

MODELO DE CAMPANHA DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE COMBINADA COM A VACINA ANTI-POLIOMIELITE - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - BRASIL

Vera Andrade*
Tadiana Moreira Alves **
Rachel Tebaldi Tardin ***
Antônio Joaquim Werneck de Castro ***

SUMÁRIO -Considerando que a rede de saúde do município do Rio de Janeiro permite que a estratégia da Campanha de Eliminação da Hanseníase, proposta pela OMS, possa ser operacionalizada, a Secretaria de Saúde deste município propõe-se a executar no período de 16 de junho a 17 de agosto de 1996 uma campanha de divulgação de massa através dos meios de comunicação (TV, rádio e jornais). O alicerce dessa campanha é a promoção de conhecimentos sobre a hanseníase, de forma a estimular os portadores de sinais e sintomas sugestivos desta doença, principalmente os casos contagiantes, residentes em áreas em que as unidades sanitárias ainda não desenvolvem atividades de controle da hanseníase a apresentarem-se voluntariamente às unidades de saúde municipais. Após análise da situação epidemiológica e operacional da hanseníase no município de Rio de Janeiro, os autores apresentam a proposta de Campanha de Eliminação da Hanseníase a ser desenvolvida concomitante com a segunda dose da vacina anti-poliomielite. Espera-se que essa estratégia traçada em conjunto com os movimentos sociais e clubes de serviços alcance uma importante mobilização das comunidades, e que a motivação dos profissionais de saúde acelere o processo de integralização da atenção. Finalmente espera-se que essa ação conjunta entre os técnicos do programa de hanseníase, de imunização, juntamente com a comunidade facilite a remoção do conceito de incurabilidade da hanseníase, além de ser uma oportunidade inédita de aprendizado com as campanhas anti-poliomielite, conhecida mundialmente pelo seu sucesso como estratégia de prevenção.

Palavras-Chave: HANSENÍASE \ Programas de controle \ LEC

1. INTRODUÇÃO

Considerado o segundo centro cultural e político mais desenvolvido do país, o município do Rio de Janeiro, além de ser uma das cidades mais belas do mundo, é a principal porta de entrada para o Brasil. Em 1995, com uma população estimada em 5.683.075 habitantes, o município do Rio de Janeiro concentra 57% da população da região metropolitana do estado,

que abrange 13 municípios, com um total de 9.991.647 habitantes.

Em 1981, após a constatação de uma alta prevalência de cepas de *M. leprae* sulfono-resistentes a OMS (WHO,1982) redefine o regime terapêutico da hanseníase, a poliquimioterapia (PQT OMS), através da combinação de drogas. A rifampicina, por ser a droga mais eficaz, foi incluída nos dois regimes de tratamento multibacilar e paucibacilar. O princípio máximo da PQT é eliminar

*Departamento de Epidemiologia SES/RJ - Rio de Janeiro

**Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária - SES/RJ - Rio de Janeiro

***Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

as condições que favoreçam a transmissão da doença (Dharmendra, 1986), esperando lograr um impacto epidemiológico (WHO,1982) a curto prazo, que se entende como controle. A aceitação, do regime PQT/OMS motivou a Organização Mundial de Saúde a elaborar mais uma estratégia de controle. Essa estratégia, denominada de Plano de Eliminação da Hanseníase (PEL), foi acatada pela 44ª Assembléia Mundial da Saúde (WHO, 1991), tendo como fundamento a eliminação global da hanseníase no ano 2000, por meio do diagnóstico oportuno e a aplicação da PQT/OMS.

Para ampliar a estratégia de eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde recomenda uma iniciativa com tempo limitado e uma ação pontual denominada Campanha de Eliminação, que tem como objetivo detectar e tratar casos não conhecidos de hanseníase (WHO, 1995).

Na cidade do Rio de Janeiro, recentemente duas doenças foram controladas, a poliomielite e a raiva humana. A hanseníase como a poliomielite é uma doença que quando não evitada e/ou tratada produz incapacidade e/ou deformidade física em seu portador. A erradicação da poliomielite deveu-se à eficácia da vacina Sabin-oral e da mobilização social - responsáveis pelas altas coberturas de suas campanhas (OPS, 1977). Sabe-se que para a hanseníase até o momento não dispomos de uma vacina com ação preventiva. Na ausência de mecanismos de proteção à população, além do tratamento PQT/OMS, uma solução é a promoção de conhecimentos sobre a hanseníase a um maior número possível de pessoas, através da estratégia Campanha de Eliminação da Hanseníase.

Assume-se que esta estratégia se constitui em processo acelerador da superação do isolamento do programa de hanseníase. Colabora, portanto para inseri-lo nos princípios de integralidade da atenção, universalidade, equidade e participação social, assim como as diretrizes de hierarquização, descentralização e acessibilidade. A sistematização da informação da situação da hanseníase foi fundamental para subsidiar essa medida de prevenção e controle da hanseníase.

O presente artigo visa sistematizar o esforço empreendido pelo município do Rio de Janeiro, na busca do aperfeiçoamento dessa estratégia, desencadeando uma ação de baixa complexidade para o diagnóstico e o tratamento da hanseníase.

2. O CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO E OPERACIONAL DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O atendimento de saúde da população do município do Rio de Janeiro é realizado por uma rede de mais de 250 unidades de saúde possuindo em sua própria rede municipal 16 hospitais, 3 maternidades, 23 centros e 21 postos de saúde, o que caracteriza o município como detentor da maior rede de unidades públicas de saúde no Brasil. A partir de 1991 a PQT/OMS é oferecida em 22 Centros de Saúde com equipe multiprofissional especializada, mais 6 unidades hospitalares, 2 centros de referência, caracterizando assim, uma área de baixa oferta de tratamento para os casos diagnosticados de hanseníase para a população residente nesse município. Em 1995, iniciam-se atividades de controle em mais 5 unidades sanitárias. Entretanto ainda existem áreas no município do Rio de Janeiro não cobertas pelas atividades de tratamento. Soma-se a esse fato que o município possui áreas de difícil acesso às unidades de saúde. Partindo dessa premissa, necessário se faz uma ação maior que contemple a descoberta de casos multibacilares que a atual rede de saúde desconhece (OMS, 1995), principalmente os casos contagiantes, residentes em áreas em que as unidades sanitárias ainda não desenvolvem atividades de controle da hanseníase.

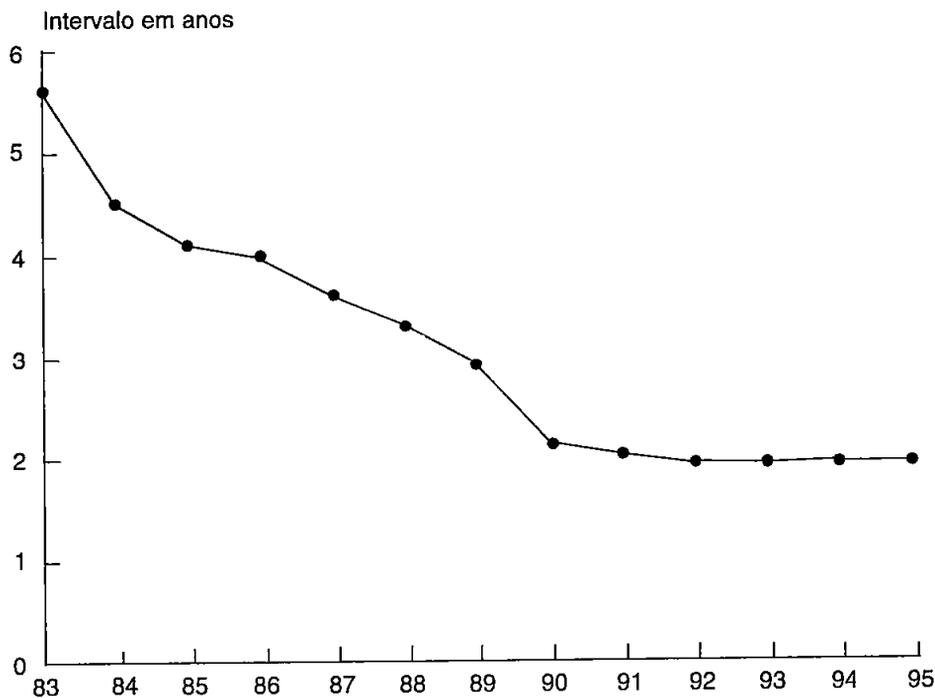
A análise da epidemia de hanseníase no município do Rio de Janeiro demonstra: uma diminuição dos coeficientes de prevalência; uma diminuição dos coeficientes brutos de detecção; uma diminuição dos coeficientes de detecção entre os menores de 15 anos; uma proporção declinante de incapacidades graus 2 e 3 entre casos novos (tabela 1); uma diminuição do tempo entre a data da suspeição do primeiro sintoma e a data do diagnóstico (gráfico 1) e um alto índice de abandono do tratamento (mapa 1).

Tabela 1 .Morbidade de hanseníase - Município do Rio de Janeiro, 1986 - 1995.

ano	Casos em registro ativo	Coefficiente de prevalência	Casos detectados	Coefficiente bruto de detecção	Coefficiente de detecção menores de 15 anos	Grau de incapacidade
1986	10806	20,39	817	15,42	-	-
1987	11172	20,94	932	17,47	-	-
1988	11610	21,61	979	18,23	-	-
1989	13418	24,81	1170	21,64	0,71	-
1990	12414	22,80	1027	18,86	0,72	-
1991	9044	16,50	1208	22,04	0,86	-
1992	7970	14,47	1264	22,95	0,82	10,2
1993	6414	11,59	1168	21,10	0,74	10,3
1994	4858	8,63	971	17,25	0,62	7,2
1995	4103	7,22	962	16,93	0,65	7,0

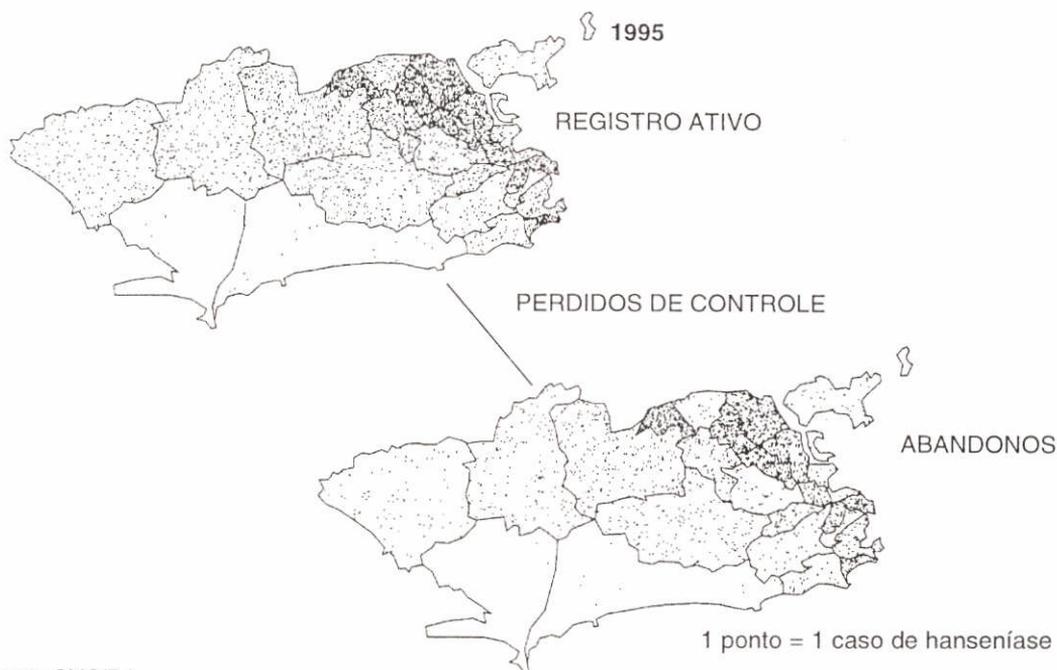
Fonte: SMSRIO

INTERVALO ENTRE A DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1983-1995



Fonte: ANDRADE et al., 1990 e GDS/CDT/SSC/SMS/MS - RJ

SITUAÇÃO DOS PACIENTES DE HANSENÍASE SEGUNDO AS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



Fonte: SMS/RJ

A redução dos coeficientes de prevalência é provavelmente, resultante da alta cobertura de casos novos em PQT/OMS nos últimos anos, conseqüentemente, altos índices de liberação dos pacientes por alta por cura. Somam-se a essas ações uma efetiva busca de casos em abandono do tratamento e a reorganização do sistema de informação. Sabe-se, entretanto, que esta prevalência ainda está inflada em 43% (1.759 casos), devido à manutenção no registro de casos inativos e pacientes fora de controle há mais de 1 ano, produzindo, assim, um número falsamente maior de pacientes que precisam de tratamento (Andrade, 1996). A baixa adesão ao tratamento no município do Rio de Janeiro, pode estar relacionada à inadequação dos horários de atendimento à população e ao desconhecimento da hanseníase como um problema de saúde pública, freqüentemente observada em áreas urbanas (Andrade, 1995).

O coeficiente de detecção por grupos etários, que está correlacionado com o níveis de transmissão (Doull et al., 1942; Irgens, 1980), aponta que quanto mais jovens são os casos de hanseníase detectados maior é o nível de transmissão na comunidade. O declínio dos coeficientes brutos de detecção e dos coeficientes de detecção em menores de 15 anos pode ser devido à existência de poucos casos a serem ainda descobertos, à diminuição da capacidade diagnóstica por uma baixa cobertura de serviços com atividades de suspeição diagnóstica e tratamento ou, ao aumento da qualidade do diagnóstico como resultante da capacitação de técnicos e ao maior número de pessoas envolvidas nas ações de controle nos últimos anos (OMS, 1996). A progressiva queda do tempo entre a percepção dos primeiros sintomas e o diagnóstico dos pacientes residentes no município na última década tendendo à estabilização a partir de 1990 (Andrade et al., 1990), que reflete

por quanto tempo os casos multibacilares, fontes de contágio, ficam sem tratamento, assim como o risco de desenvolver ainda mais uma incapacidade confirma um aumento da qualidade do diagnóstico como resultante da capacitação de técnicos. Entretanto a baixa cobertura populacional associada a uma centralização do atendimento, exige que a interpretação da diminuição desses coeficientes pela inexistência de casos nessa área deve ser cautelosa.

2.1. Processo da Campanha de Eliminação

Partindo do pressuposto que os obstáculos para atingir a meta de eliminação para o município do Rio de Janeiro não serão resolvidos em sua totalidade com as atividades de rotina e que a rede de saúde permite a execução da Campanha de Eliminação, cujos princípios são a flexibilidade, adaptação e modificações nas atuais ações de controle (WHO, 1995), a Secretaria de Saúde deste município propõe-se a executar no período de 16 de junho a 17 de agosto de 1996 uma campanha de divulgação de massa através dos meios de comunicação (TV, rádio e jornais).

Sobretudo, a reflexão sobre as limitações e a pouca amplitude na mobilização do conjunto da sociedade quanto ao tema isolado hanseníase, trouxe a tona o mote: "Assim como você erradicou a poliomielite, você pode eliminar a hanseníase", que será utilizado no material de informação para a comunidade.

Esse processo de Campanha de Eliminação será desenvolvido em duas fases fundamentadas na contínua informação sobre os principais sinais e sintomas da hanseníase. A primeira fase, com duração de dois meses, (16 de junho a 17 de agosto) está baseada no atendimento dos casos de hanseníase, em 30 unidades sanitárias com técnicos capacitados para diagnosticar e tratar a população motivada pela divulgação. A segunda fase seguirá a rotina da campanha anti-poliomielite (17 de agosto) quando durante a segunda dose de Sabin oral será oferecido atendimento (confirmação diagnóstica e tratamento poli-quimioterápico OMS) em cerca de 70 unidades sanitárias, aos portadores de sinais de hanseníase, principalmente os casos contagiantes, residentes em áreas em que as

unidades sanitárias ainda não desenvolvem atividades de controle da hanseníase. O lançamento oficial está previsto para o dia 16 de junho.

O alicerce dessa campanha será a promoção de conhecimentos sobre a hanseníase, de forma a estimular os portadores de sinais e sintomas sugestivos desta doença, principalmente os casos contagiantes, residentes em áreas em que as unidades sanitárias ainda não desenvolvem atividades de controle da hanseníase, a apresentarem-se voluntariamente às unidades de saúde municipais.

Desenham-se como objetivos específicos a serem atingidos:

- Prevenir a instalação de incapacidades e deformidades físicas na população aproveitando a vacinação anti-poliomielite associada a detecção precoce de casos de hanseníase;
- Estimular o auto diagnóstico de hanseníase através de campanha nos meios de comunicação de massa a ser desenvolvida no período de 16 de julho a 17 de agosto de 1996;
- Estimular os portadores de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase para que se apresentem voluntariamente às unidades de saúde municipais durante o período da campanha (16 de junho a 17 de agosto), com ênfase no dia 17 de agosto;
- Implementar o componente de controle detecção de casos por meio de confirmação diagnóstica a todos os casos portadores de sinais de hanseníase, principalmente os casos multibacilares residentes em áreas sabidamente não cobertas (favelas) pela unidades sanitárias que já desenvolvem atividades de controle;
- Implementar o período da campanha o componente tratamento específico por meio da ministração de PQT/OMS com dose supervisionada para todos os casos novos e abandono de tratamento, principalmente os casos multibacilares, residentes em áreas sabidamente não cobertas (favelas) pela unidades sanitárias que já desenvolvem atividades de controle.

As principais atividades previstas para a execução dessa estratégia são apresentadas no quadro 1. A avaliação do Programa como de rotina e o impacto da campanha de eliminação no município do Rio de Janeiro serão efetuados no final do ano de 1996 através da utilização dos

Quadro 1 - Plano de Trabalho

ATIVIDADES	TAREFAS
Apresentar às autoridades estaduais, nacionais e internacionais a proposta da campanha	. Elaborar o Plano da Campanha; . Encaminhar as autoridade de saúde
Apresentar tecnicamente a proposta da campanha à empresa publicitária responsável por sua divulgação	. Discutir conteúdo técnico da campanha; . Solicitar contato com artistas de relevância nacional
Convidar os Conselhos de Medicina, de Enfermagem e a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Hansenologia a participar desta iniciativa;	. Apresentar a proposta da campanha; . Solicitar a participação dos dermatologistas no dia do exame de coletividade
Organizar treinamentos específicos para técnicos de saúde e staff administrativo;	. Definir conteúdo, metodologia, data e local de cada tipo de treinamento;. Elaborar o plano de treinamento;. Treinar acadêmicos e residentes de medicina, graduados de enfermagem quanto ao diagnóstico de hanseníase e classificação operacional;. Treinar o pessoal administrativo no manuseio da lista de computação dos pacientes em registro de hanseníase, preenchimento de instrumentos de registro de dados pessoais, referência de casos portadores de outras dermatoses.
Organizar o sistema de informação (registro e coleta da dados) a ser utilizado em toda a campanha;	. Definir os indicadores de avaliação e monitoração;. Definir variáveis dependentes e independentes do instrumento de registro dos pacientes na campanha de exame de coletividade;. Desenhar a ficha de monitorização e avaliação da campanha
Preparar a rede de saúde municipal para receber a demanda de portadores de dermatoses compatíveis com a hanseníase durante a campanha;	. Definir horário de atendimento dos serviços de hanseníase a população durante a campanha nos meios de divulgação;. Definir fluxo de atendimento;. Definir por U.S. o número mínima de recursos humanos necessários para este atendimento
Determinar o número de postos de vacinação necessários para o exame da população portadora de lesões suspeitas de hanseníase;	. Conhecer a distribuição dos postos de vacinação no município;. Identificar a concentração populacional da área de cada PV;. Calcular o número de PVs necessários para o exame específico da população
Organizar a distribuição da equipe executora de acordo com a concentração dos Postos de Vacinação - PV para o exame de coletividade no dia 17 de agosto;	. Alocar os técnicos e staff administrativo por PV
Organizar o exame dermatológico no dia 17 de agosto para a população que acompanha crianças na aplicação da vacina oral de anti poliomielite;	. Definir espaço físico;. Realizar triagem inicial;. Preencher o formulário de Identificação;. Fazer o exame dermatológico;. Preencher a ficha de notificação de cada caso confirmado;. Agendar os casos não portadores para tratamento de outras dermatoses
Organizar o exame dermatológico para a população que responde ao chamado da campanha nos meios de comunicação de massa	. Definir espaço físico;. Realizar triagem inicial;. Procurar o paciente na listagem computadorizada;. Preencher o formulário de Identificação;. Fazer o exame dermatológico;. Preencher a ficha de notificação de cada caso confirmado;. Agendar os casos não portadores para tratamento de outras dermatoses
Preparar a ministração imediata do tratamento PQT/OMS a todos os casos com confirmação clínica de hanseníase	. Calcular número de blister necessários: MB e PB;. Distribuir os blister nos PVs;. Fornecer a medicação a todos os casos diagnosticados e recuperados
Encaminhar os casos de difícil diagnóstico à unidade de saúde mais próxima da residência do paciente para realização de exames complementares;	. Definir quais os casos que necessitam ser agendados para confirmação diagnóstica;. Identificar qual o serviço que o paciente deve ser encaminhado;. Preencher ficha de agendamento e solicitação de exames
Preparar o conteúdo do material de divulgação (panfletos, cartazes, faixas e cartilhas).	. Definir conteúdo técnico dos panfletos, faixas, out door . Definir o responsável pela confecção do material;. Definir locais para sua distribuição (metrô, central do Brasil, etc.); . Separar o material para a distribuição;. Distribuir o material nos locais pré determinados;. Orientar a população sobre local e horário de funcionamento dos serviços de saúde
Pós-Campanha	. Consolidar os formulário da campanha; . Organizar um fluxo do envio das fichas de notificação dos casos diagnosticados durante e pós campanha; Redigir relatório final da campanha. Informar os resultados da campanha para as autoridades sanitárias e profissionais envolvidos

indicadores essenciais sugeridos pelo Programa Nacional. Para a avaliação, a monitorização e o impacto da campanha serão empregados os indicadores de monitorização apresentados no quadro 2.

3. RESULTADOS ESPERADOS E APLICABILIDADE

Espera-se que a aplicabilidade dessa estratégia traçada em conjunto com os movimentos sociais e clubes de serviços, alcance

uma importante mobilização das comunidades, assim como a motivação dos profissionais de saúde em acelerar o processo de integralização da atenção. Finalmente espera-se que essa ação conjunta entre os técnicos dos programas de hanseníase e de imunização, juntamente com a comunidade, facilite a remoção do conceito de incurabilidade da hanseníase, além de ser uma oportunidade inédita de aprendizado com as campanhas anti-poliomielite, conhecida mundialmente pelo seu sucesso como estratégia de prevenção.

Quadro 2 - Indicadores de avaliação e monitorização da campanha de eliminação da hanseníase combinada com a vacinação anti-poliomielite. Município do Rio de Janeiro, 1996.

Indicador	Numerador	Valor crítico
	Denominador	
Proporção de PVs que realizaram o exame de coletividade	Número de PVs que realizaram o exame dermatológico	50%
	Total de Pvs envolvidos na campanha	
Proporção de pessoas diagnosticadas entre as pessoas examinadas durante a campanha	Número de pessoas diagnosticadas durante a campanha	80%
	Total de pessoas examinadas durante a campanha	
Proporção de casos MB diagnosticados entre as pessoas diagnosticadas durante a campanha	Número de casos MB diagnosticados durante a campanha	sem estimativa
	Total de pessoas diagnosticadas durante a campanha	
Proporção de casos PB diagnosticados entre as pessoas diagnosticadas durante a campanha	Número de casos PB diagnosticados durante a campanha	sem estimativa
	Total de pessoas diagnosticadas durante a campanha	
Proporção de pacientes que iniciaram o tratamento POT OMS durante a campanha	Número de pacientes que iniciaram o tratamento POT OMS durante a campanha	100%
	Total de casos diagnosticados durante a campanha	
Proporção de pacientes registrados como abandono do tratamento recuperados durante a campanha	Número de pacientes registrados em abandono do tratamento recuperados durante a campanha	30%
	Total de pacientes registrados em abandono do tratamento	

ABSTRACTS Taking in consideration that the municipality of Rio de Janeiro has a reasonable infrastructure of health services, the Secretary of Health decided to implement a Leprosy Elimination Campaign (LEC) as recommended by WHO, a initiative to be developed from 16 June to 12 August, 1996. The thrust of this campaign is the promotion of awareness regarding leprosy in order to stimulate individuals with suspected signs and symptoms of leprosy and living in areas not covered by leprosy control services, to show for diagnosis and treatment in health units. After analysis of the epidemiological and operational picture of leprosy in the municipality of Rio de Janeiro, the authors present their proposal to develop a LEC jointly with the standard second dose of the anti-polio vaccination. It is hoped that this initiative, fully discussed with social movements and clubs of services causes an important mobilization of the community and that the motivation of health personnel increases the process of integration of leprosy control in the general health services. Finally, it is hoped that this initiative, developed jointly with technical personnel of the leprosy control program, personnel from the vaccination campaign and the community, will promote the exclusion of some stigmatizing concepts such as the non-urability of leprosy, despite of being a unique opportunity to learn from the anti-polio campaigns, worldwide recognized due to the success of its strategy.

Key words: Hansen's Disease / Control Program / LEC

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, V.L.G. A urbanização do tratamento da hanseníase. **Hansen. Int.**, 20: 51-59. 1995.
- ANDRADE, V. L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública.** Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1996.
- ANDRADE, V. L. G.; MOTTA, C. P. & VALLE, C. Urban leprosy. In: **Congress of Hansenology of Endemic Countries**, 3, Alicante, Espanha. 1990. Resumos
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/MS. (mimeo.). 1994.
- DHARMENDRA. Eradication of leprosy through mass awareness, health education and control participation - a mass plan. **Indian J. Leprosy**, 58:175-184. 1986.
- DOULL, J. A.; GUINTO, R. S.; RODRIGUES, J. N. & BANCROFT, H. The incidence of leprosy in Cordova and Talisay, Cebu, P.I. **Int. J. Leprosy**, 10:107-131. 1942.
- IRGENS, L. M. Leprosy in Norway an epidemiological study based on a national patients registry. **Leprosy Rev.**, 51:1-127. 1980.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. La prevalence continue a regresser. **Lep News**, 5 (2): 1. 1996.
- GANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Um Guia para Eliminar a Hanseníase como Problema de Saúde Pública.** Geneva: OMS. 1995.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Simpósio Internacional sobre el controle de la Poliomieltis.** Publicación Científica de la OPS n. 484 - Washington, D.C. 1985.
- LD HEALTH ORGANIZATION. **Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes.** Geneva: WHO, Study Group. Technical Report Series, 675 1982.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resolution WHA44.9.** Geneva: WHO. 1991.