

## PERSPECTIVAS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Wagner Nogueira \*  
 Mary Lise Carvalho Marzliak \*\*  
 Otfília S.J. Gonçalves \*\*\*  
 Mitie Tada L.R.F. Brasil \*\*\*\*

**RESUMO** .Os avanços na terapêutica e a implantação da poliquimioterapia, bem como as mudanças no conceito de cura conduziram a uma nova realidade na história secular da hanseníase no mundo, invertendo-se o fluxo de entradas e saídas do registro ativo de doentes, com importante queda do coeficiente de prevalência.

No Brasil, após grandes investimentos na reorganização de serviços, com ênfase na capacitação do pessoal e suprimento de medicamentos, os resultados da poliquimioterapia foram marcantes a partir de 1991.

No Estado de São Paulo a série histórica de 1924 a 1994 da Prevalência mostra um decréscimo desde a década de 70, sendo esta redução bem mais acentuada a partir de 1991 com a implantação em massa da poliquimioterapia.

Os resultados deste esquema no mundo foram avaliados na 445 Conferência Mundial de Saúde, na qual os países membros comprometeram-se a eliminar a hanseníase como problema de Saúde Pública até o ano 2.000. Finalizando são apresentadas as expectativas de alcance desta meta pelo Brasil e Estado de São Paulo identificando-se como principais obstáculos para a redução da prevalência a níveis de eliminação os critérios normatizados para alta estatística e a possibilidade de ocorrência de recidivas, em fase de estudos.

**Palavras-chave:** Eliminação da hanseníase, POT, Prevalência.

### 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é um importante problema de saúde pública e durante muitos séculos a inexistência de terapêutica eficaz contribuiu para isto.

O advento da sulfona no início da década de 40 (FAGET,1942), trouxe grande alento a comunidade científica uma vez que se acreditava possível o controle desta doença. Foram realizadas grandes mudanças nas políticas de controle da doença e o tratamento através do isolamento compulsório foi abolido (BRASIL,1962), sendo substituído pelo tratamento em regime ambulatorial.

Contudo, a inexistência de uma rede de serviços funcionando adequadamente passou a se constituir em grande entrave na luta contra esta endemia e apesar da descoberta de novas drogas, como a Clofazimina (BROWNE,1962) e a Rifampicina (OPROMOLLA,1963, LEVY,1976) nas décadas de 60 e 70 respectivamente, muitos pesquisadores começaram a evidenciar a resistência medicamentosa à monoterapia sulfônica como resultado do uso irregular deste esquema terapêutico.

Os esquemas terapêuticos recomendados no final da década de 70 (BRASIL,1976) passaram a incluir a Rifampicina para os doentes multibacilares e a monoterapia sulfônica para os

\* Coordenador do Programa de Controle de Hanseníase do Estado de São Paulo.

\*\* Médica Sanitarista - Divisão de Hanseníase do CVE

\*\*\* Pesquisadora Científica

\*\*\*\* Diretora da Div. de Hanseníase do CVE.

doentes paucibacilares em períodos de tratamento de longa duração (no mínimo 5 anos para os multibacilares e 2 anos para os paucibacilares). Assim, até então, milhares de casos eram diagnosticados no mundo anualmente, que iam sendo somados aos casos dos anos anteriores resultando num acúmulo de casos registrados, o qual implicou no aumento do coeficiente de prevalência ano a ano.

No início da década de 80a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar o uso do esquema poliquimioterápico (O.M.S.,1982), associando a Rifampicina ao tratamento monoterápico dos doentes paucibacilares e a Clofazimina ao tratamento dos doentes multibacilares, que também passaram a receber a Rifampicina em doses intermitentes durante todo o tratamento. O tempo de tratamento preconizado passou a ser de seis meses para os paucibacilares e dois anos para os multibacilares, sendo portanto, bastante reduzido.

A redução do tempo de tratamento e o conceito de cura, muito embora encontrando algumas resistências na comunidade científica, passou a ser adotado pela maioria dos países, com o aval do Comitê de Terapêutica da Organização Mundial de Saúde, e assim, uma nova realidade na história secular desta endemia começa a ser escrita, observando-se a inversão do fluxo de entradas e saídas do registro ativo dos doentes (O.M.S.,1993a), evidenciando-se anualmente um número maior de saídas por cura do que entradas, com conseqüente redução do número de doentes registrados, bem como a queda do coeficiente de prevalência (O.M.S.,1993b, BRASIL,1995).

No final da década de 80 a maioria dos países endêmicos já havia implantado o esquema poliquimioterápico. O Brasil passou a fazê-lo partir de 1990 (BRASIL,1989), após ter desenvolvido grandes esforços na reorganização de serviços em anos anteriores como parte de estratégia nacional para a implantação deste esquema terapêutico, capacitando pessoal em massa, e investindo em equipamentos e insumos necessários para a implantação da rede de serviços de ações de controle de hanseníase de todo o país.

Em 1991, durante a 449 Conferência

Mundial de Saúde, após a avaliação dos resultados obtidos com a implantação da poliquimioterapia, os países membros comprometeram-se a eliminar a Hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000, definindo-se eliminação como a redução do coeficiente de prevalência para menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes (CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SAÚDE,1991). Neste Conferência o Brasil estava representado, passando assim a ser signatário deste compromisso.

## 2. PRINCIPAIS RESULTADOS

O número de casos registrados no mundo, segundo informações da Organização Mundial de Saúde era de 2.850.000 em 1966, passando para 3.600.000 em 1976 e para 5.400.000 casos em 1985 (O.M.S.,1993a). A partir de então, este número começou a cair chegando a 3.200.000 casos em 1991 e 1.900.000 casos em 1993 (O.M.S., 1993b). Notamos assim a inversão da tendência ao acúmulo de casos partir da metade da década de 80, resultado do uso em larga escala dos esquemas poliquimioterápicos, da redefinição do tempo de tratamento, bem como em decorrência dos critérios adotados para alta por cura.

No Brasil, o número de casos registrados foi aumentando até o ano de 1990, passando a declinar à partir de 1991, conforme pode ser observado abaixo (BRASIL,1995):

**Tabela 1.** Número de casos de hanseníase registrados no Brasil, 1985-94.

Ano de Registro	N. absoluto de casos
1985	222.797
1986	234.006
1987	239.328
1988	256.979
1989	266.578
1990	278.692
1991	250.066
1992	228.755
1993	167.856
1994	152.154

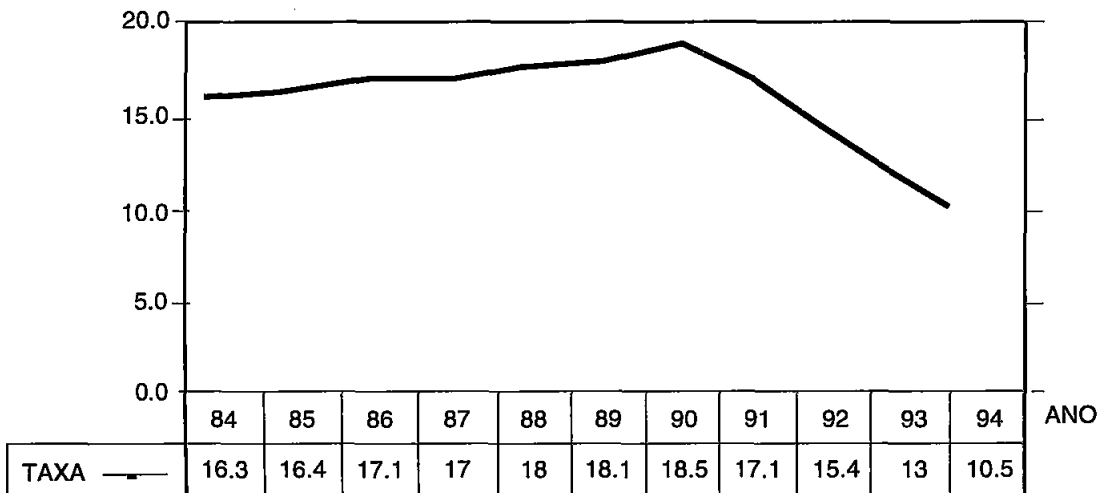
A inversão observada no mundo à partir de 1987, somente aconteceu no Brasil à partir de 1991, quando a poliquimioterapia foi implantada em massa, cabendo reiterar que este atraso deveu-se principalmente aos grandes investimentos, a nível nacional, na reorganização dos serviços e na estratégia de implantação

gradual à partir de projetos piloto distribuídos por todos o país.

A redução do número absoluto de casos registrados refletiu-se nos coeficientes de prevalência que começaram a diminuir à partir de 1991 como pode ser observado no Gráfico 1:

**Gráfico 1.** Coeficientes de prevalência de hanseníase no Brasil - 1984-94.

Prevalência / 10.000 habitantes



FONTE: ONDS/CENEPUFNS/MS

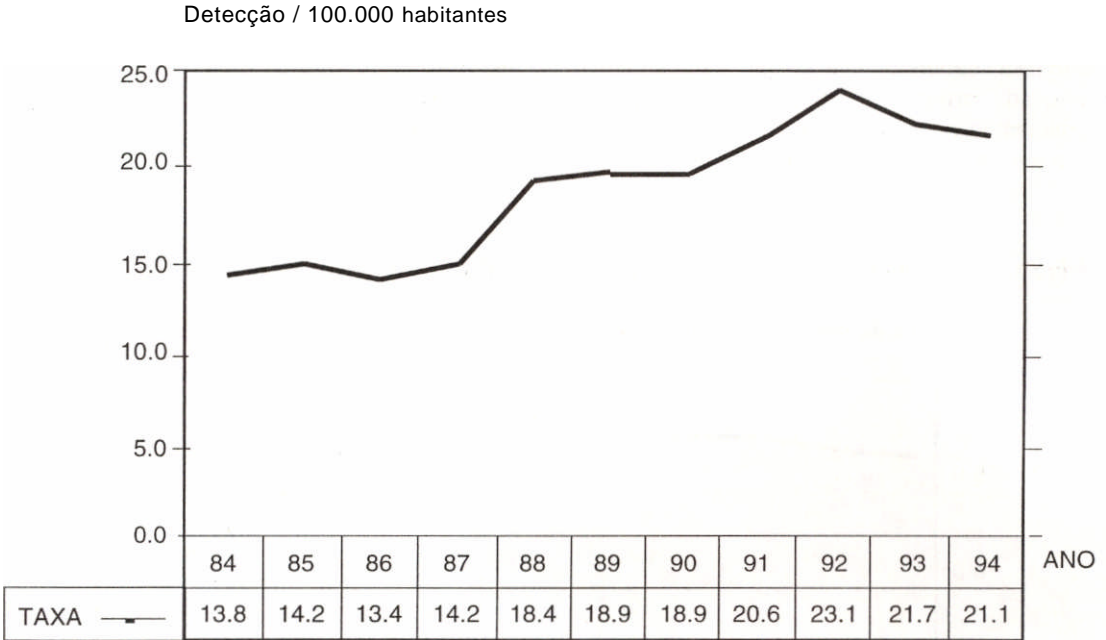
Obs.: os estados de Roraima e Matra Grosso do Sul não informaram dados

Cabe destacar que neste período houve importante incremento na detecção de casos, como pode ser visto no **Gráfico 2** evidenciando assim uma melhora na capacidade operacional de diagnóstico, muito provavelmente decorrente dos esforços desenvolvidos na reorganização dos serviços em todo o território nacional.

Portanto a redução dos coeficientes de prevalência encontra justificativa não na

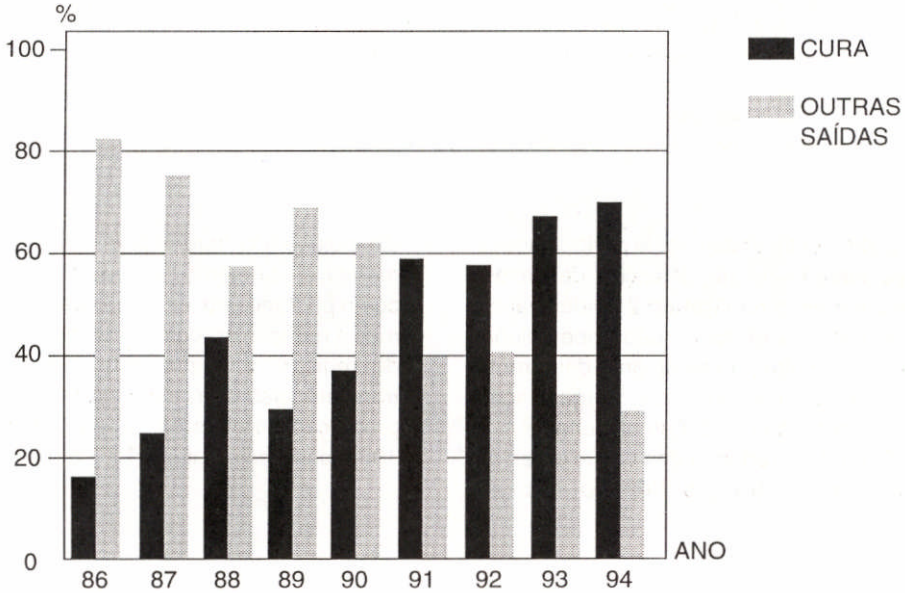
diminuição do número de casos diagnosticados, mas sim no aumento do número de altas por cura, como podemos observar no **Gráfico 3**. Observamos a redução gradativa da proporção de saídas do registro ativo por outros motivos (óbitos, transferências, altas estatísticas) e o aumento da proporção de altas por cura à partir do ano de 1986, com maior intensidade a partir de 1991.

**Gráfico 2.** Taxas de detecção de casos novos de hanseníase, Brasil - 1984-94.



FONTE: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde

**Gráfico 3.** Percentual de curas entre as saídas do Registro Ativo de Hanseníase - 1986-94



FONTE: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde

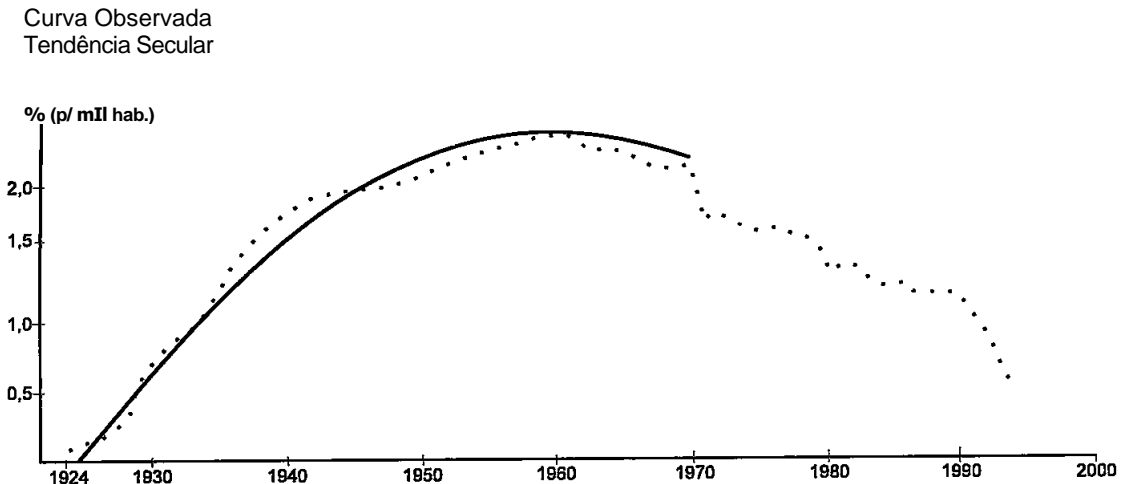
No Estado de São Paulo o número absoluto de doentes registrados no período de 1975 a 1994 apresentou discreta tendência ao crescimento, muito embora tenha apresentado

flutuações neste mesmo período (SAO PAULO,1993). A partir de 1991 observamos uma diminuição acentuada, conforme observação a seguir.

ANO	N. de Casos	ANO	N. de Casos
1985	35.116	1975	36.947
1986	36.820	1976	38.958
1987	37.534	1977	...
1988	37.780	1978	41.000
1989	38.883	1979	39.479
1990	39.805	1980	41.091
1991	35.540	1981	33.438
1992	38.574	1982	30.122
1993	36.512	1983	24.481
1994	36.958	1984	17.536

As repercussões de redução do número absoluto nos coeficientes de prevalência podem ser observadas no Gráfico 4, que inclui, além dos anos acima citados, todo o período de controle no Estado de São Paulo, ou seja, desde 1924, cabendo destacar que a série histórica de 1924 a 1970 está contida na Tese de Doutorado do Dr. Walter Belda (BELDA,1974) e o período de 1971 a 1994 a partir dos registros da Divisão Técnica de Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (SAO PAULO,1993) .

**Gráfico 4.** Prevalência da Hanseníase no período de 1924 a 1994 e Curva Teórica no período de 1924 a 1970 no Estado de São Paulo

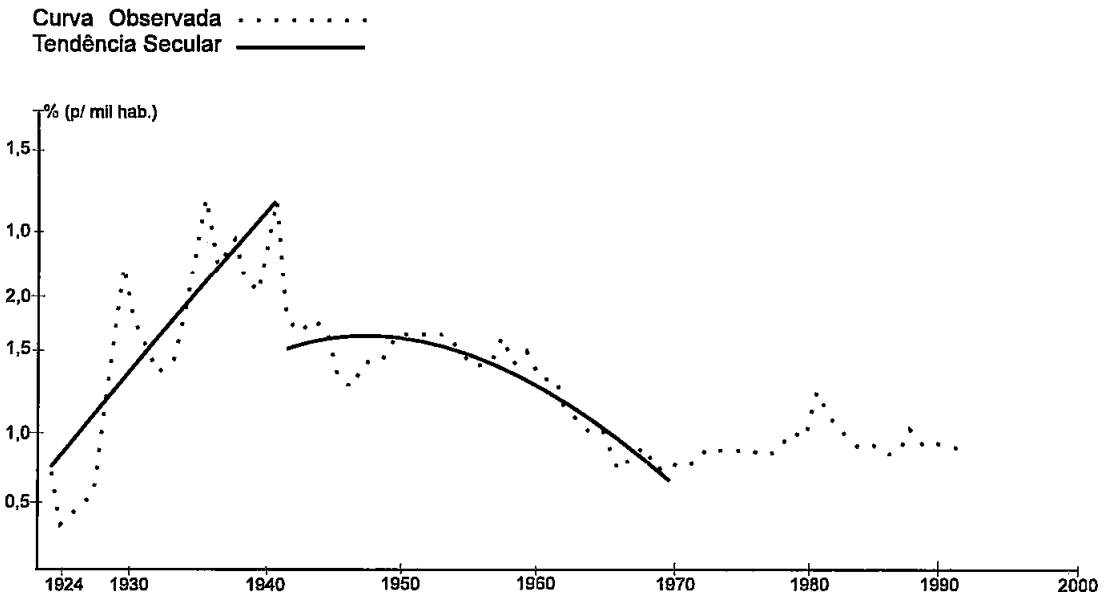


FONTE: Tese de Doutorado Dr. Walter Belda (1924 a 1970)  
Divisão Técnica de Hanseníase/CVE (1971 a 1993)

Nesta série histórica podemos observar que a partir do final da década de 40 tivemos uma redução no ritmo de crescimento da endemia, notando-se a inversão da tendência de crescimento à partir do final da década de 70, passando à partir de então a cair gradativamente até o ano de 1990 quando se acentua a diminuição dos coeficientes de prevalência dos anos que seguem, mostrando que neste Estado a endemia já vinha apresentando diminuição dos coeficientes de prevalência, até mesmo antes da implantação do esquema poliquimioterápico.

Observando-se a detecção neste mesma série histórica no Gráfico 5 notamos que apresentou tendência nitidamente crescente no período de 1924 a 1942, passando a tendência decrescente de 1943 a 1970 (Tese do Dr. Walter Belda), e a partir de 1971 muito embora não se disponha da curva de tendência a série histórica evidencia um discreto aumento da detecção, permitindo-nos inferir uma provável melhora na capacidade operacional de detecção e creditar a queda da prevalência ao incremento do número de altas por cura, o que pode ser confirmado na tabela 2 que mostra o número total de saídas e dentre estas, o total de altas por cura.

**Gráfico 5.** Taxas de detecção de hanseníase no período de 1924 a 1993 e Tendências seculares dos períodos de 1924 a 1940 e de 1940 a 1970 no Estado de São Paulo



FONTE: Tese de Doutorado Dr. Walter Balda (1924 à 1970)  
Divisão Técnica de Hanseníase/CVE (1971 à 1993)

**Tabela 2.** Número de entradas e saídas totais do registro ativo de hanseníase e número de altas por cura, por ano de registro, Estado de São Paulo - 1989-94

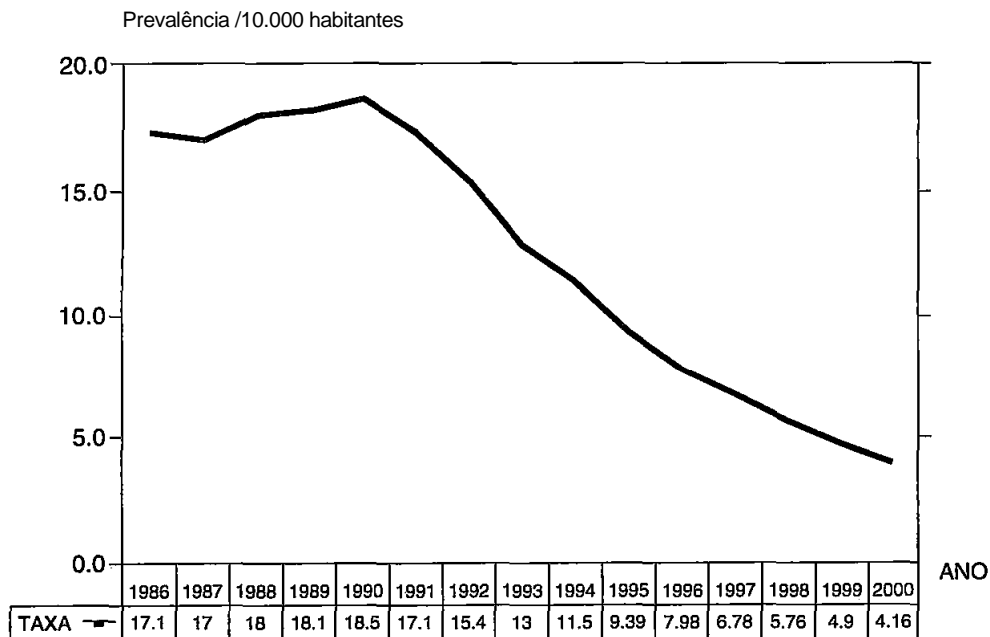
Ano de Registro	REGISTROS		
	Nº de Entradas	Total de Saídas	Nº de Altas por cura
1989	3.177	2.994	1.450
1990	3.303	3.040	1.389
1991	3.276	4.799	2.517
1992	2.983	15.132	13.595
1993	2.927	9.896	8.830
1994	2.929	10.512	9.080

FONTE: SVE-CVE - Divisão Técnica de Hanseníase

Observamos que à partir de 1991 houve importante incremento no número de doentes retirados do registro ativo, mais acentuado nos anos subseqüentes de 1992, 1993 e 1994, e que, o principal motivo foi a alta por cura, totalizando nestes quatro anos 40.338 pacientes, contra uma entrada de 12.115 pacientes no mesmo período (SAO PAULO, 1992, 1993).

vem sendo observado não só no mundo, como no Brasil e também no Estado de São Paulo (SAO PAULO, 1994a), vem de encontro às expectativas mundiais de viabilidade da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e, o Ministério da Saúde, à partir dos resultados observados à partir de 1986 elaborou uma projeção da prevalência até o ano 2000 (SAO PAULO, 1994b) (Gráfico 6.).

O elevado número de altas por cura que

**Gráfico 6.** Taxas de Prevalência anual de hanseníase no Brasil, 1986-2000

Fonte: Coord. Nac. de Derm. Sanitária/Min. de Saúde.

Podemos observar uma esperança de redução da prevalência nacional para níveis próximos de 5 casos em cada 10.000 habitantes, longe ainda do nível recomendado para a eliminação, menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes, todavia, inferior ao coeficiente de 18,5 casos/10.000 hab. observado no início da década de 90.

Da mesma forma ao analisarmos os últimos resultados auferidos temos que a projeção da prevalência do Estado de São Paulo para o ano 2000, gira ao redor de 6000 (SÃO PAULO, 1994a) casos, correspondendo a um coeficiente menor que 2 doentes a cada 10.000 habitantes, coeficiente este também bastante inferior a prevalência do início da década (11,6/10.000 hab) mas, ainda bem superior ao nível de eliminação recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

### 3. PRINCIPAIS MOTIVOS QUE IMPEDEM A ELIMINAÇÃO

Avaliando-se os resultados observados acima, a questão que se levanta está relacionada aos motivos pelos quais, a nível federal e estadual, se considera viável o alcance da meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

A justificativa para este fato esta principalmente relacionada aos critérios adotados pelo país para alta estatística, mantendo em registro por 10 anos os doentes multibacilares e 5 anos os doentes paucibacilares. Desta forma os casos em abandono vão se acumulando ano após ano contribuindo assim para coeficientes de prevalência mais elevados. Muitos países do mundo vem adotando critérios diferentes, sendo que alguns retiram do registro os doentes em abandono no final de cada ano, o que facilita bastante o alcance da meta de eliminação.

Estes procedimentos normatizados para alta estatística vem sendo continuamente discutidos pelo Comitê Assessor da Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária e os critérios atualmente adotados vêm sendo referendados pela maioria dos integrantes deste Comitê, o que justifica a adoção destes critérios principalmente

considerando-se o período de incubação da doença e a necessidade do desenvolvimento de esforços operacionais prevenindo a irregularidade do tratamento, a prevenção e a recuperação dos casos em abandono, para que a meta de eliminação seja alcançada efetivamente e não simplesmente as custas de subterfúgios estatísticos.

O número de doentes não atendidos/ não informados no Brasil no ano de 1994 foi de 68.545 casos, correspondendo a 45% do total do registro ativo. Inclui todos os casos de abandono acumulados até 10 anos para os multibacilares e até 5 anos para os paucibacilares (SAO PAULO,1994a). Com a rápida redução do registro ativo pela cura dos casos atendidos, a expectativa para o ano 2000 é de um elevado número de casos em abandono dentro do registro ativo, justificando o desenvolvimento de esforços no sentido da recuperação e tratamento desses casos.

No Estado de São Paulo em 1993 estavam em abandono 7530 casos, representando 30% do registro ativo. Após os trabalhos de recuperação durante o ano de 1994, este número foi reduzido para 5852, correspondendo a 33% do registro ativo do ano (SÃO PAULO, 1994a). Este exemplo evidencia que apesar dos esforços e da recuperação de 2161 casos, a proporção do abandono acabou aumentando, uma vez que, o peso dos 5852 em relação ao registro ativo de 17536 é maior do que o peso de 7530 em relação aos 24481 casos.

Mantendo-se as condições operacionais atuais da rede de serviços do país e do Estado de São Paulo, a eliminação somente será alcançada com a mudança dos atuais critérios de alta estatística, apesar de que não parece ser a tendência da imensa maioria dos técnicos que coordenam as ações de controle no país e nos estados.

Finalizando, a utilização em massa dos esquemas de duração fixa de 6 e 24 doses em até 9 meses e 36 meses para doentes pauci e multibacilares respectivamente, vem contribuindo para a identificação de um novo problema para o alcance da meta da eliminação, relacionando a ocorrência de recidiva. Muitos técnicos, de nível local vêm levantando suas preocupações, mesmo



antes de qualquer comprovação científica que quantifique a ocorrência de recidiva na intensidade que muitos vêm propagando. Alguns técnicos elaboraram protocolos de investigação para o dimensionamento real deste fenômeno, e até que se obtenham resultados conclusivos, continuamos no campo da especulação.

Contudo, dependendo da intensidade com que ocorrem, as recidivas podem vir a se constituir em

mais um entrave para o alcance da eliminação, uma vez que parte dos doentes considerados curados regressariam para tratamento.

Assim a meta de eliminação encontra no momento, como principais obstáculos a irregularidade e o abandono do tratamento, e a possibilidade das recidivas virem a compor o elenco de preocupações que podem inviabilizar o alcance desta meta.

**SUMMARY** - *Advances in the therapy and the introduction of MDT, as well as changes in the concept of cure have led to a new reality in the century-old history of Hansen's disease in the world, reversing the flow of entry and discharge from the records, with a significant decrease of prevalence rates.*

*In Brazil, after investments in service reorganization, with emphasis in personnel upgrading and the constant supply of medication, results were noticed up from 1991. In the State of São Paulo, historic prevalence series from 1924 to 1994 show a decrease since the seventies, with an even more marked decrease from 1991, with the introduction of MDT.*

*Results from this new scheme in the world were reported in the 44th World Health Conference, in which member countries committed to eliminate Hansen's disease as a public health problem until the year 2000. Finally, documental aspects of these goals are also presented by Brazil and the State of São Paulo, identifying, as a major obstacle to prevalence reduction, in venunes of elimination, the discharge from records criteria accepted for cured cases, allowing for relapses.*

**Key-words:** *Eimination, MDT, Prevalence.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELDA, W. **A endemia da hanseníase no Estado de São Paulo.** Tese (Doutorado). Apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
2. BRASIL. Leis e Decretos. Decreto **Lei n.968 de 07/05/1962, Artigo 13.** Brasília: Governo Federal do Brasil.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação sobre controle de doenças na área de Dermatologia Sanitária.** Portaria n.165 de 14/05/1976.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Portaria n°01 de 07/11/1989.**
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Informações Epidemiológicas da Hanseníase no Brasil, 1995.**
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Prevalência da hanseníase no Brasil de 1986 a 1994 e projeto de prevalência até o ano 2000.** Brasília, 1995.
7. BROWNE, S.G., HOGERZEIL, L.M. B 663 in the treatment of leprosy. **Leprosy Rev.,** v.33, p.6-10, 1962.

NOGUEIRA, W. Perspectivas de eliminação da hanseníase.

8. CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SAÚDE, 44, Genebra, 1991. Organização Mundial da Saúde.
9. FAGET, G.M., JOHANSEN, F.A., ROSS, H. Sulfanilamide in the treatment of leprosy. **Public Health Reports**, 57:1892-1899, 1942.
10. LEVY, G.H., SHEPARD, C.C., FASAL, P. The bactericidal effect of rifampicin on *M. leprae* in man: a) Single doses of 600,900 and 1.200 mg, and b) daily doses of 300 mg. **Int. J. Leprosy**, v.44, p.183-187, 1976.
11. OPROMOLLA, D.V.A. Firts results of the use of rif amycin SV in the treatment os lepromatous leprosy. In: INTERNATIONAL LEPROSY CONGRESS, 82, Rio de Janeiro, 1963. **Transactions**.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual para controle da hanseníase. OPAS/ OMS, 1993.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Weekly epidemiological record**, n.25, Junho, 1993.
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Chemotherapy of leprosy for control programmes**: report of a WHO study group. Geneve, 1982. (OMS, Serie de Informes Tecnicos, 675)
15. SAO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac. Divisão Técnica de Hanseníase. Arquivo de Informações Epidemiológicas.
16. SAO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac. Divisão Técnica de Hanseníase. **Relatório da endemia hansênica no Estado de Sao Paulo**, 1993.
17. SAO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac. Divisão Técnica de Hanseníase. **Relatório da endemia hansênica no Estado de ado Paulo**, 1994.