

Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais¹

Assessment of the status of leprosy in the city of Londrina - PR from 1997 to 2001: epidemiological, operational and organization aspects

Maria Priscila Amed Ali Barro²

Resumo

Estudo descritivo objetivando obter um perfil do paciente hanseniano e avaliar o programa de controle da hanseníase do município de Londrina no período de 1997 a 2001. Foram utilizados dados eletrônicos de 459 fichas cadastradas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação do Setor de Dermatologia Sanitária. A análise do programa foi baseada nos parâmetros epidemiológicos, operacionais e organizacionais definidos pelo Ministério da Saúde. Constatou-se que o perfil do paciente hanseniano era de uma maioria masculina (56,0%), entre 35 a 54 anos (42,0%), com escolaridade até o 1º grau (63,0%), apresentando predominantemente as formas tuberculóide (33,3%) e virchowiana (26,6%), chegando ao serviço encaminhado por outros serviços de saúde (80,0%). Verificou-se uma diminuição da prevalência (2,8 para 1,6/10.000 habitantes) e do coeficiente de detecção (2,3 para 1,5/10.000 habitantes), esse entretanto, permanece alto, apontando para uma prevalência da endemia devido à alta detecção de formas tuberculóides. Pacientes avaliados quanto ao grau de incapacidade no diagnóstico aumentaram consideravelmente. A alta por cura foi considerada boa para os paucibacilares e regular para os multibacilares. No geral, o serviço foi considerado de boa qualidade, no entanto falhas na aderência ao tratamento, na busca de casos índices, na divulgação sobre a hanseníase e na falta de integração com outros serviços foram detectadas.

Palavras-chave: hanseníase; epidemiologia; prevenção e controle

Recebido em 09/01/04. Última conexão em 03/01/05. Aceito em 11/01/05

¹Extraído da monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva. Correspondência: R. Paranaguá, 840, apto 1301. Londrina, PR. CEP 86020-030. barro@sercomtel.com.br

²Fisioterapeuta do Centro Integrado de Doenças Infecciosas de Londrina - PR. Especialista em Saúde Coletiva.

Introdução

A hanseníase, uma doença milenar e hoje de baixa incidência em grande parte do mundo, ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil¹⁻³. É uma doença de evolução crônica que afeta principalmente os nervos periféricos e a pele⁴⁻⁶.

Estima-se que em 1985 existiam cerca de 10 a 12 milhões de casos de hanseníase no mundo^{7,8} e cerca de 122 países eram considerados endêmicos. Em 1991 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a redução do número de casos de hanseníase em 90,0% até o ano 2000 e lançou o "Plano de Eliminação da Hanseníase" que possuía os seguintes objetivos: realizar o diagnóstico de todos os casos esperados; utilizar a poliquimioterapia em 90,0% dos casos registrados, propor soluções apropriadas e adaptadas à realidade local para seguimento dos casos; intensificar ações de vigilância epidemiológica e desenvolver ações de prevenção e tratamento de incapacidades⁹⁻¹¹. Este plano foi bem sucedido em vários países. No final de 2000, a hanseníase deixou de ser um problema de saúde pública em 107 países, e a prevalência foi reduzida em 89,0%⁷. Hoje, 15 países continuam lutando contra a doença, inclusive o Brasil, que em número de casos é precedido pela Índia, e seguido por Madagascar, Moçambique, Nepal e Tanzânia entre outros¹². Entre as Américas, o Brasil ocupa o primeiro lugar, sendo responsável atualmente por cerca de 80,0% do total dos casos (cerca de 38.390 novos casos registrados em 2002 em um total de 78.403). Infelizmente, a meta de um paciente por 10.000 habitantes não foi alcançada no nosso país e foi atualizada para o ano de 2005^{9, 13, 14}.

Atualmente, a prevalência da hanseníase no Brasil é de 3,8 por 10.000 habitantes. As regiões Norte e Centro-Oeste lideram os índices de prevalência no país, com 11,3 e 8,4 por 10.000 habitantes respectivamente. No Sul, o Estado do Paraná ocupa o primeiro lugar em número de casos. Em 2003, a prevalência era de 2,3 enquanto que em Santa Catarina era de 1,2 e no Rio Grande do Sul de 0,3 por 10.000 habitantes¹⁴.

A cidade de Londrina com 69 anos de fundação, 447.065 habitantes e uma área de influência de 4.5 milhões de habitantes, é considerada a segunda cidade do Estado^{15,17}. A prevalência da hanseníase em Londrina tem seguido o mesmo curso da prevalência no Brasil e no mundo, diminuindo a cada ano; entretanto figura no mapa de cidades prioritárias no combate à hanseníase do Paraná¹⁷.

Atualmente, o diagnóstico e tratamento da hanseníase na rede pública de Londrina estão sendo descentralizados, no entanto, quando este estudo foi realizado, os mesmos eram centralizados no CIDI (Centro Integrado de Doenças Infecto Contagiosas). Os casos suspeitos eram encaminhados para o CIDI onde eram diagnosticados e tratados no Setor de Dermatologia Sanitária (SDS). Atualmente este oferece atendimento para pacientes de Londrina e região. Pacientes de cidades próximas podem receber tratamento em Londrina se assim desejarem, devido a estigmatização ou segregação social que possam vir a sofrer em cidades menores^{14,18,19}.

Uma das principais dificuldades encontradas no diagnóstico da hanseníase é a demora do profissional da saúde em suspeitar de hanseníase devido à variedade de diagnósticos diferenciais. Na maioria das vezes o paciente passa por mais de um médico até que o diagnóstico da hanseníase seja feito. Segundo Queiroz¹⁹, 90,0% dos pacientes passam por pelo menos um diagnóstico errado. O fato dos sintomas iniciais não serem muito evidentes e nem atrapalharem muito a vida do indivíduo, adicionado ao despreparo de alguns profissionais, implica muitas vezes em um diagnóstico tardio²⁰.

Dentro deste contexto, o presente estudo tem como objetivo geral, analisar a situação epidemiológica da hanseníase em Londrina na série histórica de 1997 a 2001, utilizando os indicadores epidemiológicos, operacionais e organizacionais preconizados pelo Ministério da Saúde, com o intuito de subsidiar estratégias de ação regional para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Espera-se ainda traçar o perfil do paciente hanseniano em Londrina; investigar a maneira pela qual esse chega ao atendimento (comunicante, demanda espontânea, encaminhamento) e analisar a qualidade do serviço de saúde, especificamente o SDS, através dos aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado no município de Londrina, localizado no norte do Estado do Paraná. Uma cidade inserida em um contexto rural e que caracteriza-se também pela prestação de serviços e por seu parque industrial em desenvolvimento.

Para este estudo foram selecionados os pacientes atendidos no CIDI e que residiam em Londrina no período de 1997 a 2001, totalizando 459 pacientes.

Pacientes recidivantes novamente cadastrados e considerados casos novos, estão inclusos no grupo e totalizam 33 pacientes neste período.

Os dados foram coletados no CIDI de Londrina em maio de 2002. Foram utilizados dados eletrônicos das Fichas de Investigação Epidemiológica da Hanseníase registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), relativos aos casos confirmados dos residentes na cidade de Londrina, utilizando-se das seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, modo de entrada, modo de detecção, forma clínica, classificação operacional, avaliação de incapacidade no diagnóstico.

Para a análise da situação da hanseníase no município e da qualidade do atendimento prestado à população foi utilizado o questionário específico contido no "Guia para implantar/implementar as atividades de controle da Hanseníase nos planos Estaduais e Municipais de Saúde", editado pelo Ministério da Saúde". Este contém aspectos epidemiológicos e operacionais que englobam avaliações dos coeficientes de prevalência e de detecção, avaliação de incapacidades e percentagem de alta na coorte de multibacilares (MB) e paucibacilares (PB).

Informações sobre a organização dos serviços e sistema de informação foram obtidas através de entrevista realizada com o responsável pelo SDS no CIDI, contemplando os seguintes elementos: divulgação de sinais e sintomas da hanseníase; suspeição diagnóstica e encaminhamento; confirmação diagnóstica; tratamento com PQT/OMS; prevenção e tratamento de incapacidades físicas; exame e vacinação BCG dos contatos; tratamento de intercorrências e complicações em nível ambulatorial e hospitalar, e reabilitação física e psico-social.

Os dados populacionais foram obtidos na página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de acordo com dados de Estimativas de População²².

Resultados

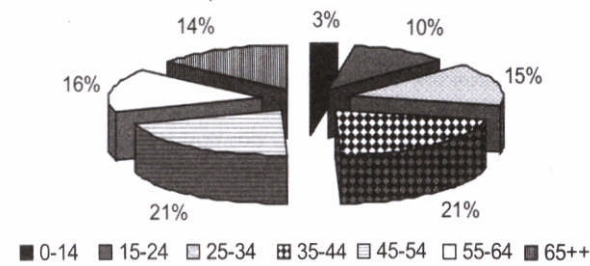
Perfil dos pacientes hansenianos em Londrina:

No período analisado, pudemos constatar que 42,0% dos pacientes encontravam-se na faixa etária de 35 a 54 anos (Figura 1). No sexo masculino a maior incidência, 21%, ocorreu entre 35 e 44 anos (66 casos); entretanto se levarmos em consideração as idades entre 25 a 64 anos a distribuição entre as faixas etárias foi de certa forma homogênea. Já no sexo feminino, 122 casos ocorreram entre 35 e 54 anos (53%). A percentagem de menores de 15 anos de ambos os sexos foi de 3,0% (13 casos) (Figuras 1 e 2). Considerando os dados quanto ao sexo dos pacientes, 56,0% eram masculinos e 44,0% femininos. Com relação à forma clínica, predominaram as formas consideradas polares da doença - tuberculóide (33,3%), dimorfa (18,7%) e virchowiana (26,6%), sendo que a indeterminada representou 21,4% do total.

Podemos perceber que as formas multibacilares mantiveram-se em um patamar mais ou menos constante no período analisado (Figura 3). O mesmo não pode ser dito com relação às formas paucibacilares. Em 1997, a forma tuberculóide representava 19,3% dos pacientes, e em 2001 este percentual aumentou para 44,6%. Já a indeterminada representava 26,9% dos pacientes em 1997 e em 2001 somente 13,5%. Observando a distribuição das formas clínicas quanto ao sexo, 54,5% das formas paucibacilares, foram encontradas no sexo feminino e 68,7% das multibacilares no masculino.

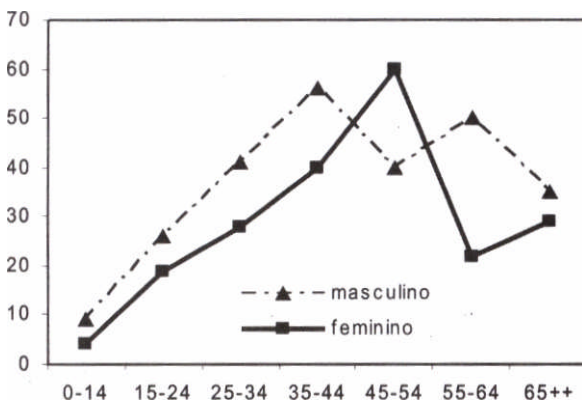
Atentando para o grau de instrução, a grande maioria dos pacientes possuía o primeiro grau (63,0%), seguidos pelos analfabetos e os com o primeiro grau incompleto (18,0%), segundo grau (12,0%), superior (4,0%) e de escolaridade ignorada (3,0%). Com relação ao modo de entrada, os casos novos constituíram 83,0% do total, seguidos das recidivas (7,0%) e de outros modos (10,0%). Quanto ao modo de detecção, 80,0% foram encaminhados por outros serviços, 16,0% diagnosticados através do exame de contatos e 4,0% corresponderam à demanda espontânea.

Figura 1. Percentual de casos de hanseníase residentes no município de Londrina/PR segundo a faixa etária no período de 1997 a 2001.



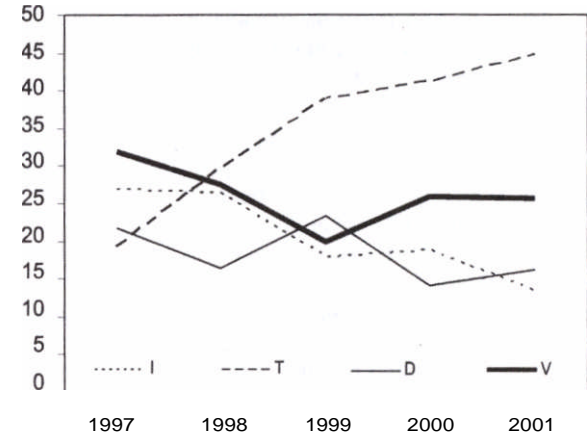
Fonte: Fichas Epidemiológica e Clínica - CIDI/Londrina

Figura 2. Distribuição dos casos de hanseníase residentes no município de Londrina/PR, segundo a faixa etária e sexo no período de 1997 a 2001



Fonte: Fichas Epidemiológica e Clínica - CIDI/Londrina

Figura 3. Incidência da hanseníase no município de Londrina/PR no período de 1997 a 2001 segundo as formas clínicas.



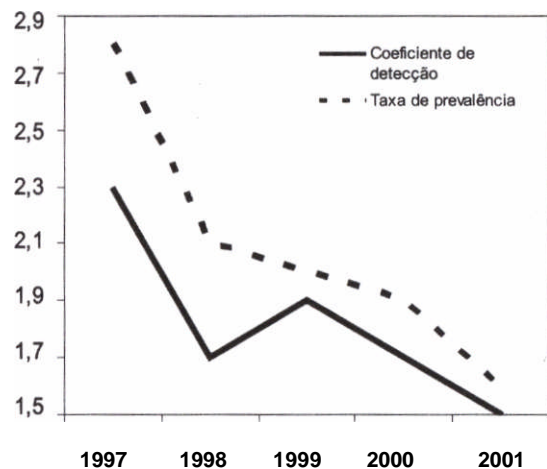
Fonte: Fichas Epidemiológica e Clínica - CIDI/Londrina

Análise da situação da hanseníase no município

Aspectos epidemiológicos e operacionais

Para uma análise dos aspectos epidemiológicos e operacionais utilizamos em um primeiro momento os indicadores de prevalência e de detecção. Considerando o gráfico (Figura 4), percebeu-se que nos últimos cinco anos, a prevalência na cidade de Londrina foi diminuindo gradualmente. Em 1997, esta era de 2,8 por 10.000 habitantes e em 2001 de 1,6. Valores esses considerados médios pelos indicadores pré-estabelecidos pela ADTS (Área Técnica de Dermatologia Sanitária) e pela OMS. O coeficiente de detecção, que se concentra nos casos novos por ano, foi de 2,3 por 10.000 habitantes em 1997, sendo considerado muito alto, e de 1,5 em 2001, considerado alto.

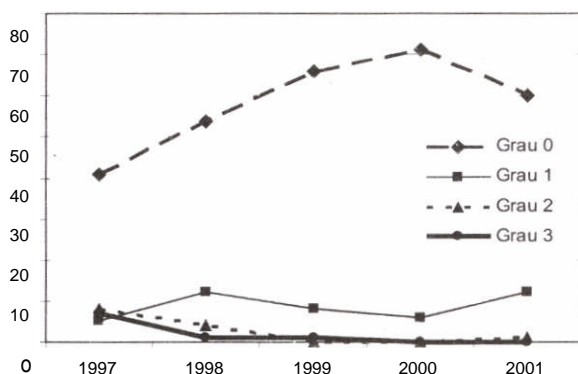
Figura 4. Taxa de prevalência e coeficiente de detecção da hanseníase no município de Londrina/PR no período de 1997a 2001.



Fonte: Fichas Epidemiológica e Clínica - CIDI/Londrina

Entre os casos novos diagnosticados em Londrina, 51,0% foram avaliados quanto ao grau de incapacidades no momento do diagnóstico em 1997 e 98,6% em 2001. Cerca de 24,5% dos pacientes avaliados apresentaram grau de incapacidade II e III em 1997 e 1,3% em 2001. Podemos acompanhar a evolução destes dados no gráfico abaixo (Figura 5).

Figura 5. Grau de incapacidades dos pacientes hansenianos avaliados no momento do diagnóstico no município de Londrina/PR no período de 1997 a 2000



Fonte: Fichas Epidemiológica e Clínica - CIDI/Londrina

Analisando o número de paucibacilares que iniciaram o tratamento há dois anos, pesquisando os pacientes cadastrados no ano 2000, a alta por cura foi de 94,0%, considerada boa segundo parâmetros pré-estabelecidos. Quanto ao número de multibacilares que iniciaram o tratamento há quatro anos, utilizando os pacientes cadastrados no ano de 1998, a alta por cura foi de 85,0%, sendo considerada regular.

Organização dos Serviços

O ADTS preconiza que as ações de controle da hanseníase devam ser gerenciadas pelo município, além de estarem inseridas em toda a rede de serviços de saúde. Londrina se encontra em um processo de transição quanto à municipalização das ações de controle da hanseníase. Dentro da rede pública, o SDS centraliza as atividades de confirmação diagnóstica, prevenção e tratamento de incapacidades físicas, exame de contatos e encaminhamento para vacinação BCG dos mesmos, tratamento de intercorrências e complicações em nível ambulatorial e encaminhamento destas em nível hospitalar. A integração com outras áreas, como o Programa de Saúde da Família (PSF), Educação em Saúde, Imunizações, etc., encontra-se em fase de implantação.

Ainda dentro da atenção ao paciente hanseniano, a divulgação de sinais, sintomas e cura; locais de tratamento e reabilitação física e psico-social do paciente não têm sido realizadas pelo serviço ou município.

Sistema de Informação

A hanseníase é uma doença de notificação obrigatória em todo o país. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) deve ser utilizado para fornecer dados em nível municipal, estadual e nacional.

A informatização do SINAN em Londrina na área da hanseníase existe desde 1996 e sua atualização periódica facilita o acesso às informações.

Discussão

Perfil dos Pacientes Hansenianos em Londrina

O perfil do paciente hanseniano em Londrina, não difere muito do perfil apresentado em outros estudos, apesar de apresentar algumas particularidades. Comparando a faixa etária dos nossos pacientes com de outros estudos²³⁻²⁵, a população acometida pela hanseníase em Londrina encontra-se em uma faixa etária um pouco mais avançada (35 a 54 anos). Sabe-se que a idade mais freqüente de acometimento da hanseníase, por esta ter um longo período de incubação, é entre 20 e 30 anos, ou seja, adultos jovens. Entretanto, em lugares de baixa prevalência, novos casos entre os idosos são comuns, assim como entre pessoas com alteração do sistema imune, que são mais susceptíveis a esta e a outras doenças²⁶.

No estudo realizado por Asseis²³ em Londrina no período de 1968 a 1978 os pacientes do sexo masculino representavam 65,0% do total pesquisado. A maior freqüência da doença no sexo masculino é relatada na literatura e em vários estudos²⁴⁻²⁷; a suscetibilidade do indivíduo masculino à hanseníase em alguns casos, segundo Yoder²⁶, está relacionada ao perfil imunológico e pode ter caráter genético. O estudo atual mostra uma diminuição na diferença de acometimento entre os sexos, o que pode sugerir uma melhora do acesso feminino ao sistema de saúde^{24,28}. O predomínio das formas paucibacilares no sexo feminino e as multibacilares no masculino confirma dados da literatura, que sugerem uma maior suscetibilidade masculina às formas multibacilares^{26,29-31}.

No período estudado, as formas tuberculóides predominaram de forma crescente. Segundo Lombardi¹, uma maior proporção de formas tuberculóides está associada a uma prevalência mais alta, e, por conseguinte, a uma expansão da doença. Já a baixa porcentagem de pacientes da forma indeterminada e o grande número de pacientes multibacilares constituem um indicador, de acordo com Trindade²⁹ de diagnóstico tardio, como aponta ser o caso em Londrina.

A maioria dos pacientes pesquisados em Londrina possui baixo nível de escolaridade e de acordo com estudos feitos pelo IBGE³⁶ o grau de instrução dos pacientes reflete o nível socioeconômico em que vivem, confirmando assim o contexto de pobreza onde a maioria dos hansenianos se encontra. Sabemos que

historicamente a hanseníase está ligada à pobreza e a condições de vida precárias^{4,28,32-35}, assim sendo, é mais comumente encontrada nos países em desenvolvimento. É provável que quando as condições de vida passam por melhorias a tendência é a diminuição dos casos de hanseníase como visto na Europa, onde a hanseníase desapareceu por volta de 1870, e esse declínio foi associado aos avanços das condições socioeconômicas^{4,10,26}.

O número de pacientes que foram comunicantes de hansenianos cresceu de 13,0% em 1997 para 20,3% em 2001, o que confirma um aumento no exame dos contatos e melhor informação dos pacientes e seus familiares quanto à variedade de manifestações da hanseníase. No estudo de Asseis²³, que foi realizado em uma situação de alta endemicidade, o exame de contatos correspondeu a 5,0% dos casos. Penna¹⁰ afirma que é através da avaliação de contatos que se detecta o maior número de casos. Outros estudos têm demonstrado que a incidência da hanseníase em contatos está relacionada à forma multibacilar da doença e aos fatores imunológicos dos contatos. O indivíduo com maior risco de contrair a hanseníase seria aquele comunicante que não foi vacinado com BCG, apresentou resultado negativo para o teste de Mitsuda e que possui um multibacilar como caso-índice³⁷. Um outro estudo realizado com comunicantes encontrou uma incidência da hanseníase de 4 a 10 vezes maior entre os mesmos¹⁰.

Pacientes advindos de uma demanda espontânea pode significar um bom nível de informação sobre a doença pela população, quer seja pelo nível de endemicidade da mesma ou através dos meios de comunicação.

Nossos números apontam para uma demanda em torno de 4,0% do total de pacientes entre 1997 e 2001, considerada pequena se comparada com o estudo anterior sobre Londrina²³ e com o estudo de Lana²⁴ no qual esta representava respectivamente 9,0% e 33,7% do total. Esta pequena demanda espontânea pode indicar que a população londrinense possui pouca informação sobre a hanseníase ou sobre o local de tratamento, uma vez que o mesmo era centralizado Yoder²⁶ sugere que a divulgação sobre a hanseníase através dos meios de comunicação atualmente disponíveis se tornará um dos meios mais efetivos para que haja um aumento na demanda espontânea.

Análise da Situação da Hanseníase no Município de Londrina

A situação epidemiológica merece atenção, pois apesar da prevalência em Londrina estar diminuindo gradualmente, a detecção ainda permanece alta. Frist⁴ nos alerta para o fato de que a despeito da prevalência estar diminuindo em todo o mundo, a detecção tem se mantido alta, sendo este um fator preocupante. Levando em consideração o grande número de pacientes tuberculoides detectados estamos diante de uma possível prevalência oculta.

A presença de deformidades já instaladas reforça o estigma que a hanseníase já possui^{4,18,19,34} e implica em um comprometimento na qualidade de vida do paciente, levando-o muitas vezes a uma aposentadoria precoce. O número de pacientes avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico é um dos parâmetros pré-estabelecidos pela ADTS para avaliar a qualidade do serviço prestado à população. O desempenho do serviço quanto à avaliação de incapacidades foi considerado precário em 1997 e bom em 2001. Esta melhora pode ser explicada em parte pela presença no serviço de um profissional responsável em realizar a prevenção de incapacidades desde 1999.

Foi constatada uma porcentagem alta de pacientes com grau de incapacidade II e III em 1997. Segundo Carvalho¹ e outros^{4,29}, a expectativa de pacientes com incapacidades em uma situação sem controle da endemia é de aproximadamente 25,0% a 30,0%. No ano referido, a prevalência no município foi considerada média, o que não justifica o grande número de pacientes com incapacidades. No ano seguinte, a porcentagem de pacientes com grau II e III caiu para menos de um terço do ano anterior, diminuindo progressivamente nos anos seguintes. Existe uma possibilidade de que as avaliações realizadas no ano de 1997 não representem à realidade do município, pois não se tem notícia de alterações importantes no programa de controle da hanseníase que venham a justificar esta melhora no tempo do diagnóstico demonstrada nos anos seguintes. Entretanto se faz necessário realizar uma análise dos anos anteriores ao de 1997 para melhor compreensão destes dados.

Não podemos deixar de mencionar, apesar de não constar na avaliação sugerida pela ADTS, que o número de pacientes com grau de incapacidade I no momento do diagnóstico aumentou de 7,8% em 2000 para 16,4% em 2001. A partir de 2000, o serviço passou a utilizar o estesiômetro na avaliação de incapacidades.

Este é constituído por um conjunto de monofilamentos de nylon, que tem por finalidade monitorar as alterações sensitivas causadas por uma possível neuropatia hanseniana. Este método é muito mais sensível do que o método outrora utilizado (algodão, ponta de alfinete, tubos de ensaio de calor e frio) e é considerado eficiente na detecção e monitoramento da mesma³⁸. Segundo Lehman³⁹, uma das finalidades dos monofilamentos é atribuição do grau I com maior confiabilidade. Um estudo realizado em Belo Horizonte²⁴ não encontrou diferenças significativas na série histórica com a introdução do estesiômetro; contudo, cremos que a utilização deste instrumento pode explicar em parte o aumento das incapacidades grau I no nosso estudo. Ainda sobre o grau de incapacidade, Lana²⁴ afirma que se a taxa de detecção for similar à taxa de incidência, o grau de incapacidade dos pacientes seria na sua maioria zero.

Esta afirmação nos leva a crer que a taxa de detecção em Londrina tem estado abaixo da incidência. Portanto, apesar de ter havido uma grande melhora no tempo do diagnóstico, este ainda tem sido tardio, pelo grande número de pacientes sendo diagnosticados com o grau I.

A percentagem de alta na coorte de multibacilares e paucibacilares tem - apresentado melhora gradual, mas ainda está aquém do requerido, principalmente em relação aos MB, que possuem um tratamento mais longo. Conforme Bakirtzie⁴⁰, a aderência ao tratamento é de suma importância e está intimamente ligada a vários fatores, tais como a eficácia do tratamento, o vínculo do paciente com o profissional da saúde, o conhecimento sobre a doença, a conscientização sobre a necessidade da prevenção de deformidades e a confiança no serviço prestado. Poderíamos acrescentar que a distancia geográfica do paciente ao local de tratamento deve ser levada em conta, não só pelo tempo despendido, como também por motivos econômicos. Existe, portanto, a necessidade de uma avaliação mais minuciosa com o intuito de detectar possíveis falhas que estejam acarretando uma aderência ao tratamento abaixo da desejada.

Os problemas encontrados com relação à organização dos serviços, são resultantes da falta de integração do SDS com os serviços da rede de saúde pública. O serviço está estruturado para receber encaminhamentos da rede pública, às vezes da rede privada, e para avaliar contatos. Existe a necessidade de se realizar uma busca ativa de casos índices para que a detecção não seja menor do que a esperada. Além disso, constatou-se que o serviço de controle da hanseníase não está preparado para realizar a divulgação de sinais, sintomas e locais de tratamento da hanseníase para a população em geral. Finalmente, não existe no município uma forma de encaminhamento de pacientes que necessitem de reabilitação física.

Considerações finais

Verificou-se neste estudo que o paciente hanseniano em Londrina, grosso modo, chega ao SDS do CIDI encaminhado por outros serviços de saúde ou é diagnosticado por possuir grau de parentesco com algum paciente. E um paciente, na sua maioria, entre 35 a 55 anos, do sexo masculino, com o primeiro grau completo e portador da forma tuberculóide ou virchowiana.

Conforme os aspectos epidemiológicos analisados, em concordância aos parâmetros da ATDS e MS^{21,31} pudemos constatar na série avaliada uma melhora no serviço prestado pelo SDS à população de Londrina.

Mesmo tendo em vista que a poliquimioterapia está sendo oferecida gratuitamente aos países pela OMS, e conseqüentemente à Londrina, falta um compromisso político e social para que o tratamento chegue a todos aqueles que necessitam dele. De acordo com as estratégias da Aliança Global, o envolvimento do município é essencial na eliminação da hanseníase^{3,7}.

O controle e a eliminação da hanseníase devem estar acompanhados de medidas técnicas adequadas e de um esforço coletivo quanto à educação em saúde, melhoria das condições de vida e sanitárias, melhoria das condições imunológicas dos indivíduos através da

imunização com a BCG; acompanhadas da descentralização do tratamento^{25,41}. Mudanças nos currículos escolares em vários níveis' garantirão entre outros aspectos, uma mudança com relação a estigmatização da doença e conseqüentemente implicarão em uma procura mais precoce por tratamento^{4,9,11}.

Os próximos passos no controle da hanseníase no município devem conter estratégias para melhorar a divulgação da doença, sua cura e locais de tratamento. Além disso, o mapeamento das áreas de risco através do geoprocessamento³⁵ se torna importante para que seja realizada uma busca direcionada e através desta, o diagnóstico precoce da doença, pois somente através dele é que podemos conter a disseminação da hanseníase²⁴.

Para que essas dificuldades sejam sanadas se faz necessário um maior comprometimento das autoridades municipais com o programa de controle da hanseníase. Espera-se que a integração do SDS com a rede de saúde se concretize o mais rápido possível, pois só assim a busca ativa dos doentes poderá ser realizada, resultando em um diagnóstico precoce, uma diminuição da disseminação da doença e conseqüentemente a sua eliminação no município de Londrina.

Abstract

This descriptive study aims to identify the profile of leprosy patients and evaluate the leprosy control program in the city of Londrina from 1997 to 2001. The data used for analysis came from the electronic files of 459 patients registered in the Information System of Notification of the Sanitary Dermatology Center. The analysis of the leprosy control program was based on the epidemiological, operational and organizational guidelines developed by the Ministry of Health. It was verified that the majority of leprosy patients are male (56.0%), between the ages 35 to 54 (42.0%), with education through elementary school (63.0%), diagnosed mainly as Tuberculoid (33.3%) or Lepromatous type (26.6%) and referred to the center by other health services to be diagnosed and treated (80.0%). A decline was noted in the prevalence (2,8 to 1,6 per 10.000 habitants) as well as in the detection rate (2,3 to 1,5 per 10.000 habitants). The latter, however, is still considered high, pointing to the continuation of the disease because of the high detection of tuberculoid leprosy. There was an increase in the number of patients evaluated for physical disabilities. The cure rate for paucibacillary leprosy was considered good and considered regular for multibacillary leprosy. Overall, the program was considered of good quality. Its weaknesses were identified as: lack of information about the disease, failure to integrate and work with other available health programs, significant patient drop-out rate, failure to provide information about leprosy and difficulties in developing case - finding strategies.

Key words: leprosy; epidemiology; prevention and control

Referências Bibliográficas

- 1 Carvalho GA, Alvarez RR. A avaliação de incapacidades físicas neuro músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. *Hansen int* 2000; 25(1):39-48.
- 2 Ochoa CE, Abreu A. Vigilancia de la lepra em situaciones de baja prevalencia. *Rev panam salud publica* [serial on the Internet]. 2001 [cited 2002 May 6]; 9(2). Disponível em: <http://www.scielo.org>
- 3 Pan American Health Organization. Elimination of Leprosy in the Americas. *Epidemiol bull*; 2000 Mar [cited 2002 May 6] 21(1). Disponível em: http://www.paho.org/English/SHNeb_v21n1-leprosy.htm
- 4 Frist T. "Don't treat me like I have leprosy!" A guide to overcoming prejudice and segregation. Londres: ILEP; 1996.
- 5 Lombardi C, Ferreira I, Mona CP, Oliveira MLW. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: IMESP/SAESP; 1990.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Programa nacional de controle e eliminação da hanseníase. Informações epidemiológicas e operacionais, 1996. Brasília, 1996.
- 7 Leprosy: Global Situation. *Weekly Epidemiological Record* [serial on the Internet]. Switzerland; 2002 Jan [cited May 2002] 1(77). Disponível em: <http://www.who.int/wer/en>
- 8 Pan American Health Organization (PAHO) [homepage na Internet]: Elimination of Leprosy in the Americas. *Epidemiol bull* 2000; 21(1) Mar. [cited 2002 May]. Disponível em: http://www.paho.org/English/SHA/eb_v21n1-leprosvhtm
- 9 Lombardi C, Martelli CMT, Silva SA, Suárez REG. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. *Rev panam salud publica* 1998; 4(3).
- 10 Penna, GO. Hanseníase: epidemiologia e controle. *Rev Soc Bras Med Trop* 1994; 17(31):37-44.
- 11 Prata PB, Bohlander AK, Vinhas SA. Aspectos epidemiológicos da hanseníase em localidades do Estado de Sergipe, Brasil, período de 1994-1998. *Hansen int* 2000; 25(11):49-53.
- 12 World Health Organization [homepage on the internet: Leprosy Elimination Project - Status Report 2003 [cited 2004 Apr]. Disponível em: <http://www.who.int/lep>
- 13 Organização Pan-Americana de Saúde [homepage on the Internet]. Prevenção e Controle de Enfermidades [updated 2004 Apr; cited 2002 May]. Disponível em: http://www.opas.org.br/prevencao/site/mos_info.cfm?codigo=136
- 14 Ministério da Saúde [homepage on the internet]. Tabela de prevalência da hanseníase no Brasil, Macroregiões e Estados, 1985-2003 [cited 2004 April. Disponível em: http://www.dir2001.saude.gov.br/sus/epi/hanseníase/PREVAL85_03xls
- 15 Cidade de Londrina [homepage on the Internet]. Planejamento-Perfil da cidade. [cited 2002 May; updated 2004 Apr.] Disponível em: <http://www.londrina.pr.br/cidade/londados.php3>
- 16 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - IBGE [homepage on the internet]. kited 2004 April. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/citacoesat/default.php>
- 17 Secretaria de Saúde do Estado do Paraná/Instituto do Paraná [homepage on the Internet]. Programas Especiais - Hanseníase/Dários do Paraná.[updated 2004 Apr; cited 2002 May]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/hanseníase/index.html>
- 18 Neville, PI. A guide to health education In leprosy. Bed. Northants: Talmilep; 1992.
- 19 Queiroz MS, Carrasco MAP. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Cad saúde pública* 1995; 11(31):470-490.
- 20 Feliciano KVO, Novaes MH, Alzate A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso rios serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. *Rev panam salud publica* 1998; 4(1).
- 21 ATDS. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde. Brasília; 1999.
- 22 IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População - Estimativas de População. 2004 [cited Apr.2004] Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoespopulacao/
- 23 Asses EA, Tornero N, Magalhães LB, Priscinotti T, Barth YL, Casa Grande NA. Alguns aspectos sobre a hanseníase na região de Londrina, Paraná, 1968-1978. I - Características gerais. *Hansen int* 1981; 6(11):55-62.
- 24 Lana FCF, Lima, RF, Araújo MG, Fonseca PT. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. *Hansen int* 2000; 25(21):121-133.
- 25 Pinto Neto J, Villa TC. Características epidemiológicas rios comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993-1997). *Hansen int* 1999; 21(2):129-136.
- 26 Yoder LI, Pearson IMH, Zijp E. Essential of leprosy. 6ed. Londres: Talmilep; 1996.
- 27 Parra MC. Caracterización socio-económica de los leproso atendidos em la unidad de dermatologia sanitaria de Maracaibo, Venezuela: um estudo de casos. *Carl saúde pública* [serial on the Internet]. 1996 Apr/jun [cited 2002 May 6]; 12(2). Disponível em: <http://www.scielo.org>
- 28 Kaneko KA, Zambon VD, Pedrazzani ES Casos novos de hanseníase na Região de São Carlos, SP, de 1983 a 1988. *Hansen int* 1990; 15(1): 5-15.
- 29 Trindade M, Teixeira PR, Paula SR. Incapacidades físicas em hanseníase no momento do diagnóstico. II - Indicador para avaliação do programa de controle da hanseníase. *Acem int* 1987; 12(21h29min-37).
- 30 Asses EA, To mero N, Magalhães LB, Priscinotti T, Barth YL, Casa Grande NA. Alguns aspectos sobre a hanseníase na região de Londrina, Paraná, 1968-1978. II - Características específicas. *Hansen int* 1981; 6(2):122-9.
- 31 Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional da Saúde. Guia de controle da hanseníase; 1996.
- 32 Valadares D. Hanseníase. 3ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1997.
- 33 Helene LMF, Salum M. A Reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Carl saúde pública* [serial on the Internet]. 2002 Feb/Mar [cited 2002 May 6];18(1). Disponível em: <http://www.scielo.org>
- 34 Kaufmann A, Marian SG, Neville J. The social dimension of leprosy. Londres: ILEP; 1993.

- 35 Lapa T, Ximenes R, Silva NN, Souza W, Nebugerguer MFM, Camposana G. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. *Cad saúde pública* (serial on the Internet) 2001 Oct/Dec (cited 2002 May 6); 17(5). Disponível em: <http://www.scielo.org>
- 36 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População - Indicadores Sociais - Educação e Trabalho. (cited 2004 Aug). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/Indicadoresminimos/supme/analiseresultados2.shtml>
- 37 Matos, H), Duppre N, Alvim MFS, Vieira LMM, Sarno EN, Struchiner CI. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad saúde pública* (serial on the Internet). 1999 Jul/Sep (cited 2002 May 6); 15(3). Disponível em: <http://www.scielo.org>
- 38 Marciano LH; Garbino JA. Comparação de técnicas de monitoração de neuropatia hanseniana: teste de sensibilidade e estudo de condução nervosa. *Hansen Int* 1994; 19(2):5-10.
- 39 Lehman, LF, Orsini MBP, Nichols AR). Perguntas e respostas sobre o teste de sensibilidade com os monofilamentos de náilon de Semmes-Weinstein (sw); 1994. Folheto explicativo distribuído no Curso Nacional na Prevenção de Incapacidades em Hanseníase (Projeto Nacional de CNDS/ALM 1997-2001).
- 40 Bakinzef Z. Identificando barreiras para a aderência ao tratamento de hanseníase. *Cad saúde pública* [serial on the Internet]. 1996 Oct./Dez [cited 2002 May 6]; 12(4). Disponível em: <http://www.scielo.org>
- 41 Soares LS, et al. The impact of multidrug therapy on the epidemiological pathem of leprosy in Juiz de Fora, Brazil. *Cad saúde pública* [serial on the Internet]. 2000 Jun/Jul [cited 2002 May]; 16(2). Disponível em: <http://www.scielo.org>