

Grau de Incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde - Escola no município de Uberlândia — MG

Degree of Incapacity: an Indicator for Hidden Prevalence and Program Quality of Leprosy Control in a University Health Center in the Uberlândia District.

Isabela Maria Bernardes Goulart¹
Cristiane de Moraes Dias²
'Ana Carolina Souza Oliveira³
Amanda Ambrósio da Silva⁴
Rodrigo Rodrigues Alves⁵
Camila Renault Quaresemin⁶
Daniela Pereira da Silva⁷
Márcia Regina Ferreira Lopes⁸
Gustavo Andrade Faria⁹

RESUMO

O longo período de incubação da hanseníase, seus sintomas e sinais insidiosos, assim como as deficiências operacionais

no Programa de Controle, produzem dificuldades em seu diagnóstico. Essa situação cria condições para considerar que existe uma prevalência oculta que leva incapacidade ao doente e influi na cadeia de transmissão. Este trabalho objetivou aplicar indicadores para análises epidemiológica e operacional do Programa de Controle da Hanseníase no Distrito Sanitário Oeste, Uberlândia-MG, avaliando as incapacidades físicas dos pacientes como medida da qualidade do programa e estimativa de prevalência oculta. Foram analisados 138 prontuários de hansenianos diagnosticados no Centro de Saúde Escola da Universidade Federal de Uberlândia (CSE-UFU), de janeiro de 1995 a julho de 2000. No diagnóstico, 24% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade, inclusive grau I, evidenciando diagnóstico tardio. Na alta, 68% dos pacientes que iniciaram o tratamento com grau zero permaneceram nesse grau e, entre aqueles que iniciaram com grau I, 61,5% mantiveram a condição, 23,1% regrediram para zero e 15,4% não tiveram registro. Os indicadores operacionais refletiram um atendimento de boa qualidade no CSE-UFU. A prevalência oculta estimada foi de 27 casos para o ano 2000, elevando a taxa de prevalência conhecida de 10,22/10.000 habitantes para uma taxa de prevalência real de 13,67/10.000, evidenciando uma endemia muito alta de hanseníase no Distrito Oeste. Discute-se a necessidade de adotar a avaliação do grau de incapacidades como indicador de morbidade e controle da doença nos vários níveis de

- ¹ Profit Adjunta do Departamento de Clínica Médica - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Bloco 2H - Campus Umuarama - CEP 38405-320 Uberlândia - Minas Gerais - Brasil. Fone: (0XX34) 3218-2246. Fax (0XX34) 3218-2349. [E-mail: imbulart@ufu.br](mailto:imboulart@ufu.br).
- ² Acadêmica do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: Avenida Pará, 1720. Bloco 2H - Campus Umuarama - CEP 38405-320 Uberlândia - Minas Gerais - Brasil. [E-mail: cristianemd@zipmail.com.br](mailto:cristianemd@zipmail.com.br)
- ³ Acadêmica do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: ancoliveira@yahoo.com.br](mailto:ancoliveira@yahoo.com.br).
- ⁴ Acadêmica do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: amanda.ambrosio@zipmail.com.br](mailto:amanda.ambrosio@zipmail.com.br).
- ⁵ Acadêmico do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: rodrigobax@zipmail.com.br](mailto:rodrigobax@zipmail.com.br).
- ⁶ Acadêmica do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: carquarosemin@zipmail.com.br](mailto:carquarosemin@zipmail.com.br).
- ⁷ Acadêmica do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: danimed54@yahoo.com.br](mailto:danimed54@yahoo.com.br).
- ⁸ Acadêmica do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: marciar22@yahoo.com.br](mailto:marciar22@yahoo.com.br).
- ⁹ Acadêmico do Curso de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia - Minas Gerais. Endereço postal: idem. [E-mail: qu54med@yahoo.com.br](mailto:qu54med@yahoo.com.br).

atenção a fim de planejar ações para detectar os focos de endemia oculta nas comunidades.

Descritores: Hanseníase. Prevalência oculta. Programas de controle. Prevenção de incapacidades.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença dermato-neurológica, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (WHO, 1995). Algum grau de comprometimento neural pode ser observado em quaisquer das formas clínicas (DUERKSEN, 1997).

Estima-se que mais de 25% dos pacientes com hanseníase registrados tenham incapacidades, e, aproximadamente, a metade desses apresente incapacidades graves (JOB et al., 1989). É provável que não exista outra doença que produza tantas incapacidades físicas, emocionais e sociais como a hanseníase (DUERKSEN, 1979).

Tendo em vista o poder incapacitante da doença e seu impacto socio-econômico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) implementou um plano de ação global cujo objetivo era atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000 (OPAS/ OMS, 1998).

A princípio, a OMS almejava atingir o coeficiente de prevalência de menos de um caso por 10000 habitantes no ano 2000. Com esse fim utilizou-se uma estratégia de eliminação que inclui a detecção de casos, tratamento com poliquimioterapia (PQT) e disponibilidade de medicamentos para todos os casos, além de ações de monitoramento (WHO, 1995).

Embora essa meta tenha sido atingida em muitos países ainda persistem alguns com alta endemicidade como o Brasil (BRASIL, 2000). O Brasil vai necessitar de mais tempo para atingir a meta de eliminação no nível nacional e, dessa forma, há necessidade de fazer-se um diagnóstico da situação, monitorar melhor o Programa de Controle e propor novas abordagens para acelerar a eliminação da hanseníase (OLIVEIRA, et al., 1990).

Para monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase, o Ministério da Saúde tem adotado indicadores epidemiológicos e operacionais indispensáveis à análise endêmica da doença, bem como à avaliação das atividades de controle desenvolvidas (BRASIL, 2000; PEREIRA, 1999). Assim, a OMS está confiante de que, com algum esforço extra, o Brasil poderá alcançar a meta de eliminação até 2005 (OMS/TAG, 2000).

Na última década, embora a prevalência da hanseníase no Brasil tenha diminuído, a detecção aumentou em números absolutos (BRASIL, 2000; PEREIRA, 1999). Esse fato pode indicar aumento da transmissão e, conseqüente aumento de incidência (fatores epidemiológicos), ou pode significar que se está apenas atuando sobre a prevalência oculta, definida como o estoque de casos existentes na população diagnosticados

tardiamente (fatores operacionais), ou mesmo ambos, (BRASIL, 2000; PEREIRA, 1999).

O longo período de incubação da doença, seus sintomas e sinais insidiosos, assim como a baixa cobertura do Programa de Controle da Hanseníase, avaliada pela centralização e não integração deste às atividades de rotina dos centros de saúde, aliada ao número insuficiente de profissionais e o seu despreparo técnico, podem levar a dificuldades no diagnóstico dos casos iniciais, ou mesmo mais avançados, que ficam sem diagnóstico por muitos anos. Essa situação reforça a idéia de que existe uma prevalência oculta, o que além de ocasionar incapacidades ao doente, vai influir na manutenção da cadeia de transmissão (SUÁREZ et al., 1997).

Suárez et al. (1997), afirmam ainda que a grande maioria dos pacientes de hanseníase não apresenta incapacidades no início da doença, portanto, a percentagem de pacientes diagnosticados com algum grau de incapacidade, inclusive grau I, pode ser considerada diagnóstico tardio, representando um indicador dos doentes que deixaram de ser detectados na fase inicial da doença. Para isso, estima-se a prevalência oculta de determinado ano considerando-se os cinco anos anteriores àquele que se quer estimar, devido ao período médio de incubação da hanseníase (OPAS/ OMS, 1998; SUÁREZ et al, 1997).

Há que se ter em conta que o diagnóstico precoce é influenciado por fatores operacionais como os citados anteriormente. O risco de apresentar deformidades no momento do diagnóstico cresce significativamente à medida que aumenta o atraso no diagnóstico (FERREIRA, 1998). Portanto, com o indicador "Grau de Incapacidades no Diagnóstico" pode-se avaliar o componente operacional e epidemiológico do problema, já que o diagnóstico tardio também vai favorecer a manutenção das fontes de infecção do *M. leprae* nas comunidades (OLIVEIRA et al., 1990; SUÁREZ et al, 1997).

Há necessidade de estimar a prevalência oculta para se conhecer a prevalência real e a partir daí planejar ações com o objetivo de detectar e tratar todos os pacientes e agir sobre os focos de transmissão (SUÁREZ et al, 1997).

Além disso, como a incapacidade encontra-se muito próxima do diagnóstico e sua instalação está mais ligada ao tempo do que às ações de controle, há uma tentativa de se corrigir essa distorção do Programa de Controle da Hanseníase, priorizando as ações de prevenção de incapacidades (PI) no momento do diagnóstico, durante o tratamento e após a alta, proporcionando ao paciente a manutenção ou melhora de sua condição física (VIRMOND et al, 1997).

Nesse sentido, a avaliação das incapacidades tem sido reconhecida como medida relevante da morbidade em hanseníase, sendo sua aplicação adotada como indicador de controle da doença (OLIVEIRA, et al., 1990).

O presente trabalho objetivou a aplicação de indicadores epidemiológicos e operacionais indispensáveis à

análise epidemiológica e operacional do Programa de Controle da Hanseníase em um Centro de Saúde Escola da Universidade Federal de Uberlândia, localizado no Distrito Sanitário Oeste do município de Uberlândia - MG, visando avaliar o registro das incapacidades para medir a qualidade do programa e estimar a prevalência oculta.

(grau de incapacidades, prevenção e controle).

Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva, e para análise de endemia oculta aplicou-se a fórmula para estimativa de casos não detectados da OPAS/OMS (1998).

Para a aplicação dos indicadores epidemiológicos e operacionais referentes aos objetivos citados acima, foi consultada a Portaria do Ministério da Saúde, de 26 de julho de 2000 (BRASIL, 2000).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo analítico epidemiológico retrospectivo no Centro de Saúde Escola da Universidade Federal de Uberlândia (CSE - UFU), uma unidade do Centro Colaborador de Referência Estadual de Hanseníase da UFU, localizada no Distrito Sanitário Oeste no município de Uberlândia - MG.

Foram revisados os prontuários de 138 pacientes com diagnóstico de hanseníase no período de janeiro de 1995 a julho de 2000, utilizando como instrumento de levantamento de dados uma Ficha de Avaliação de Incapacidades que contempla as seguintes variáveis: a) Identificação do paciente; b) Exame dermatoneurológico; c) Classificação clínica: baciloscopia, Mitsuda, grau de incapacidade no diagnóstico, avaliação da força muscular e avaliação sensitiva pelo estesiômetro; d) Esquema de tratamento; e) Situação do paciente no momento da alta por cura (exame clínico, neurites e grau de incapacidades); f) Situação do paciente no período pós-alta medicamentosa

RESULTADOS

Foram analisados 138 prontuários de pacientes de hanseníase, observando-se 64,5% de homens e 35,5% de mulheres, concentrados na faixa etária de 15 a 54 anos (71%). Quanto à forma clínica, a distribuição foi: 6 (4,35%) Indeterminados, 27 (19,56%) Tuberculóides, 42 (30,43%) Dimorfos Tuberculóides, 28 (20,29%) Dimorfos Dimorfos, 18 (13,05%) Dimorfos Virchovianos e 17 (12,32%) Virchovianos, dados que convertidos a terminologia própria da classificação operacional representam um conjunto de 34 pacientes (24,64%) paucibacilares (PB) e 104 (75,36%) multibacilares (MB).

Os coeficientes de prevalência de hanseníase chegaram a 11,7/10.000 habitantes em 1997, 12,96/10.000 em 1998 e 10,22/10.000 em 1999. Esses resultados classificaram o Distrito como de muito alta endemicidade nesses três anos (BRASIL, 2000) (Tabela 01).

Tabela 01. Classificação do Distrito Oeste segundo indicadores epidemiológicos do Programa de Controle de Hanseníase do CSE – UFU, por ano, no período de janeiro de 1995 a julho de 2000.

| Indicadores | Parâmetros | Classificação do Distrito Oeste |
|--|---|---|
| 1 - Coeficiente de detecção anual de casos novos por 10000 habitantes | Hiperendêmico: 24/10000 hab. Muito alto: 4 - 2/10000 hab. Alto: 2 - 1/10000 hab. Médio: 1 - 0,2/10000 hab. Baixo: < 0,2/10000 hab. | 1997: Hiperendêmico (4,78/10000) 1998: Muito alto (3,54/10000) 1999: Hiperendêmico (4,47/10000) |
| 2 - Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos por 10000 habitantes | Hiperendêmico: 21/10000 hab. Muito alto: 1 - 0,5/10000 hab. Alto: 0,5 - 0,25/10000 hab. Médio: 0,25 - 0,05/10000 hab. Baixo: <0,05/10000 hab. | 1997 a 1999: Baixo (0/10000) |
| 3 - Coeficiente de Prevalência por 10000 habitantes | Hiperendêmico: 220/10000 hab. Muito alto: 20 - 10/10000 hab. Alto: 10 - 5/10000 hab. Médio: 5 - 1/10000 hab. Baixo: <1/10000 hab. | 1997: Muito alto (11.7/10000) 1998: Muito alto (12.96/10000) 1999: Muito alto (10,22/10000) |
| 4 - Percentual de casos com incapacidades físicas (graus II e III) entre os casos novos detectados e avaliados no ano. | Alto: 2 - 10% Médio: 5 - 10% Baixo: <5% | 1995: Baixo (0%) 1996: Médio (8.33%) 1997: Médio (6.89) 1998: Baixo (4.34%) 1999: Baixo (2.35%) 2000*: Médio (8,33%) |

Fonte: Prontuários do CSE - UFU.

*Ate o mês de julho.

Os coeficientes de detecção de casos novos encontrados foram os seguintes: 4,78/10.000 habitantes para 1997; 3,54 para 1998 e 4,47 para 1999. Segundo o parâmetro nacional (BRASIL, 2000), o Distrito Oeste foi classificado como hiperendêmico nos anos de 1997 e 1999, e como de muito alta endemidade no ano de 1998 (Tabela 01).

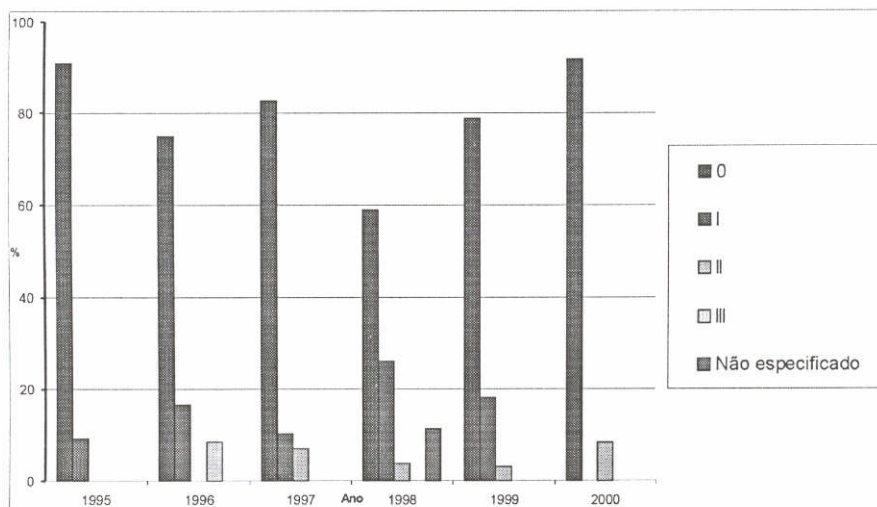
Dos pacientes detectados no CSE - UFU de janeiro de 1995 a dezembro de 1999, nenhum paciente tinha entre 0 e 14 anos (Tabela 01). No ano 2000, um paciente com idade entre 0 e 14 anos foi diagnosticado.

No que se refere a distribuição do grau de incapacidade no diagnóstico dos pacientes de hanseníase do CSE - UFU, de janeiro de 1995 a julho de 2000, observou-se predomínio do grau 0 em todos os anos do período analisado

(79,66% em média). Entretanto, no ano de 1998, notou-se uma queda de 20,66% do registro desse grau totalizando 59% dos casos, com aumento de 16% do grau I perfazendo 26% dos casos e a ocorrência de 11,6% de pacientes sem especificação do grau (Gráfico 01).

As percentagens de casos com incapacidades físicas (graus II e III) entre os casos novos detectados e avaliados por ano no Distrito Oeste, foram consideradas baixas em 1995 (0%), 1998 (4,34%) e 1999 (2,35%). No entanto, em 1996, 1997e de janeiro a julho de 2000 essas percentagens foram consideradas médias, alcançando 8,33%, 6,89%e 8,33%, respectivamente (Tabela 01). Os pacientes incapacitados (graus I, II e III) representaram 24% do total de casos diagnosticados.

Gráfico 01. Distribuição do grau de incapacidade dos pacientes de hanseníase no momento do diagnóstico, CSE - UFU, janeiro de 1995 a julho de 2000.



Fonte: Prontuários do CSE - UFU

De 1995 a 1999, a percentagem de casos novos que iniciou poliquimioterapia no ano do diagnóstico manteve-se em 100%, classificando o Programa de Controle de Hanseníase do CSE - UFU dentro do parâmetro considerado bom (BRASIL, 2000) (Tabela 02).

De acordo com anotações nos prontuários dos pacientes de hanseníase, foi realizada aproximadamente uma avaliação sensitivo-motora a cada seis meses em pacientes com esquema de tratamento PQT/OMS/PB 6 doses e PQT/OMS/MB 12 doses. Já nos pacientes multibacilares que fizeram uso de 24 doses foi realizada aproximadamente 1 avaliação sensitivo - motora (ASM) a cada 12 meses (Tabela 03).

De janeiro de 1995 a julho de 2000 todos os casos novos diagnosticados tiveram avaliação do grau de incapacidade física, excetuando - se o ano de 1998, quando a percentagem de avaliados caiu para 88,4%, o que classifica a qualidade de atendimento como regular neste ano (BRASIL, 2000) (Gráfico 02 e Tabela 02). Dos 92 pacientes que receberam alta no período analisado, 79,35% não passou por ASM no momento da alta. Quanto à percentagem de avaliados, observou-se um aumento na frequência de ASM na alta nos anos de 1998, 1999 e 2000, com 3,4%, 27,3% e 44%, respectivamente (Gráfico 02).

Tabela 02. Classificação do Distrito Oeste segundo os indicadores operacionais do Programa de Controle da Hanseníase do CSE - UFU, por ano, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 1999.

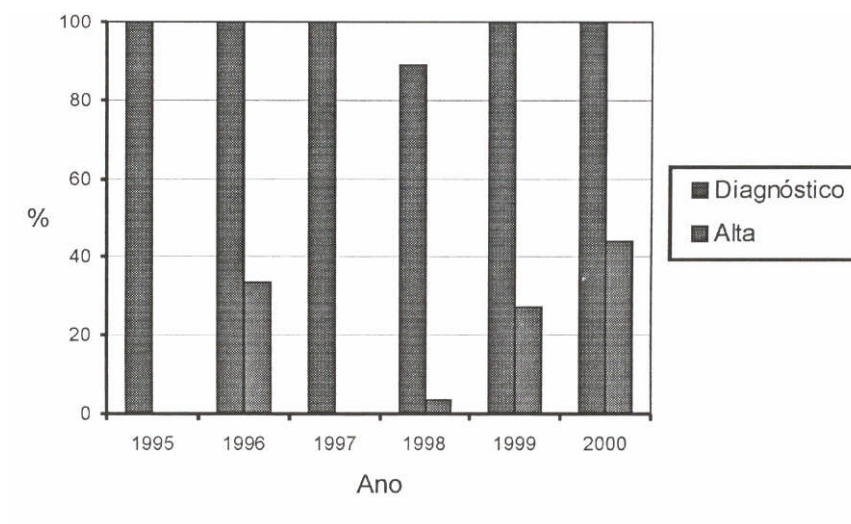
| Indicadores | Parâmetros | Classificação do Distrito Oeste: |
|--|--|---|
| 1 - Percentagem de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram PQT/OMS | Bom: > 98% Regular: 90 - 98% Precário: < 90% | Bom no decorrer dos 5 anos (100%). |
| 2 - Percentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado. | Bom: ?90% Regular: 75 - 90% Precário: < 75% | 1998: Regular (88.4%) Demais anos: Bom (100%) |
| 3 - Percentagem de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos da coortes. | Bom: >90% Regular: 75 - 90% Precário: < 75% | Bom no decorrer dos 5 anos (>90%). |
| 4 - Percentagem de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos da coortes. | Bom: S10% Regular: 10 - 25% Precário: > 25% | 1995: Regular (10%) 1996: Bom (8.33) 1997: Regular (17.4%) 1998: Regular (11.5) 1999: Bom (2.85%) |

Tabela 03. Número de avaliações sensitivo—motoras realizadas em pacientes de hanseníase, segundo esquema de tratamento, CSE - UFU, janeiro de 1995 a julho de 2000.

| Avaliação Sensitivo— Motora (ASM) | Esquema de tratamento | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|---------|------------|----------|
| | PQT/OMS/PB ROM(1 dose) | 6 doses | PQT/OMS/MB | |
| | | | 12 doses | 24 doses |
| Nº de ASM | 1 | 38 | 55 | 162 |
| Nº de pacientes | 2 | 32 | 30 | 74 |
| <u>Média de ASM por paciente</u> | 0,50 | 1,19 | 1,83 | 2,19 |

Fonte: Prontuários do CSE – UFU, janeiro de 1995 a julho de 2000.

Gráfico 02. Frequência de realização das avaliações sensitivo - motoras em pacientes de hanseníase no momento do diagnóstico e da alta, CSE - UFU, janeiro de 1995 a julho de 2000.



No levantamento dos pacientes que receberam alta neste período, observou-se, na evolução do grau de incapacidade do diagnóstico à alta, que dos 75 pacientes que iniciaram o tratamento com grau zero, 68% permaneceram nesse grau, 6,7% desenvolveram grau I e 25,3% não tiveram ASM com especificação do grau de incapacidade na alta. Entre aqueles que iniciaram com grau I (13), 61,5%

mantiveram o grau, 23,1% regrediram para grau zero e 15,4% não tiveram especificação do grau de incapacidade na alta por falta de ASM. Entre os pacientes em alta (92), apenas dois haviam sido diagnosticados com graus II e III, sendo que estes também não foram avaliados no momento da alta e portanto, não tiveram especificação do grau de incapacidade. (Tabela 04).

Tabela 04. Distribuição dos pacientes em alta por cura de hanseníase, segundo graus de incapacidade (GI) no diagnóstico e na alta, CSE - UFU, janeiro de 1995 a julho 2000

| GI no diagnóstico | GI na alta | | | | | | | | | | Total | |
|-------------------|------------|------|-----|------|----|---|-----|---|-----|------|-------|-----|
| | 0 | | I | | II | | III | | NE* | | Ng | % |
| | N.º | % | N.º | % | N. | % | N.º | % | N.º | % | | |
| 0 | 51 | 68 | 5 | 6,7 | - | - | - | - | 19 | 25,3 | 75 | 100 |
| I | 3 | 23,1 | 8 | 61,5 | - | - | - | - | 2 | 15,4 | 13 | 100 |
| II | | | | | | | | | 1 | 100 | 1 | 100 |
| III | | | | | | | | | 1 | 100 | 1 | 100 |
| NE* | 2 | 100 | | | | | | | | | 2 | 100 |
| Total | 56 | 60,9 | 13 | 14,1 | - | - | - | - | 23 | 25 | 92 | 100 |

Fonte: Prontuários do CSE — UFU.

As percentagens de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos de 1995 a 1999 foram, respectivamente, 10%, 8,33%, 17,4%, 11,5% e 2,85%; sendo o serviço classificado como regular nos anos de 1995, 1997 e 1998, e como bom nos anos de 1996 e 1999 (BRASIL, 2000) (Tabela 02).

No período analisado, 109 pacientes de hanseníase saíram do registro ativo do Programa de Controle do CSE-UFU. Os motivos registrados nos prontuários foram: alta por

cura (84,4%), abandono de tratamento (11%), transferência (2,8%) e óbito (1,8%).

Em relação à prevalência oculta no Distrito Oeste, estimou-se que 27 casos não foram detectados entre 1995 e 1999, elevando a prevalência no final de 1999 de 80 casos (registro ativo) para 107 casos, resultando numa taxa estimada de prevalência real de 13,67 portadores por 10.000 habitantes para o ano 2000 (Tabela 05).

Tabela 05. Estimativa de Prevalência Oculta para o ano 2000 no Distrito Sanitário Oeste, Uberlândia - MG

| Indicador | Ano | | | | | Total |
|---|------|------|------|------|------|-------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | |
| a) Casos Novos | 11 | 24 | 29 | 27 | 33 | |
| b) Avaliados | 11 | 24 | 29 | 24 | 33 | |
| c) N° de incapacitados (graus I, II, III) | | 1 | 6 | 5 | 8 | 7 |
| d) % de incapacidade (c / b) | 0,09 | 0,25 | 0,17 | 0,33 | 0,21 | |
| e) Estimativa de casos não detectados (axd / 100) | 1 | 6 | 5 | 8 | 7 | 27 |

Fonte: Prontuários do CSE — UFU.

DISCUSSÃO

No presente estudo ocorreu predomínio do sexo masculino (64,5%) entre os pacientes de hanseníase, apesar do sexo feminino ocupar mais de 70% da demanda do CSE — UFU (PONTE et al, 2000). Segundo Lombardi et al. (1997), isso pode traduzir uma maior movimentação e oportunidade de contato dos homens, ou um exame menos minucioso em mulheres.

Ressalta-se que 71% dos pacientes que tiveram seus prontuários avaliados faziam parte da população economicamente ativa, com idade variando de 15-54 anos, o que coincide com os dados da literatura (NOORDEN, 1985). Porém, em uma doença crônica como a hanseníase os dados da idade no início da doença podem não refletir totalmente os riscos específicos por idade (NOORDEN,1985).

Observou-se predominância das formas clínicas MB (76,09%), com destaque para o grupo Dimorfo (63,77%), considerado o mais importante em áreas endêmicas, tanto em número de pacientes quanto em severidade do dano neural, e a forma clínica Virchowviana (12,32%), mantendo a transmissão e, portanto, a perpetuação da doença (PFALTZGRAFF et al, 1985).

O coeficiente de prevalência de hanseníase ganhou destaque político nos últimos anos devido a meta de eliminação da hanseníase até o ano de 2000, proposta pela OMS em 1991 (PEREIRA, 1999). A prevalência conhecida no Distrito Oeste no ano de 1998 (12,96/10000 habitantes) foi superior a encontrada no Estado de Minas Gerais (4,8/10000 habitantes) e no Município de Uberlândia (5,8/10000 habitantes) (MINAS GERAIS/ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA DIRETORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS/ COORDENADORIA DE CONTROLE DE HANSENÍASE,1999). Isso possivelmente indica uma maior magnitude da doença no Distrito Oeste do que no Estado e no município referidos, uma vez que só foram considerados os casos residentes no Distrito Sanitário Oeste.

Porém, segundo Pereira (1999), o coeficiente de prevalência pode ser consideravelmente modificado por falhas na atualização de informações sobre a situação de tratamento dos pacientes, bem como na não observação dos critérios de cura estabelecidos e de retirada de pacientes em caso de abandono de tratamento, o que pode levá-lo a não refletir a magnitude do problema.

Entretanto, o coeficiente de detecção anual de casos novos confirma o Distrito Oeste como área de endemicidade maior que as apresentadas pelo Estado (1,75/10000 habitantes) e pelo município a que pertence (2,8/10000 habitantes) no ano de 1999 (MINAS GERAIS/ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ SUPERINTENDÊNCIA DE

EPIDEMIOLOGIA DIRETORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS/ COORDENADORIA DE CONTROLE DE HANSENÍASE, 1999).

A literatura indica o coeficiente de detecção na população menor que 15 anos como um dos melhores coeficientes para se determinar a magnitude da hanseníase e sua força de morbidade (PEREIRA, 1999). Esse indicador apresentar-se-á diferente de zero apenas no ano 2000, permitindo inferir uma possível tendência de aumento da endemia nesse ano (BRASIL, 2000).

A média das percentagens de casos diagnosticados com incapacidades de 1995 a 1999 foi de 5%, o que representa, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), uma taxa baixa de incapacidades no diagnóstico. É importante ressaltar que o cálculo desse índice leva em conta apenas os graus II e III. Porém, considerando que os pacientes que apresentam grau I já possuem dificuldades de integração sócio econômica, alguns autores acreditam que qualquer grau de incapacidade no diagnóstico, inclusive grau I, representa diagnóstico tardio (NOORDEN, 1985; SUÁREZ, et al, 1997). Uma vez que 24% dos pacientes apresentaram incapacidades variando do grau I ao III, pode-se dizer que foram diagnosticados tardiamente.

Além disso, o pequeno número de diagnósticos da forma indeterminada também indica detecção tardia, uma vez que a evolução para as demais formas pressupõe pelo menos dois anos de doença na fase indeterminada (TRINDADE et al, 1987).

Coincidindo com os dados da Diretoria Regional de Saúde do município de Uberlândia (DRS-UDI) e do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA DIRETORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS/ COORDENADORIA DE CONTROLE DE HANSENÍASE,1999), 100% dos pacientes diagnosticados no CSE - UFU foram incluídos no esquema de poliquimioterapia.

A Legislação Sobre Controle da Hanseníase no Brasil define que os dados de acompanhamento dos casos devem ser atualizados com uma periodicidade mínima de 6 meses (BRASIL, 2000). No CSE—UFU, a média de ASM realizada nos pacientes apresenta-se de acordo com a norma naqueles que seguem os esquemas PQT/OMS/PB 6 doses e PQT/OMS/MB 12 doses. Já os pacientes que seguem o esquema PQT/OMS/MB 24 doses apresentam média de ASM abaixo da preconizada. Essas deficiências técnicas podem justificar a necessidade de diminuir o tempo de tratamento (PEREIRA, 1999).

No ano de 1998, no Estado de Minas Gerais e na DRS-UDI, 99,9% e 100% dos casos novos diagnosticados, respectivamente, tiveram avaliação do grau de incapacidade física (MINAS GERAIS/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA

DIRETORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS/ COORDENADORIA DE CONTROLE DE HANSENÍASE, 1999), enquanto no Distrito Oeste, essa percentagem foi de apenas 88,4%. Não foram encontrados motivos para essa diferença. A análise da frequência de realização de ASM no momento da alta mostrou um aumento da mesma a partir de 1998, tendo alcançado 44% até julho de 2000. Isso é justificado não só pela busca de melhorias no atendimento, como também pelo fato do Centro de Saúde Escola estar procurando se adequar às normas do Ministério da Saúde, as quais exigem que a avaliação e o registro do grau de incapacidade físico sejam feitos no momento do diagnóstico e da alta (BRASIL, 2000).

Observou-se, porém, uma taxa relevante (79,35%) de pacientes que não tiveram especificação do grau de incapacidade no momento da alta, provavelmente porque a equipe de saúde não teve uma orientação clara sobre a importância dessa avaliação para o controle da eficiência do tratamento.

Tratando-se da evolução do grau de incapacidade, 68% dos pacientes diagnosticados com grau 0 e 23,08% dos diagnosticados com grau I receberam alta com grau de incapacidade 0. Como foi observado uma baixa percentagem de casos avaliados na alta (20,65%), esses dados, mesmo aliados à baixa percentagem de casos curados com incapacidades, perdem a força como indicativos de assistência adequada, da equipe de controle da hanseníase do CSE—UFU, aos pacientes quanto à prevenção de incapacidades durante o tratamento.

A análise dos indicadores operacionais permite inferir que o atendimento da equipe do CSE — UFU foi de boa qualidade, o que se evidencia nas altas taxas de tratamento com PQT, nas altas taxas de avaliação de incapacidade no diagnóstico, na pequena percentagem de abandono e nas altas taxas de cura.

Analisando a prevalência de hanseníase conhecida do Distrito Sanitário Oeste, no município de Uberlândia, observou-se uma taxa de 10,22/10000 habitantes (80 casos em registro ativo numa população de 78268 habitantes). Porém, para se obter a prevalência real do Distrito foi considerada a existência de uma prevalência oculta, a qual foi somada aos valores conhecidos (SUÁREZ et al, 1997). Assim, no Distrito Oeste foi detectado uma prevalência real de 13,67/10000 habitantes (107 casos). Segundo a OMS, essa taxa caracteriza o Distrito Oeste como uma área de endemicidade muito alta por ter mais que 10 portadores para cada 10000 habitantes. A estimativa de prevalência real obtida no Distrito Oeste para o ano 2000 foi superior às taxas estimadas para Uberlândia (7,2) e para Estado de Minas Gerais (6,4) (MINAS GERAIS/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA/ DIRETORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS/ COORDENADORIA DE CONTROLE DE

HANSENÍASE, 1999).

A existência da prevalência oculta, como foco de transmissão da doença, demonstra o motivo pelo qual o Distrito Oeste permanece sendo classificado como área de alta endemicidade de hanseníase, apesar da boa qualidade do Programa de Controle.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho permitiram inferir que:

1. as incapacidades acometeram 24% dos pacientes no momento do diagnóstico, evidenciando diagnóstico tardio;
2. o serviço de saúde, composto pela equipe de controle da hanseníase do CSE - UFU, foi considerado de boa qualidade, como foi demonstrado pelos indicadores operacionais;
3. os indicadores epidemiológicos mostraram uma alta prevalência de hanseníase, que somada à oculta indica uma endemicidade muito alta no Distrito Sanitário Oeste.

Com isso, a avaliação das incapacidades deve ser reconhecida como medida relevante da morbidade em hanseníase e em decorrência, sua aplicação deve ser adotada como indicador de controle da doença nos vários níveis de atenção à hanseníase, dentro do princípio de hierarquização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A estimativa de prevalência oculta evidenciou a necessidade de planejar ações para detectar e tratar todos os pacientes de hanseníase, agir sobre os focos de transmissão da doença no Distrito Sanitário Oeste, ampliando-as aos outros Distritos Sanitários do município de Uberlândia, buscando assim, atingir níveis de prevalência aceitáveis (menor que 1/10.000 habitantes) até o ano de 2005, de acordo com o plano de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, proposto pela OMS.

ABSTRACT

The long incubation period of leprosy, its insidious symptoms and signs as much as the operational deficiency in control programs, produce difficulties with the diagnosis. This situation lead to a hidden prevalence, which may cause disability to the patient and will influence the chain of transmission. The aim of this paper it to apply indicators for the analysis of the leprosy epidemiological and operational control program in the Western Sanitary Division of the Uberlandia District, evaluating the disabilities of the patients as a measure of the program quality and estimating the hidden prevalence. One-hundred and thirty-eight (138) cases of leprosy patients diagnosed at the CSE - UFU, from January of 1995 to July of 2000. At diagnosis, 24 % of the patients presented some degree of disability (including grade

p, evidence of a late diagnosis. At RFT, 68% of the patients that initiated the treatment with grade zero remained in the same grade, and among those that have initiated with grade I, 61,53% maintained the grade, and 23% returned to grade zero. The operational indicators show good quality assistance in CSE - UFU. The estimated hidden prevalence was 27 cases for the year 2000, increasing the known prevalence of 10.22/10,000 inhabitants to a real prevalence of 13.67/10,000, indicating a very high endemic leprosy in the Western District Region. We propose to use the degree of incapacity evaluation as an indicator of morbidity and disease

control at different levels of attendance in order to define actions for hidden endemic focus detect in the communities.

Key words: Leprosy. Hidden prevalence. Leprosy Control Programs. Prevention of disabilities.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Aparecida Gonçalves e à Tânia Maria Cândida de Oliveira pela assistência técnica. Ao Prof. Dr. Luiz Ricardo Goulart Filho pelas correções no inglês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ANDRADE, V.; VIRMOND, M.; SUÁREZ, R. G.; MOREIRA, T. FERNANDO, G.; CUSTÓDIO, A. Uma nova abordagem para acelerar a eliminação da hanseníase. *Hansen. Int.*, v.24, n.1, p.43-48, 1999.
- 2 BRASIL. Portaria n.º 817/GM. 26 de julho de 2000. *Legislação sobre controle da hanseníase no Brasil*. Brasília, 27 de julho de 2000. Seção 1, p.16.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. SPS/DGSP E CENEPI/FNS. *Hanseníase no Brasil: progressos e dificuldades em relação à eliminação*. Brasília, 1998. 10p.
- 4 BRASIL, M. T. L. R. F. A diminuição dos índices de detecção e a prevalência oculta. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DERMATOLOGIA, 55, Salvador, 23 a 27 de setembro, 2000. *Anais*. p.75-76.
- 5 DUERKSEN, F. The importance of reconstructive surgery in the rehabilitation of the Hansen's disease patient. In: *TRANSACTIONS INTERNATIONAL CONGRESS PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY*, 7, Rio de Janeiro, 1979.
- 6 DUERKSEN, F. Comprometimento neural em hanseníase. In: DURKSEN, F.; VIRMOND, M. *Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase*. Rio de Janeiro, 1997. p.59-68.
- 7 FERREIRA, J. Validade do grau de incapacidade como indicador de diagnóstico tardio de hanseníase. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 9, Foz do Iguaçu, 1997. *Hansen. Int.* Bauru, n.esp., p 79-84, 1998.
- 8 JOB, C.K.; PATH, F.R.C. O comprometimento neural na hanseníase. *Hansen. Int.*, v.14, n.1, p.50-58, 1989.
- 9 LOMBARDI, C.; SUÁREZ, R.E.G. Epidemiologia da hanseníase. In: TALHARI, E.; NEVES, R. G. *Hanseníase*. 3ed. 1997. 167p
- 10 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Epidemiologia. Diretoria de Controle de Doenças Transmissíveis. Coordenadoria de Controle da Hanseníase. Encontro *Estadual de Avaliação das Ações de Controle de Hanseníase*. Belo Horizonte, 1999. 43p.
- 11 NOORDEN, S. K. The epidemiology of leprosy. In: HASTINGS, R. C. *Leprosy*. New York: Churchill Livingstone, 1985. p.15-30.
- 12 OLIVEIRA, S.; PEDROSO, M.; BACCARELLI, R.; GONÇALVES, A. Adequação de procedimentos de instrumentalização de dados em prevenção e tratamento de incapacidades físicas em hanseníase. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, v.45, n.2, p.75-79, 1990.
- 13 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. OMS. *Boletim - Eliminação de Hanseníase das Américas*, n.6, 1998. 4p.
- 14 OMS/FAG. *Relatório preliminar*. Genebra, Suíça, 2000.
- 15 PEREIRA, G.F.M. *Características da hanseníase no Brasil: situação e tendência no período 1985 a 1996*. São Paulo, 1999. Tese (Mestre). Universidade de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.
- 16 PFALTZGRAFF, R. E.; BRYCESON, A. Clinical leprosy. In: HASTINGS, R. C. *Leprosy*. New York: Churchill Livingstone, 1985. p. 134-176.
- 17 PONTE, V. M.; MADEIRA, C. P.; SILVEIRA, C.; OLIVEIRA, D. C. B.; ALMEIDA, F. S. P.; MENDES, I. D.; MARRA, M. B.; ALBINO, A.; VASCONCELOS, P. M.; REIS, P. M. *Avaliação da extensão de cobertura do Centro de Saúde Escola - Uberlândia, 2000*. Uberlândia, 2000. Trabalho apresentado à disciplina de Medicina Preventiva e Comunitária I, Faculdade Federal de Uberlândia.
- 18 SUÁREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. Estimado de prevalência de lepra. *Hansen. Int.*, v.22, n.2, p.31-35, 1997.
- 19 TRINDADE, M. A. B.; LIMA, F. B.; ALMEIDA, R. G. Incapacidades físicas em hanseníase no momento do diagnóstico. *Hansen. Int.*, v.12, n.2, p.19-28, 1987.
- 20 VIRMOND, M.; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. *Medicina*, Ribeirão Preto, v.30, n.3, p.358-363, 1997.
- 21 WHO. *Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública*. Genebra. Tradução em português, 1995. 61p. (WHO/LEP/95.1)