaram-se os fatores técnico-operacionais como fatores que impediram o controle da hanseníase. Com isso, almeja-se sensibilizar os gestores do SUS no município, para propor uma política de saúde

Goulart JMB, Santos MS, Muniz DLO, Barbosa FM, Netto Cardoso J, Chaves JGM, et al. Caracterização da endemia hansênica no município de Uberlândia - Minas Gerais, Brasil 1996-2000. *Hansen Int* 2006, 31(1): 33-40.

que priorize a qualidade e hierarquização da assistência, através de uma capacidade resolutiva consolidada na competência dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de mecanismos de articulação e mobilização da sociedade para eliminação da hanseníase em nível municipal até 2010.

Palavras-chave: hanseníase; epidemiologia; prevalência; prevalência oculta; Políticas Públicas de Saúde; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Aiming to eliminate leprosy as a public health problem in Brazil until 2005, the SUS (Unique Health System) in each city, with the purpose of decentralization of leprosy's control actions, had the necessity of knowing the damage size through operational and epidemiological indicators and not detected (hidden) prevalence, in order to plan new action strategies and evaluate their results, respecting local and regional realities. To

Recebido em 25/09/06.

Última correção 04/07/2007.

Aceito em 05/07/2007

1 Isabela Maria Bernardes Goulart Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina. Av: Pará, 1720. Bloco 2H. UFU - Campus Umuarama. CEP 38400-902. Uberlândia /MG. ((34) 3218-2246; Fax: (34) 3216-7872. imbgoulart@ufu.br ou isagoulart@centershop.com.br Centro de Referência. www.credsh.ufu.br. Prof^a. do Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia/MG. Chefe do Serviço de Dermatologia Sanitária/Hansenologia - Hospital de Clínicas - Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatologia Sanitária - UFU/MG.

2 Acadêmicos do 6º ano do Curso de Medicina - UFU credsh@hc.ufu.br

characterize the leprosy endemy and estimate the occult prevalence in Uberlândia, a retrospective analytic study was realized with a survey of 613 dossiers of leprosy patients during the period from January, 1996 to December, 2000, by SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). The results showed an occult prevalence estimative of 146 cases until 2000, increasing the official prevalence from 4,47/10.000 inhabitants to a real prevalence rate of 7,39/10.000 inhabitants. The sanitary (health) districts with higher occult prevalence estimative also demonstrated an increase of the detection coefficient in people under 15 years old and coincided with those areas where predominated the old disease focus (clusters). With an identification of priority areas, technical and operational factors were listed as factors which impede the leprosy control. Therefore, it's craved to touch the SUS managers in the city, in the direction of proposing a health policy which prioritizes the quality of assistance and it's hierarchy by a resolute capacity consolidated in the health professional's competence and in the development articulation and society mobilization mechanisms to eliminate leprosy until 2010.

Key words: leprosy; epidemiology; prevalence; prevalence undetected (hidden); Health Public Policy; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

No Brasil, embora o Programa Nacional de Controle da Hanseníase tenha passado por reformas estruturais, o objetivo de cumprir a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública até o ano 2000, posteriormente até 2005, quando se esperava alcançar a taxa de prevalência de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes, não foi atingido¹. A introdução de um novo esquema terapêutico mais potente e de menor duração, a poliquimioterapia (PQT), foi a responsável pela rápida redução na prevalência da doença, fazendo parte do plano de ação global elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1991².

À medida que a prevalência vem se reduzindo, a detecção da hanseníase não parece sofrer alteração. Em 2000, 43.175 casos novos (2,70/10.000 habitantes) foram detectados no Brasil e em 2005, 38.410 casos, com um coeficiente de detecção de 2,09/10.000 habitantes, configurando um parâmetro alto de endemia. Esta manutenção das taxas de detecção pode estar indicando que estamos apenas atuando sobre o estoque de casos existentes diagnosticados tardiamente (base operacional), estimando uma prevalência oculta ou ainda deve-se avaliar nos próximos anos se há aumento da transmissão e, conseqüentemente da incidência (base epidemiológica).³

A OMS recomenda que se utilizem indicadores de saúde que permitam avaliar indiretamente a real magni-

tude da doença ou, pelo menos, classificar as diferentes áreas segundo o nível endêmico, independentemente do número de casos conhecidos da moléstia⁴.

Três indicadores epidemiológicos têm sido utilizados com essa finalidade: a proporção de casos novos multibaciares (MB); a proporção de menores de 15 anos entre os casos novos detectados e a proporção de doentes já com incapacidades físicas por ocasião do diagnóstico^{3,5}.

As características da hanseníase (longo período de incubação, evolução lenta, sintomas clínicos insidiosos) assim como as deficiências operacionais (cobertura limitada, pessoal não capacitado) oferecem dificuldades na identificação e diagnóstico dos casos, principalmente nas fases iniciais da doença e mesmo nos casos avançados⁶. Essa situação faz considerar que existe uma prevalência oculta não detectada, o que, além de ocasionar complicações ao doente (incapacidades permanentes) deve influir na manutenção da cadeia de transmissão. Os programas de controle da hanseníase, em todos os níveis do sistema de saúde, têm necessidade de conhecer a magnitude desta prevalência oculta, a fim de planejar suas ações e avaliar os resultados das mesmas, por meio da estimativa da prevalência não detectada e com esta a da prevalência real⁶.

No município de Uberlândia, no final da década de 70 e início da década de 80, adequou-se à estruturação do modelo assistencial proposto pelas políticas públicas de saúde vigentes nesse período, as quais tinham como um de seus princípios básicos a descentralização das decisões de saúde⁷. Pôs em prática, então, em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, finalmente, na década de 90, as normas constitucionais do SUS⁷.

Nesse sentido, a municipalização em Uberlândia tem buscado reunir estratégias de organizações do serviço que possam auxiliar na construção social do SUS. Dentre essas estratégias, a concepção de Distrito Sanitário foi incorporada como premissa operacional a partir de 1996, quando a cidade foi dividida em cinco distritos sanitários: Norte (DSN), Central (DSC), Sul (DSC), Oeste (DSO), Leste (DSL)⁷.

O distrito sanitário é uma base organizacional e operativa do SUS que visa reordenar os serviços de saúde em nível local. Caracteriza-se por certo espaço geográfico, populacional e administrativo, no qual há a criação de instâncias de coordenação das redes de estabelecimentos de saúde⁸. Desse modo facilita a localização dos reais problemas e possibilita a elaboração de estratégias eficazes no controle das endemias.

Tendo por base a distritalização municipal e a estimativa da prevalência oculta por distrito sanitário, o presente trabalho visa fornecer subsídios para a formulação e prática de medidas eficazes no controle da hanseníase pelo Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, gestora do SUS, e assim concretizar a meta de eliminação da endemia em nível municipal até o ano de 2010.

Os objetivos deste trabalho foram: caracterizar a endemia hansênica no município de Uberlândia no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000; estimar a prevalência oculta para 2000 por distrito sanitário no município de Uberlândia; identificar as regiões de maior endemia oculta visando intensificação das ações de controle para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e, por último, proporcionar análise comparativa das ações do programa no período posterior (2001 a 2005) para validação dos indicadores de tendência da endemia hansênica.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a análise da situação epidemiológica da hanseníase no município de Uberlândia, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2000, foi realizado um estudo analítico retrospectivo revisando 613 fichas de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) que inclui as seguintes variáveis: identificação do serviço de saúde; identificação do paciente; dados clínicos e laboratoriais: baciloscopia, teste Mitsuda, histopatologia e forma clínica; exame dermato-neurológico; registro de incapacidades; modo de descoberta; tipo de entrada e esquema terapêutico.

Os dados referentes aos casos de hanseníase foram fornecidos pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Para o cálculo dos coeficientes de prevalência e detecção no período avaliado, foram fornecidos pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Uberlândia os dados demográficos obtidos pelo censo populacional ou a partir de estimativas de população produzidas pela mesma e o mapa do município de Uberlândia contendo os seguintes Distritos Sanitários: Distrito Sanitário Norte (DSN), Distrito Sanitário Sul (DSS), Distrito Sanitário Leste (DSL), Distrito Sanitário Oeste (DSO), Distrito Sanitário Central (DSC) e Área Rural (AR).

Com base nesses dados, foram calculados, para o município e cada um de seus 5 (cinco) distritos sanitários e área rural, os seguintes indicadores epidemiológicos para os casos de hanseníase residentes, adotados pelo Ministério da Saúde:

- 1 coeficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes;
- 2 coeficiente de detecção anual de casos novos por 10.000 habitantes;
- 3 coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos por 10.000 habitantes;
- 4 percentagem de casos com incapacidade grau 2 entre os casos novos detectados e avaliados no ano.

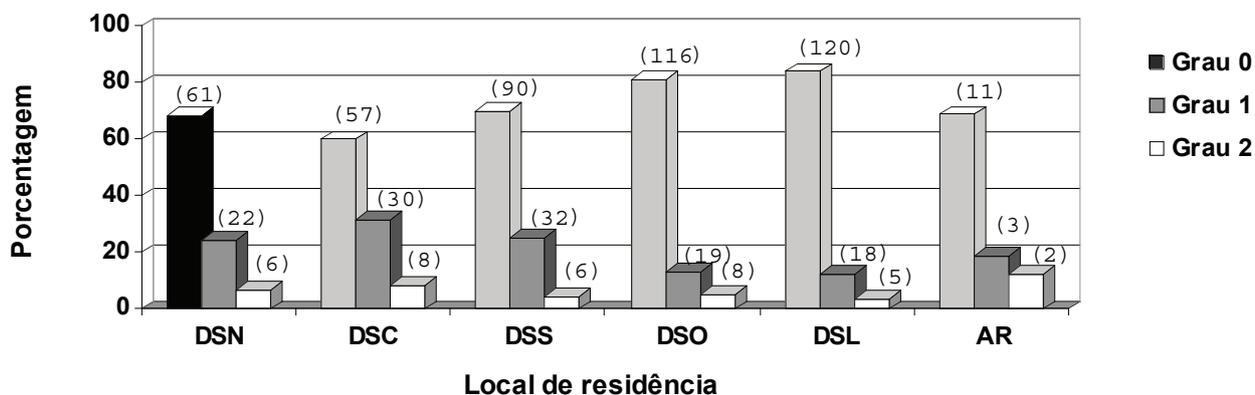
Para análise da endemia oculta, utilizou-se a fórmula para estimativa de casos não detectados proposta por Suarez e Lombardi⁶, na qual divide-se a percentagem de incapacitados pelo número de casos novos, sendo necessário, para isso, análise dos 5 anos anteriores àquele que se quis estimar. As informações necessárias em cada ano para a estimativa da prevalência oculta foram: a) casos novos; b) número de casos avaliados quanto ao grau de incapacidade; c) número de incapacitados grau 2; d) porcentagem de incapacitados (c/b); e) estimativa de casos não detectados (d/a).

A estimativa da prevalência real foi obtida através da soma da prevalência conhecida ou de registro à estimativa de prevalência oculta

RESULTADOS

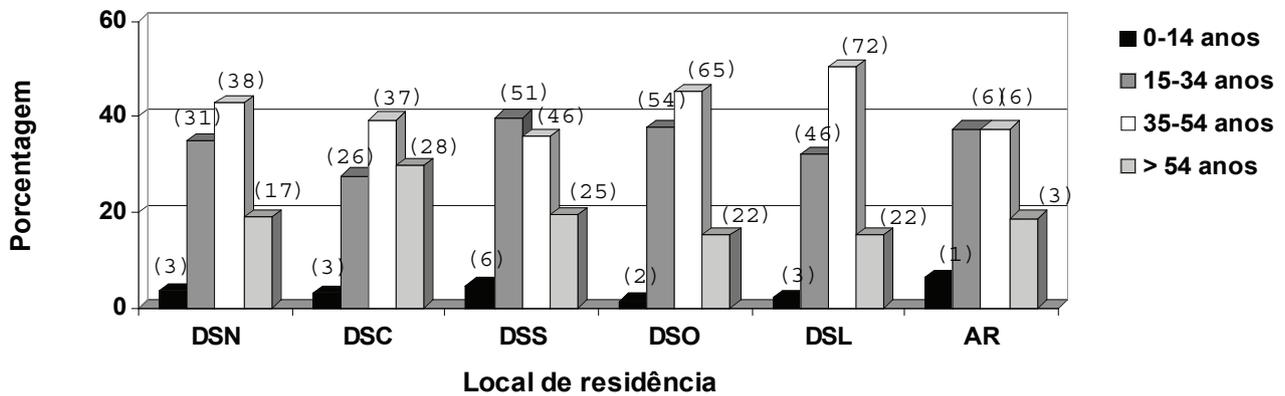
Foram notificados 613 casos de hanseníase, sendo que os portadores da doença residiam em um dos cinco distritos sanitários ou na área rural da cidade e estavam assim distribuídos: 143 pacientes (23,33%) no distrito sanitário oeste (DSO); 143 casos (23,33%) no distrito sanitário leste (DSL); 128 casos (20,88%) no distrito sanitário sul (DSS); 94 casos (15,33%) no distrito sanitário central (DSC) e 7 casos (1,14%) no distrito sanitário norte (DSN).

Gráfico 01. Distribuição percentual dos pacientes portadores de hanseníase (número absoluto entre parênteses), por distrito sanitário de residência e área rural, segundo grau de incapacidade, Uberlândia- MG, janeiro de 1996 a dezembro de 2000.



Fonte: Fichas de notificação da Secretaria de Estado da Saúde-MG

Gráfico 02. Distribuição percentual dos pacientes portadores de hanseníase por distrito sanitário de residência e área rural, segundo faixa etária, Uberlândia- MG, janeiro de 1996 a dezembro de 2000.



Fonte: Fichas de notificação da Secretaria de Estado da Saúde-MG

(DSC); 89 casos (14,52%) no distrito sanitário norte (DSN) e 16 casos (2,61%) na área rural (AR).

No que se refere à distribuição do grau de incapacidade do paciente no diagnóstico, observou-se a predominância do grau zero (0) com 455 casos (74,23%) assim distribuídos: 120 pacientes (83,92%) com grau 0 no DSL; 116 pacientes (81,12%) no DSO; 90 pacientes (70,31%) no DSS; 11 pacientes (68,75%) na AR; 61 pacientes (68,54%) no DSN e 57 pacientes (60,64%) no DSC (Gráfico 01). Com relação aos graus 1 e 2, foi observado um total de 158 pacientes (25,77%), destacando-se um predomínio de 38 casos (24,05%) tanto no DSC como no DSS.

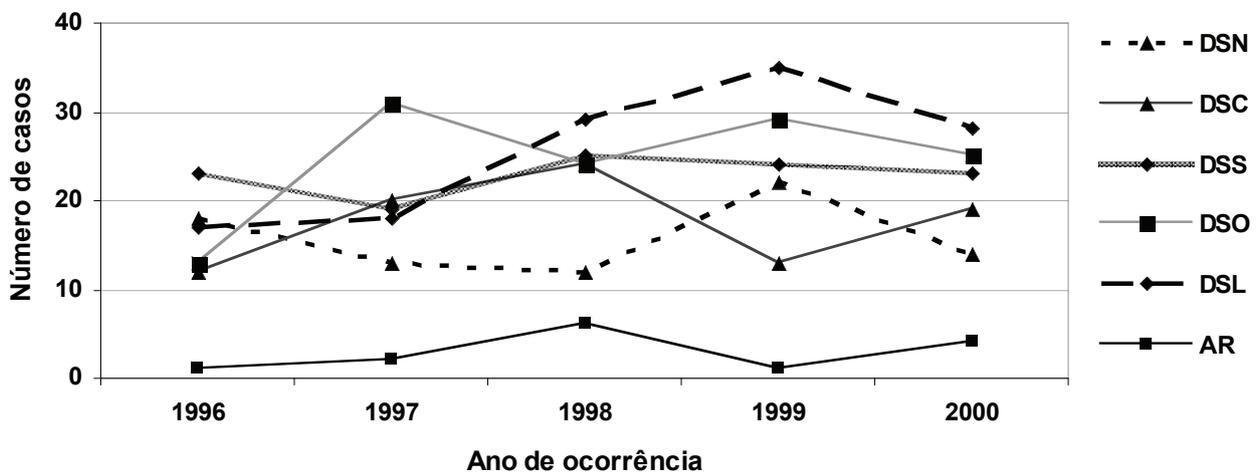
Na divisão por distrito sanitário, assim como no município de Uberlândia, houve predomínio da faixa etária de 35 a 54 anos, com exceção do DSS, onde a faixa de 15 a 34 anos foi a mais observada, com 51 casos (39,84%). Na AR, verificou-se que as faixas etárias de 15 a 34 anos e 35 a

54 anos foram predominantes, com 6 casos (37,50%) cada uma. Em todos os distritos e na área rural, a faixa de idade menos acometida foi a de 0 a 14 anos (Gráfico 02).

O número de casos novos detectados entre os anos de 1996 e 2000 foi de 544 no município de Uberlândia, com a seguinte distribuição por distrito sanitário: 127 casos (23,34%) no DSL; 122 (22,43%) no DSO; 114 (20,96%) no DSS; 88 (16,18%) no DSC e 79 (14,52%) no DSN. Somando-se a essa distribuição, 14 casos novos (2,57%) ocorreram na área rural (Gráfico 03).

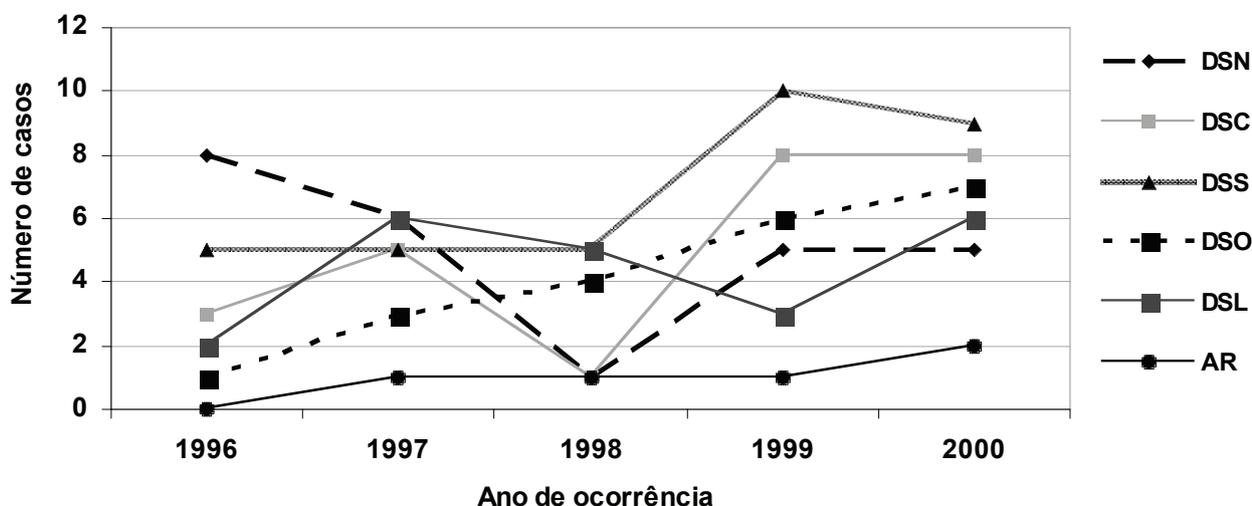
Em relação à prevalência oculta (casos que permanecem na comunidade sem diagnóstico, perpetuando focos de infecção da doença), estimou-se que, do ano de 1996 ao ano de 2000, no município de Uberlândia, 142 casos não foram detectados, sendo a maior proporção desses no ano de 2000, com 37 casos (26,06%).

Gráfico 03. Distribuição de casos detectados de hanseníase, por distrito sanitário de residência e área rural, Uberlândia- MG, janeiro de 1996 a dezembro de 2000.



Fonte: Fichas de notificação da Secretaria de Estado da Saúde- MG.

Gráfico 04. Distribuição de casos de hanseníase não detectados estimados, por distrito sanitário de residência e área rural, Uberlândia-MG, janeiro de 1996 a dezembro de 2000.



Fonte: Fichas de notificação da Secretaria de Estado da Saúde-MG

Considerando-se os distritos sanitários e a área rural, a estimativa da prevalência oculta foi a seguinte: no DSN, o número de casos não detectados baixou de 8 casos em 1996 para 5 casos em 2000; no DSC passou de 3 para 8; no DSS passou de 5 para 9; no DSO, aumentou de 1 para 7; no DSL passou de 2 para 6 e na área rural subiu de 0 para 2. Considerando todos os pacientes do ano de 1996 a 2000, observou-se que o maior número de casos não detectados foi no DSC (24,65%) e DSS (23,94%) (Gráfico 04).

Em dezembro de 2000, a prevalência de hanseníase foi de 224 casos em registro ativo, revelando uma taxa de prevalência de 4,47/10.000 hab. Adicionando-se o número de casos não detectados (142) nos 5 anos considerados ao valor dessa prevalência, obtém-se a prevalência real de 366 casos, revelando uma taxa de prevalência real de 7,31/10.000 hab. (Tabela 01).

Os coeficientes de detecção em menores de 15 anos, no município, foram 0,3/10.000 hab. em 1996 e 0,34/10.000 hab. em 2000, o que significou um aumento

Tabela 02. Dados de prevalência no município de Uberlândia.

Indicadores	Mun. Uberlândia
Prevalência Oculta (soma últimos 5 anos: 1996 a 2000)	142
Prevalência em dezembro de 2000	224
Coefficiente de Prevalência 2000 (oficial)	4,47
Prevalência Real = Prev/2000 + prev. oculta últimos 5 anos	366
Coefficiente de Prevalência Real (oculta + atual/2000)	7,31
Total de casos novos detectados (últimos 5 anos)	544

Fonte: Fichas de notificação da Secretaria de Estado da Saúde- MG.

de 13,33%. Analisando cada distrito sanitário observou-se que o DSN não apresentou casos novos detectados nessa faixa de idade em 1996 e nem em 2000; o DSC, em 1996, não teve nenhum caso e, em 2000, apresentou um coeficiente de 0,37/10000 hab. (1 caso); o DSS apresentou um coeficiente de 0,42/10000 hab. (1 caso) em 1996 e 0,75/10000 hab. (2 casos) em 2000 (aumento

Tabela 01: Indicadores epidemiológicos da hanseníase por distrito sanitário de residência, município de Uberlândia em 2000.

Distrito	População	Detecção		Prevalência		Detecção <15 anos		Proporção MB		Proporção c/ incapacidade grau 2	
		Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
DSN	78702	14	1,78	16	2,03	0	0	11	0,78	1	0,07
DSC	87304	19	2,17	52	5,96	1	0,37	14	0,74	1	0,05
DSS	85908	23	2,68	45	5,24	2	0,75	18	0,78	0	0,00
DSO	103446	25	2,42	57	5,51	0	0	22	0,88	3	0,12
DSL	103446	28	2,71	54	5,22	1	0,31	23	0,82	2	0,07

Fonte: Fichas de notificação da Secretaria de Estado da Saúde- MG.

de 78,57%); no DSO observou-se um coeficiente de 0,7/10000 hab. (2 casos) em 1996 e, em 2000, não foi observado nenhum caso e no DSL, verificou-se um coeficiente de 0,34/10000 hab. (1 caso) em 1996 e de 0,31/10000 hab. (1 caso) em 2000, reduzindo 8,82%.

DISCUSSÃO

Na distribuição dos pacientes por distrito sanitário houve um predomínio daqueles que residiam nos DSO e DSL. A maior detecção do DSO poderia ser justificada pelo fato de nele estar localizado o Centro de Saúde-Escola da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) no Bairro Jaraguá, que é referência especializada em hanseníase no município de Uberlândia e acaba fazendo maior número de notificações de casos que se apresentam como residentes no referido Distrito para não serem descentralizados e poderem manter sua permanência no serviço para tratamento. No DSL, a maior detecção de casos explicar-se-ia pela capacitação, nesse período, da equipe responsável pelo programa de controle da hanseníase na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Custódio Pereira, localizada nesse distrito. A área rural teve a menor porcentagem de casos notificados (2,61%) corroborando com outros trabalhos que demonstram que a hanseníase é um fenômeno eminentemente urbano, haja vista que a alta densidade e grande mobilidade da população, aliados às más condições de vida, amplificam os riscos de doenças contagiosas e endêmicas⁹.

Segundo os dados obtidos sobre grau de incapacidade entre os casos novos, 25,77% apresentaram graus 1 e 2 considerado um valor elevado, revelando um diagnóstico tardio da doença⁶.

A análise das fichas de notificação mostrou que 77,98% dos pacientes pertenciam à população economicamente ativa (15 a 54 anos) o que pode ser justificado pelo maior tempo de exposição e mais frequentes contatos intracomunitários da população dessa faixa etária e, portanto, maior probabilidade de infecção^{6,10,11}.

A partir da análise do número de casos novos, do ano de 1996 ao ano de 2000, no município de Uberlândia, observou-se um aumento na detecção de um ano para o outro, com exceção do ano de 1999 para 2000. O incremento pode ser explicado por uma melhoria nas atividades de controle da doença ou mesmo pelo aumento da transmissão da doença, fato difícil de se comprovar, uma vez que não dispomos de indicadores epidemiológicos suficientes para essa conclusão.

O coeficiente de detecção em menores de 15 anos é um dos melhores coeficientes para se determinar a magnitude da hanseníase e sua força de morbidade^{5,12}. No município de Uberlândia, houve um aumento de 13,34% no coeficiente de detecção em menores de 15 anos de 1996 para 2000.

Os distritos sanitários que contribuíram para este aumento nas taxas de casos novos em menores de 15 anos foram os DSC e DSS com 0,37/10.000 habitantes e 0,75/10.000 habitantes, respectivamente, o que poderia indicar uma manutenção da endemia nessas regiões. No DSN não se observou nenhum caso novo em menores de 15 anos no período em estudo. Nos DSL e DSO houve uma redução neste coeficiente, apresentando em 2000, 0,31/10.000 habitantes e coeficiente nulo, respectivamente. Na área rural detectou-se 1 caso novo menor de 15 anos nesse mesmo ano.

A redução no coeficiente de detecção em menores de 15 anos, provavelmente, deve refletir uma diminuição da transmissão intradomiciliar e, em consequência, uma queda na taxa de morbidade nessa faixa etária. Em contrapartida, o aumento desse coeficiente poderia indicar uma alta endemicidade e conseqüentemente uma alta taxa de infecção no domicílio ou perto dele¹³. Em um estudo realizado na Indonésia em 1999, observou-se que, enquanto 28% dos casos detectados de hanseníase eram contatos domiciliares, no mínimo 80% de todos os casos novos poderiam estar relacionados também a outros doentes, incluindo na definição de contatos os vizinhos e pessoas na sociedade que mantinham contato com o doente (contatos sociais). Para tal fato se aplica o princípio da pedra no lago, que é utilizado para o exame de contatos de casos de tuberculose, no qual os contatos são definidos em círculos concêntricos em torno do doente¹⁴.

No município de Uberlândia, do ano de 1996 ao ano de 2000, 142 casos deixaram de ser detectados e colocados em tratamento, destacando-se o ano de 2000 que obteve a maior estimativa de prevalência oculta, isto é, casos que permaneceram na comunidade sem diagnóstico, perpetuando focos de infecção da doença. Se essa prevalência oculta fosse considerada, Uberlândia deveria ter diagnosticado, no período de estudo, um total de 366 casos de hanseníase (prevalência real) ao invés de 224 casos.

Com exceção do DSN que, do ano de 1996 para 2000, teve uma redução no valor da prevalência oculta, os demais distritos e área rural tiveram um significativo aumento dessa fração da prevalência. Observou-se, a partir de então, que os DSC e DSS obtiveram os maiores valores percentuais dessa estimativa de casos não diagnosticados. Isso poderia ser justificado pelas próprias características da doença como longo período de incubação, evolução lenta, sintomas clínicos não evidenciáveis e às vezes de difícil observação para o paciente. Além disso, as deficiências operacionais como cobertura limitada e pessoal não treinado também poderiam explicar a dificuldade na identificação e diagnóstico dos casos^{6,15}.

Historicamente, esses distritos, central e sul, foram os redutos dos casos antigos de hanseníase que vieram dos hospitais-colônias quando acabou o isolamento

compulsório no Brasil, e se instalaram nessa região, sendo tratados na época apenas com monoterapia sulfônica. Com o advento da poliquimioterapia muitos já haviam recebido alta e não voltaram para revisão de sua situação clínica e controle de tratamento. Esse fato não pode ser desmerecido quanto à discussão de uma endemia oculta, haja vista que, alguns desses pacientes foram submetidos à tratamento insuficiente, estão com retorno de sintomas e sinais e não comparecem aos serviços para diagnóstico porque, além de se considerarem tratados, mantém o medo de serem estigmatizados com o diagnóstico da doença, o que poderia levar à recidiva de hanseníase e manutenção de casos sem diagnóstico na população.

Por outro lado, de acordo com as informações da SMS do município de Uberlândia, essas regiões não possuem equipe multiprofissional completa com disponibilidade para dar cobertura suficiente ao programa. Considera-se que, mesmo a capacitação não é suficiente para levar subsídios à equipe para estar reavaliando o quadro epidemiológico dos distritos onde as unidades estão inseridas, uma vez que há falta de supervisão nos serviços.

Este quadro configura os fatores operacionais que interferem na integração do programa como atividade de rotina nas unidades de saúde e refletem basicamente a inadequação dos serviços quanto à motivação para o controle da hanseníase¹⁶.

De acordo com Goulart et. al.¹⁵, quanto aos fatores operacionais que interferem no programa de controle da hanseníase pode-se destacar a falta de iniciativa do serviço, o número insuficiente de médicos e seu despreparo, pouca observância das normas de controle quanto à vigilância de contatos, associados a uma baixa remuneração e falta de perspectiva dos profissionais, além da ausência de supervisão e apoio.

Na análise dos indicadores epidemiológicos, verifica-se que os cinco distritos sanitários comportam-se de maneira similar, o que dificulta uma conclusão precisa a respeito da influência desses indicadores na caracterização da endemia de cada uma deles.

Para esse trabalho, de acordo com a literatura^{6,15}, optou-se por priorizar dois indicadores, coeficiente de casos novos na população de 0 a 14 anos (um indicador de tendência) e a porcentagem de incapacidades entre os casos novos detectados e avaliados no ano, considerado um indicador que poderia estimar a prevalência oculta numa determinada área (uma estimativa de casos prevalentes não diagnosticados), porque poderiam mostrar maior adequação para uma análise epidemiológica da hanseníase

se nos municípios, visando identificar as regiões de maior endemia oculta e intensificar as ações de controle inseridas no Programa de Saúde da Família, para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Esses dois indicadores mostraram numa análise de tendência que os distritos prioritários do município de Uberlândia para ações de controle imediatas são o DSC e o DSS.

A estimativa da prevalência oculta e a porcentagem de menores de 15 anos detectados foram os indicadores escolhidos para o planejamento de ações no SUS municipal e a intervenção do Programa de Saúde da Família (PSF) até as referências especializadas, que devem objetivar a detecção de todos os pacientes de hanseníase e o controle dos focos de transmissão da doença em todos os distritos, fazendo com que os mesmos atinjam níveis de prevalência aceitáveis (menor que 1 paciente para 10.000 habitantes) até 2005, seguindo o plano de eliminação da hanseníase proposto pela OMS¹⁶. Dessa forma, em estudo posterior, com avaliação do período de 2001 a 2005 no município de Uberlândia, uma validação desses indicadores escolhidos poderá ser feita visando propor uma estratégia para o treinamento das equipes do PSF e a sustentabilidade da eliminação da hanseníase em nível municipal até 2010¹⁷.

Além disso, espera-se também sensibilizar as autoridades sanitárias do município para uma contínua intervenção sobre esta doença, visando diminuir sua magnitude e transcendência, através de uma política de saúde que possa priorizar a universalidade, equidade e hierarquização, princípios norteadores do SUS, com ênfase na qualidade da assistência aos pacientes, por meio de uma capacidade resolutiva baseada na competência dos profissionais de saúde; dessa forma, sustentar a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, conferindo-lhe o conceito de doença comum e retirando todo o peso da exclusão que seus portadores vêm sofrendo desde os tempos bíblicos.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, em especial, à Dra. Maria Cristina Moura de Ávila Coelho e à assistente social Aparecida Helena Teixeira de Oliveira, pela colaboração na tarefa de localizar dados necessários à pesquisa. Aos professores Dr. Luiz Ricardo Goulart Filho e Luis Fernando C. Pinto, pelos seus conhecimentos da língua inglesa que muito nos auxiliaram.

À FAPEMIG pelo suporte financeiro.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR) /SPS/DGSP/CENEPI/FNS. Hanseníase no Brasil, progressos e dificuldades em relação à eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- 2 World Health Assembly. Leprosy Resolution WHA 44.9. Forty-Fourth World Health Assembly, 13 May; 1991.

- 3 Ministério da Saúde (BR) /SPS/DAB. Dados do programa de controle da hanseníase em 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 4 International Leprosy Association. Report of the ILA Technical Forum. *Int J Lepr Other Myc Dis* 2002; 70(Suppl):62p.
- 5 Ferreira J. Validade do grau de incapacidade como indicador de diagnóstico tardio de hanseníase. *Hansenol int* 1998; (n. esp):79-85.
- 6 Suárez REG, Lombardi C. Estimado de prevalência de lepra. *Hansen int* 1997; 22(2):31-4.
- 7 Ramos LBM. Perfil do usuário e sua perspectiva na utilização e na avaliação de unidades básicas de saúde [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2001.
- 8 Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco; 1999.
- 9 Andrade VLG. A urbanização do tratamento da hanseníase. *Hansen int* 1995; 20(2):51-9.
- 10 Joplin WH, McDougall AC. Manual de Hanseníase. Brasil: Livraria Atheneu Editora; 1991.
- 11 Izumi S, Budiawan T, Saeki K, Matsuoka M, Kawatsu K. An epidemiological study on *Mycobacterium leprae* infection and prevalence of leprosy in endemic villages by molecular biological technique. *Indian J Lepr* 1999; 71:37-43.
- 12 Andrade VLG. Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1996.
- 13 Oskam L, Slim E, Bühner-Sékula S. Serology: recent developments, strengths, limitations and prospects: a state of the art overview. *Lep Rev* 2003; 74(3):196-202.
- 14 Lombardi C, Suárez REG. Epidemiologia da Hanseníase. In: Talhari S, Neves RG, editores. *Hanseníase*. 3a ed. Manaus; 1997. p.127-36.
- 15 Goulart IMB, Lopes VR, Massuda D. Fatores que interferem no controle da Hanseníase na rede básica de assistência à saúde. *Hansen int* 1991; 16(1-2):7-15.
- 16 World Health Organization. The elimination of leprosy as a public health: status report. Geneva: WHO; 2000.
- 17 Ministério da Saúde (BR) /SVS/PNEH. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.