

Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97*

Epidemiological status of leprosy in the city of Belo Horizonte - Minas Gerais State - Period 92/97

Francisco Carlos Félix Lana¹Rozilene Francisca de Lima²Marcelo Grossi Araújo³Paulo de Tarso S. Fonseca⁴

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte através da análise de indicadores epidemiológicos e operacionais, com ênfase no diagnóstico precoce da doença. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, para o qual utilizamos como instrumento as Fichas Epidemiológicas e Clínicas dos casos notificados de residentes em Belo Horizonte no período de 1992 a 1997. Para a análise dos dados utilizamos o *software* EPIINFO. Neste período, foram notificados 1217 casos de hanseníase apresentando coeficientes de detecção considerados altos no período 92/94 e médios no período 95/97. Verificamos uma baixa detecção nas formas clínicas não contagiantes (15,6%), incluindo a forma indeterminada (3,9%) - fase inicial da doença - havendo um nítido predomínio das formas contagiantes (84,4%). Observamos que 5,6% dos casos incidiram em menores de 15 anos e que apenas 39,7% do total de casos foram diagnosticados com menos de 12 meses após o aparecimento dos primeiros sinais da doença; deste modo, explicando o alto percentual de doentes diagnosticados com presença de incapacidades 2 e 3 (10,6%). Concluímos que os serviços de saúde ainda

diagnosticam a hanseníase tardiamente, o que favorece a sua expansão na sociedade e a instalação de incapacidades físicas nos portadores. Apesar de verificarmos uma tendência decrescente na taxa de detecção, os demais dados analisados sugerem a persistência da endemia. Por outro lado, não se pode deixar de mencionar a possibilidade de uma prevalência oculta, sugerida pelo diagnóstico tardio, que pode vir a comprometer as metas de eliminação da hanseníase.

Descritores: Epidemiologia da hanseníase, diagnóstico precoce em hanseníase, eliminação da hanseníase.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica ainda considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Além da sua magnitude, a hanseníase deve ser pensada também por sua transcendência, uma vez que traz graves repercussões físicas, emocionais e sociais, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada. No que pese o esforço dos serviços de saúde para exercer o controle sobre a doença na população, a hanseníase continua sendo um agravo importante na saúde pública. Para Lana (1997)⁸ vários são os fatores que poderiam estar contribuindo tais como, o diagnóstico tardio, o abandono dos pacientes ao tratamento, baixa taxa de exames de comunicantes, o nível de esclarecimento sobre a doença, além das más condições de vida e saúde da população brasileira e do estigma e preconceito que penaliza os portadores da doença dificultando a execução das medidas de controle.

O Brasil, em 1998, apareceu nas estatísticas da Organização Mundial de Saúde como o 2º país em número absoluto de casos em registro ativo com aproximadamente 75.000 casos conhecidos, só perdendo

* Apoio: CNPq / Coordenadoria de Controle da Hanseníase - SES/MG / Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

¹Professor Adjunto do Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG

²Enfermeira da Santa Casa de Belo Horizonte, Bolsista de Iniciação Científica do CNPq

³Professor Assistente do Deptº de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

⁴Médico da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.

para a Índia, o que representa cerca de 85% dos casos na América Latina e uma prevalência de 4,54 doentes por 10.000 habitantes. No ano de 1998 foram notificados 44.000 novos casos de hanseníase, significando uma taxa de detecção de 2,66/10.000 habitantes¹⁷ sendo que em Minas Gerais, neste mesmo ano, foram notificados 2.845 casos, representando uma taxa de detecção de 1,67/10.000 habitantes¹³.

O Estado de Minas Gerais, através de um esforço concentrado, dirigido principalmente para otimizar as altas por cura e o sistema de informação de hanseníase, conseguiu reduzir sua prevalência em 1998 para 6.480 casos, resultando numa taxa de prevalência de 3,8/10.000 habitantes, ainda aquém daquela proposta pela Organização Mundial de Saúde. A meta estabelecida pela OPAS/OMS¹⁵ através do Plano de Eliminação da Hanseníase na Américas que seria de reduzir a prevalência para menos de 1,0 caso/10.000 habitantes até o ano 2000, foi reatualizada, para o caso brasileiro, para até o ano 2005¹⁷.

Cabe ressaltar preocupação levantada por Opro-molla (1998)¹⁸ quando se refere à possibilidade da hanseníase deixar de ser problema de saúde pública prioritário para a OMS ao se atingir a "eliminação". Isso levaria à diminuição dos recursos financeiros a serem aplicados nos países endêmicos, comprometendo programas de acompanhamento e reabilitação após a alta por cura, uma vez que, muitos dos pacientes ainda demandam atenção especial em função das incapacidades decorrentes do diagnóstico tardio e dos episódios reacionais (reações imunológicas) que, muitas vezes, continuam a ocorrer.

O Plano de Eliminação prevê os seguintes objetivos: o diagnóstico de todos os casos esperados, tratar com poliquimioterapia pelo menos 90% dos casos registrados, propor soluções apropriadas e adaptadas à realidade local para seguimento dos casos, estabelecer um sistema de avaliação e supervisão para as ações propostas, intensificar as ações de vigilância epidemiológica e desenvolver as ações de prevenção e tratamento de incapacidades.

Segundo o Ministério da Saúde a hanseníase é doença de notificação compulsória em todo território nacional, tanto pelo setor público como pelo privado (consultórios e clínicas particulares). Embora sendo obrigatória a sua notificação, ainda persiste um sub-registro de casos muito grande, seja pela pouca importância dada pelos profissionais ao ato de notificação, seja pelas dificuldades operacionais no sistema de informação. Isto torna difícil o conhecimento e distribuição deste agravo, como também o planejamento de ações em áreas prioritárias e a alocação de recursos humanos e materiais para o seu controle.

Diante desse quadro, faz-se necessário, além do aumento da cobertura das ações de controle da

hanseníase, um sistema ágil de informação que permita integrar os níveis local, estadual, regional e nacional para obtenção de dados indispensáveis ao controle da endemia no país.

A Coordenadoria de Controle da Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde - MG vêm empreendendo esforços no sentido de atingir a meta proposta pela OPAS/OMS, tendo orientado suas ações para as regiões e municípios considerados prioritários, de acordo com critérios e parâmetros estabelecidos, dentre eles, a situação epidemiológica e a capacidade operacional, de forma a causar impacto sobre o problema no menor espaço de tempo possível¹⁴. A Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte - DRS/BH e o Município de Belo Horizonte estão entre essas áreas. Em 1998, a DRS/BH contabilizou 903 doentes, sendo 395 destes no município de Belo Horizonte, resultando numa prevalência de 2,2/10.000 e 1,9/10.000 habitantes, respectivamente".

Considerando a importância que o município de Belo Horizonte representa para o problema da hanseníase na região metropolitana, tanto em termos expressos pelos números da doença (magnitude) como de sua posição estratégica no Estado, pretendemos com o presente estudo analisar a situação epidemiológica da hanseníase em Belo Horizonte a partir dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais preconizados pelo Ministério da Saúde e ainda, responder a perguntas que poderiam contribuir para um melhor conhecimento do comportamento da doença em Belo Horizonte e assim, reorientar a organização dos serviços de saúde no sentido de formular novas estratégias de ação.

Uma questão fundamental que nos orientou foi: qual o tempo que os serviços de saúde levam para detectar um caso novo? A resposta a esta pergunta nos ajudou a determinar se há uma tendência em se diagnosticar mais precocemente ou se o diagnóstico ainda é tardio, procurando quebrar aí o elo mais importante da cadeia de transmissão da doença e ao mesmo tempo reduzir a instalação de incapacidades físicas.

Deste modo, estabelecemos como objetivo geral, analisar a situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte no período de 1992 a 1997; tendo em vista subsidiar a formulação de estratégias para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Como objetivos específicos levantamos os seguintes:

- Analisar os diagnósticos em hanseníase quanto ao momento de sua notificação (precoce ou tardio), através da análise de indicadores que refletem esta situação tais como: percentual das formas clínicas; grau de incapacidade; percentual de incapacidade, percentual de casos tuberculóide em relação aos virchowianos, dimorfos e tuberculóides; taxa de detecção em menores de 15 anos e tempo decorrido entre o

aparecimento dos primeiros sintomas de hanseníase e a época do diagnóstico;

- Identificar a distribuição dos casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 1992 a 1997, no município de Belo Horizonte, segundo distritos sanitários;
- Discutir o desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Belo Horizonte através da análise de alguns indicadores epidemiológicos e operacionais estratégicos em relação ao Plano de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública.

MATERIAL E METODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza descritiva, de tipo transversal. Este estudo foi desenvolvido no município de Belo Horizonte, dada a relevância epidemiológica apresentada pelo município em relação ao controle da endemia no Estado e na região metropolitana.

Para o trabalho de campo nos orientamos pelo Manual de Normas e Procedimentos para o Controle da Hanseníase⁴ e por Lombardi et al (1990)¹²; desta forma, contribuindo para a definição duas fontes de dados:

- Dados da Ficha Epidemiológica e Clínica (FEC)- ficha de notificação de caso dos doentes notificados nos anos de 1992 a 1997. Foram trabalhados os seguintes dados da FEC: modo de descoberta do caso, idade na manifestação da doença e idade na notificação, tempo transcorrido entre os primeiros sintomas e a notificação, forma clínica, grau de incapacidade, tipo de entrada, fonte de infecção, resultado da baciloscopia e local da notificação.
- Indicadores Epidemiológicos consolidados pela Coordenadoria de Controle da Hanseníase da

Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte para o período 1992-1997, tais como: taxa de detecção e número absoluto de casos novos; taxa de prevalência - total de doentes sob registro ativo; percentagem de casos com deformidades entre os casos novos.

Foram coletados dados de todas as FEC's dos casos novos de hanseníase detectados no município de Belo Horizonte e notificados à Coordenadoria do Programa de Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), no período de 1992 a 1997, totalizando 1.217 fichas.

Os dados foram lançados no EPI-INFO (versão 6.01), um *software* para organização de bancos de dados e análise epidemiológica.

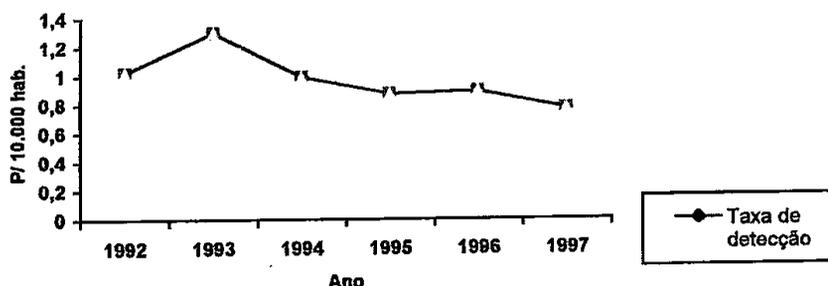
Cabe mencionar que no processo de codificação dos endereços das FEC's foram descartados 65 registros, sendo 54 por se tratarem de casos residentes em outros municípios e os 9 restantes, por insuficiência de informação quanto aos endereços.

A análise contemplou um estudo comparativo sobre os indicadores encontrados e os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tendo como referencial, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública frente a capacidade operacional da rede de serviços públicos de saúde e os demais problemas e dificuldades que se interpõem no processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos observar pelo Gráfico 1 que a taxa de detecção vem declinando a partir de 1993, a maior verificada no período. Estes dados, entretanto, podem não significar perda da força da transmissão da endemia e sim refletir problemas operacionais dos serviços de saúde. Como veremos mais adiante, a análise de outros indicadores procurará encaminhar a questão.

Gráfico 1 - Taxa de detecção de hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - período 1992 a 1997.



Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG

A distribuição dos casos pelos diversos distritos sanitários mostra-se heterogênea, conforme podemos observar na Tabela 1. Vários fatores poderiam interferir, entre os quais devem ser destacados: a importância dos fluxos migratórios na distribuição da doença, proximidades com antigos hospitais-colônias, como é o caso do Distrito Sanitário Barreiro, onde observamos a maior concentração e fatores operacionais relacionados à disponibilização da cobertura assistencial e a questão dos serviços de referência^{3,11}.

De acordo com a Tabela 2, 53,16% dos diagnósticos

são realizados em centros de saúde; e 25,88% em ambulatórios hospitalares. O maior número de diagnósticos realizados em centros de saúde deve-se, em parte, à descentralização dos serviços, tendo a população maior acesso ao nível primário. Houve, nos últimos anos, com a reestruturação da rede de serviços, um esforço da Secretaria na capacitação de médicos clínicos gerais para a ação de diagnóstico e tratamento, ficando os dermatologistas, para a atenção secundária e de referência nas policlínicas.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo distritos sanitários - período 1992 a 1997.

Distritos Sanitários	Nº	%
Barreiro	318	26,12
Centro - Sul	68	5,58
Leste	104	8,55
Nordeste	116	9,55
Noroeste	179	14,70
Norte	112	9,20
Oeste	130	10,68
Pampulha	65	5,35
Venda Nova	125	10,27
Total	1217	100,00

Fonte: Fichas Eoidemiológicas e Clínicas - SES/MG.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo serviços de saúde - período 1992 a 1997.

Serviço de Saúde	Nº	%
Centros de Saúde	647	53,16
Ambulatórios Hospitalares	315	25,88
Policlínicas	139	11,45
Consultórios Particulares	89	7,31
Centro Geral de Reabilitação	27	2,20
Total	1217	100,0

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG.

Cabe salientar, também, a grande participação dos ambulatórios hospitalares, os quais responderam por 25,88% dos casos notificados. Essas notificações concentram-se nos ambulatórios do Hospital das Clínicas da UFMG e no da Santa Casa de Belo Horizonte, serviços localizados na região central da cidade, de fácil acesso e de tradição no tratamento da hanseníase.

Quanto ao modo de descoberta verificamos, que 46,3% foram notificados através de encaminhamento e que 33,7% por demanda espontânea. Observamos que o percentual de casos novos detectados através do exame de contato é baixo, isto é 19,5% do total notificado. Tal fato, é particularmente preocupante quando se sabe que historicamente, o total de contatos examinados é muito baixo, mesmo com a implantação da poliquimioterapia, que como se sabe, trouxe consigo outra abordagem da equipe de saúde para com o paciente e comunidade'.

Através da análise das FEC's verificamos que 70,1% dos casos notificados, ignoram a fonte de infecção. Esta alta porcentagem de casos pode ser atribuída a um conjunto de fatores tais como, dificuldades dos serviços

em realizar atividades de vigilância epidemiológica em hanseníase, principalmente o exame de contatos; o fato da doença ter um período longo de incubação e a falta de conhecimento de seus sinais e sintomas, principalmente os iniciais; o não reconhecimento da doença no ambiente familiar e fundamentalmente, pelo estigma que circunscreve a doença na sociedade, fazendo com que os pacientes se resguardem da divulgação do diagnóstico até mesmo no ambiente familiar.

Podemos verificar, de acordo com a Tabela 3, que há um predomínio absoluto de casos novos (97,8%). Questionamos se as recidivas referidas na Tabela 3 não ocorreram em decorrência de erros de classificação de pacientes multibacilares em paucibacilares, o que acarretaria a adoção de um esquema incorreto (com menos drogas e tempo menor de tratamento). Também podemos considerar a possibilidade de serem casos tratados anteriormente com esquema monoterápico. Atualmente os casos suspeitos de recidiva deverão ser submetidos à notificação própria, atendendo a critérios pré-estabelecidos.

Tabela 3 Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo o tipo de entrada - período 1992 a 1997.

Tipo de Entrada	Nº	%
Caso Novo	1189	97,8
Recidiva	6	0,5
Transferência de Estado	3	0,2
Outros Reingressos	18	1,5
Total	1216	100,0

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG.

Nota: Em 1 FEC não estava preenchido o campo referente ao tipo de entrada.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo o tempo transcorrido entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a notificação - período 1992 a 1997.

Forma Clínica	Nº	%
Indeterminada	48	3,9
Tuberculóide	142	11,7
Dimorfa	796	65,5
Virchowiana	230	18,9
Total	1216	100,0

De acordo com a Tabela 4 em apenas 39,70% dos casos foi realizado o diagnóstico com menos de um ano entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a notificação e cerca de 60%, diagnosticados com menos de dois anos. Segundo Suárez et al.(1996)¹⁹, o conceito de diagnóstico tardio, adotado em Cuba, se caracteriza quando ocorre a detecção de um caso depois de 11 meses do início dos primeiros sinais e sintomas e, a paciente apresenta algum grau de incapacidade. Segunda definição da OPAS, para as situações de pós-eliminação da hanseníase, será considerado diagnóstico tardio o caso novo com grau de incapacidade 2 e 3 ou quando o tempo entre o início dos sintomas e o momento do diagnóstico for superior a 1 ano¹⁶.

Trata-se de um resultado que comporta um alto grau de subjetividade ao considerarmos que muitas vezes, os pacientes não se lembram dos sinais iniciais e também, comumente, não os referem à hanseníase. Por outro lado, os médicos ao preencherem a FEC não valorizam de forma adequada esta informação. Mesmo assim, entendemos que guarda certo grau de valor, na medida em que constitui uma aproximação ao problema da oportunidade do diagnóstico e remete aos serviços a necessidade de trabalhar mais detidamente na produção desta informação, visto a importância desse dado para a monitorização do período de pós-eliminação.

Verifica-se na Tabela 5, que dos 1217 casos de hanseníase notificados no período 92/97, 5,6% (68 casos) foram diagnosticados em menores de 15 anos de idade, e

94,4% dos casos na faixa etária igual ou maior que 15 anos, sendo praticamente 70% relacionados a pessoas em idade produtiva.

Como em todas as doenças de longo período de incubação, observou-se um maior número de casos na faixa etária situada entre 20 e 50 anos, o que permite afirmar que a hanseníase é uma doença do adulto jovem e do adulto⁵. O aparecimento de casos novos de hanseníase em crianças tem significado epidemiológico importante porque indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença, constituindo-se, assim, indicador do nível endêmico, segundo Lombardi et al.(1990)¹². Nos anos 92 e 93 observamos uma taxa de detecção em menores de 15 anos de 0,33 e 0,36/10.000 habitantes, considerada alta de acordo com parâmetros do Ministério da Saúde; enquanto que no período 94/97 as taxas têm se mantido em patamares considerados de média endemicidade (0,14 a 0,06/10.000 habitantes), perfazendo uma taxa anual média de 0,18/10.000 habitantes.

O que parece determinar a diferença entre os coeficientes de detecção da doença nos grupos etários é a oportunidade de exposição precoce ou tardia ao *M. leprae* determinada pelo maior ou menor nível de endemicidade local.

Segundo Andrade *et al.* (1994)², o coeficiente de detecção por grupos etários está correlacionado com os níveis de transmissão apontando que quanto mais jovens são os casos de hanseníase detectados maior é o nível de transmissão na comunidade.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo faixa etária período 1992 a 1997.

Faixa Etária	Nº	%
0 ---- 15	68	5,6%
15--- 25	197	16,3%
25--- 35	233	19,3%
35--- 45	250	20,6%
45--- 55	188	15,5%
55--- 65	154	12,7%
>65	122	10,0%
Total	1212	100,0%

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MC Nota:
Dado não disponível em 05 FEC's

De acordo com a Tabela 6, das 1217 FEC's analisadas apenas 54,40% souberam responder quanto a idade do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença. Dos que informaram a idade da manifestação, 7,20% apresentaram os primeiros sintomas antes dos 15 anos de idade, sugerindo que a incidência em menores de 15 anos é maior que a detecção observada. Mantida esta proporção, se a informação estivesse disponível em todas as fichas teríamos uma proporção ainda maior (8,44%) de pacientes com as primeiras manifestações da doença antes dos 15 anos.

O crescimento do número de pacientes que relataram o início dos sintomas antes dos 15 anos em relação a esse mesmo percentual à época do diagnóstico está de acordo com o esperado para uma doença que tem longo período de incubação, evolução insidiosa e ainda, o diagnóstico tardio dos casos.

A Tabela 7 apresenta a situação dos doentes de acordo com a forma clínica, na qual observamos o nítido predomínio das formas multibacilares, virchowiana e dimorfa (84,4%) sobre as formas paucibacilares, indeterminada e tuberculóide (15,6%).

O predomínio de casos multibacilares, poderia ser visto dentro de um enfoque epidemiológico como um indicativo de endemia estável ou tendendo a situação de baixa prevalência¹². Por outro lado, alguns fatores operacionais poderiam ser considerados nesta análise: a classificação mais operacional do que clínica levaria a erros de classificação, segundo Andrade et al.(1996)¹, pouca experiência com os esquemas poliquimioterápicos nos primeiros anos da série histórica, consequentemente insegurança na alocação dos casos paucibacilares, além de rigidez nas normas técnicas emanadas pelos técnicos do nível central.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo idade da manifestação dos primeiros sintomas - período 92/97.

Idade da Manifestação	Nº	%
<15	47	7,2
15-- 25	130	19,8
25-- 35	127	19,4
35--- 45	138	21,0
45-- 55	91	13,9
55— 65	65	9,9
>65	59	8,8
Total	657	100,0

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG,

Nota: Dado não disponível em 560 FEC's.

Tabela 7 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo forma clínica - período 1992 a 1997.

Forma Clínica	Nº	%
Indeterminada	48	3,9
Tuberculóide	142	11,7
Dimorfa	796	65,5
Virchowiana	230	18,9
Total	1216	100,0

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG. Nota:

Dado não disponível em 01 FEC.

Colocando-se como ideal o diagnóstico na forma indeterminada, verificou-se que apenas 3,9% dos casos foram notificados nesta forma, percentual considerado baixo e que constitui um indicador de que o diagnóstico da hanseníase em Belo Horizonte tende a se caracterizar como tardio, quando se consideram outros indicadores, tais como: o grau de incapacidade e o tempo decorrido entre sintoma e diagnóstico.

Os resultados da baciloscopia registrados nas FEC's aponta para o dado de que 59,0% dos casos realizaram baciloscopia; desses, a grande maioria, 63,80% apresentou índice bacilosópico entre zero e um. Deve-se levar em consideração que somente os doentes que apresentaram baciloscopia positiva são considerados "fontes de infecção" uma vez que apenas esses são capazes de eliminar bacilos no meio ambiente.

Considerando as normas e procedimentos técnicos, os serviços deveriam realizar baciloscopia de todos os casos considerados como multibacilares, assim, os serviços deveriam ter realizado baciloskopias em 84% dos casos notificados, o que sugere que praticamente 300 casos notificados não realizaram baciloscopia. Em parte, isto pode ser justificado pelo fato da FEC ser encaminhada à Coordenadoria de Controle da Hanseníase - Nível Central, ainda sem o resultado da baciloscopia. De qualquer maneira, o campo acaba sendo preenchido incorretamente como baciloscopia não realizada.

Em relação ao grau de incapacidades e deformidades, verificamos que 89,4% dos casos detectados não possuíam deformidades instaladas, (68,4% com grau 0 e 21,0% com grau 1), 8,7% com grau 2 e 1,9% com grau 3 de incapacidade.

De acordo com Lechat et Vanderveken (1984)⁹ o percentual de casos novos com deformidades no momento de detecção é um dos meios de avaliar a

validade da taxa de detecção em relação à incidência. Idealmente, a proporção de deformidades entre os casos novos deveriam aproximar-se de zero se as taxas de detecção fossem próximas às da incidência. Portanto, os dados encontrados neste estudo a cerca do grau de incapacidade física, apontam para a ocorrência de um diagnóstico tardio, uma vez que 10,6% dos casos descobertos apresentavam deformidades (grau 2 e 3), indicador considerado alto segundo parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A introdução do estesiômetro na avaliação do grau de incapacidade provavelmente trouxe uma maior precisão nesta avaliação. Entretanto, não observamos grandes variações na proporção dos graus de incapacidade nesta série histórica.

Ao cruzarmos forma clínica com grau de incapacidade, conforme Tabela 8, observamos que as formas multibacilares constituem as grandes responsáveis pelas incapacidades observadas nos portadores de hanseníase, não diferindo da literatura.

Em relação à distribuição por sexo, observamos de acordo com a Tabela 9 e 10, que 51,3% dos casos acometeram o sexo feminino, o que difere da literatura, a qual indica uma maior incidência no sexo masculino, atribuição dada a uma possível maior exposição. Mas esse quadro vem mudando, o que pode ser explicado diante de uma maior mobilidade social das mulheres, principalmente, devido à sua inserção progressiva no mercado de trabalho, nos últimos anos, no Brasil. Por outro lado, a política de saúde do município de Belo Horizonte ao descentralizar o atendimento à hanseníase e também ao priorizar a assistência ao grupo materno-infantil, melhorou a acessibilidade das mulheres às unidades de saúde, fato que poderia também contribuir para explicar a discordância apontada em relação à literatura.

Tabela 8 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo forma clínica e grau de incapacidade - período 1992 a 1997.

Forma Clínica	Grau de Incapacidade									
	0		1		2		3		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indeterminada	46	95,8	2	4,2	0	0	0	0	48	100
Tuberculóide	127	89,4	9	6,4	6	4,2	0	0	142	100
Dimorfa	537	67,5	172	21,6	67	8,4	20	2,5	796	100
Virchowiana	122	53,0	72	31,3	33	14,4	3	1,3	230	100
Total	832	68,4	255	21,0	106	8,7	23	1,9	1216	100

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG.

Nota: Dado não disponível em 01 FEC.

Tabela 9 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo a forma clínica e sexo - período 1992 a 1997.

Forma Clínica	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indeterminada	32	66,7	16	33,3	48	100
Tuberculóide	93	66,5	49	34,5	142	100
Dimorfa	425	53,4	37	46,6	796	100
Virchowiana	74	32,2	1	67,8	230	100
Total	624	51,3	592	48,7	1216	100

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG

Vota: Dado não disponível em 01 FEC.

Tabela 10 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo o sexo e grau de incapacidade - período 1992 a 1997.

Sexo	Grau de Incapacidade									
	0		1		2		3		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	454	54,6	126	49,4	38	35,8	6	26,1	624	51,3
Masculino	378	45,4	129	50,6	68	64,2	17	73,9	592	48,7
Total	832	100	255	100	106	100	23	100	1216	100

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG

Diferenças regionais também são observadas, para Le Grand (1997)¹⁰, estudos realizados na Índia mostraram uma taxa de detecção similar para ambos os sexos nas regiões urbanas, não ocorrendo o mesmo nas regiões rurais onde há maior taxa no sexo masculino.

No entanto quando se contrapõem as formas indeterminada e tuberculóide *versus* virchowiana, verifica-se, como podemos observar na Tabela 9, que 125 casos ocorreram nas mulheres (20,0%) das formas indeterminada e tuberculóide e 74 casos (11,9%) da virchowiana, enquanto os homens apresentaram 65 casos (11,0%) das formas indeterminada e tuberculóide, e 156 casos (26,3%) da forma virchowiana.

Admite-se que o sexo feminino apresenta uma tendência maior a desenvolverem formas clínicas paucibacilares, devido a uma resposta imune mais forte e efetiva contra a infecção do *M. leprae*. Esta resposta imunológica não é limitada ao *M. leprae*, mas também está presente em outras doenças como a tuberculose¹⁰.

De acordo com a Tabela 10, podemos verificar que o total de casos notificados com grau zero de incapacidade 54,60%, ocorreram no sexo feminino e que o sexo masculino foi responsável por 64,20% e 73,90% do total de casos notificados com grau dois e três respectivamente.

Importante observar que as deformidades e incapacidades não estão somente associadas ao sexo e a forma clínica, mas também com tronco nervoso envolvido e a duração da doença¹⁰.

A partir destes resultados podemos deduzir que a maior ocorrência de casos com graus 2 e 3 nos homens se deve ao fato que os mesmos tendem a apresentar formas clínicas multibacilares, que apresentam maior risco para deformidades. Outro fator importante é o tipo de trabalho realizado, as atividades laborativas dos homens, normalmente, os expõem a maior esforço físico e risco de traumatismos com conseqüentes mutilações.

Tabela: 11 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no município de Belo Horizonte/MG, segundo o tempo transcorrido entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a notificação e o grau de incapacidade - período: 1992 a 1997.

Tempo	Grau de Incapacidade									
	0		.1		2		3		Total	
	Ng	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1	168	64,6	70	26,9	20	7,7	2	0,8	260	39,7
---- 2	110	76,9	25	17,5	5	3,5	3	2,1	143	21,8
---- 3	53	66,3	17	21,2	10	12,5	0	0	80	12,2
---- 4	33	71,7	5	10,9	7	15,2	1	2,2	46	7,0
---- 5	13	59,1	7	31,8	2	9,1	0	0	22	3,4
---- 10	40	67,8	8	13,6	9	15,3	2	3,3	59	9,0
>10	31	68,9	4	8,9	7	15,6	3	6,6	45	6,9
Total	448	68,3	136	20,7	60	9,2	11	1,7	655	100

Fonte: Fichas Epidemiológicas e Clínicas - SES/MG

Nota: Dados não disponíveis em 586 FEC's.

A Tabela 11 apresenta dados a cerca do tempo transcorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença e a notificação, relacionando com o grau de incapacidade.

O baixo percentual das fichas com a informação sobre a idade da manifestação dos primeiros sintomas evidencia a dificuldade de se trabalhar com este dado na rotina dos serviços. Lombardi et al. (1990)¹² recomendam trabalhar com amostras onde a informação pudesse ser mais confiável.

A dificuldade do paciente em relacionar sinais e sintomas precoces como primeiras manifestações da hanseníase fica patente quando se constata que em 22 casos (8,5%) existia incapacidades físicas instaladas (graus de incapacidade 2 e 3) em pacientes com menos do que um ano de doença.

Por outro lado, esta mesma Tabela, sugere a importância do diagnóstico precoce medido em tempo. Vê-se que os percentuais de pacientes com graus zero e um de incapacidades diminuem na medida em que aumenta o tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico da doença.

Estudo realizado por Kaneko et al (1990)⁶ no município de São Carlos aponta resultados semelhantes; isto é, apenas 34,8% dos casos foram diagnosticados com menos de 1 ano após o início do aparecimentos dos sinais

e sintomas. Os autores atribuem tal fato a fatores relacionados ao conhecimento sobre a doença pela população, bem como, a busca ativa desenvolvida pelos serviços de saúde.

O diagnóstico precoce dos casos é um dos objetivos maiores na estratégia de controle da hanseníase. O grau de incapacidades à época do diagnóstico é um indicador operacional que ajuda na avaliação do alcance desse indicador.

Enquanto não se dispõe de um método sorológico eficaz para se chegar a esse diagnóstico, Lombardi et al (1990)⁷² recomendam como principais estratégias para a busca do diagnóstico clínico precoce: investigação epidemiológica a partir do caso-índice e exame clínico dos contatos intradomiciliares; divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença e atendimento sistematizado à demanda espontânea, intensificando-se a cobertura máxima dos serviços de saúde existentes.

Em trabalho futuro pretendemos trabalhar no geoprocessamento dos dados, construindo mapas temáticos por áreas de abrangência distritais e/ou censitárias de modo a identificar áreas homogêneas de risco para a transmissão da hanseníase no município de Belo Horizonte e desta forma, estabelecer estratégias específicas para estas áreas.

CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados pelas FEC's podemos dizer, que o diagnóstico de hanseníase no município de Belo Horizonte foi considerado como tardio no período estudado. Observamos uma taxa elevada de pacientes sendo diagnosticados já com incapacidades e a manutenção de taxas de detecção anuais de média endemicidade nos menores de 15 anos. Apesar de verificarmos uma tendência decrescente na taxa de detecção, os demais dados analisados sugerem a persistência da endemia.

Por outro lado, não se pode deixar de mencionar a possibilidade de uma prevalência oculta, sugerida pelo diagnóstico tardio, que pode vir a comprometer as metas de eliminação da hanseníase. Acredita-se que o estímulo aos serviços para diagnóstico precoce, busca ativa, exames de contato e controle do abandono seja de importância capital nessa época que antecede o período de pós-eliminação da hanseníase.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

3. ANDRADE, V.L. et al. Paucibacilar ou multibacilar?: uma contribuição para os serviços de saúde. *Hansen. Int.*, Bauru, v.21, n.2, p.6-1, 1996..
5. ANDRADE, V.L. de; SABROZA, P.C.; ARAÚJO, A.J. de. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase,. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, p.281-292, 1994. supl.2.
7. ARAÚJO, M.G. *Hansenfase na Região Metropolitana de Belo Horizonte: uma avaliação longitudinal de alguns indicadores epidemiológicos no período de 1980 a 1985 em comparação com o Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1988. Dissertação (Mestrado).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Normas e Procedimentos para o Controle da Hanseníase*. Brasília, 1994.
11. JOPLIN, W.H., McDUGALL, A.C. *Manual de Hanseníase*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.
1. KANEKO, K.A., ZAMBON, V.D., PEDRAIANI, E.S. Casos Novos de Hanseníase na Região de São Carlos, S.P., 1983 a 1988. *Hansen. Int.*, Bauru, v.15, n.1-2, p.5-15, 1990.
13. LANA, F.C.F. *Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado).
15. LANA, F.C.F. *Políticas Sanitárias em Hansen fase: história social e a construção da cidadania*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1997. Tese (Doutorado).
17. LECHAT, M.F., VANDERVEKEN, M. *Indicadores epidemiológicos básicos para la vigilancia de la lucha contra a la lepra*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1984.
19. LE GRAND, A. Women and leprosy: a review. *Leprosy Rev.*, v.68, p.203-11, 1997.
11. LEBOEUF, M.A. et al. *Alguns Aspectos Epidemiológicos da Hanseníase na Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte e no Município de Belo Horizonte em 1990*. Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais, 1992. Monografia (Especialização).
12. LOMBARDI, C. et al. *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: IMESP/SAESP, 1990.

SUMMARY

The authors studied the endemic status of leprosy at Belo Horizonte City — Minas Gerais — Brazil. Operational and epidemiological coefficients had been focused. Data on 1217 cases were obtained between 1992-1997 from the leprosy's notification bulletin of the Health Division of Minas Gerais State. The detection rates were high along the years 92-94, and mild between 95-97. The detection of paucibacillary cases was low (15,6%), including indeterminate cases (3,9%). The multibacillary cases were observed in 84,4%. Cases diagnosed in children (0-14 years) were 5,6% of the total number, and only 39,7% of patients referred symptoms less than 12 months prior the diagnosis. The high physical disabilities index observed (10,6%) and the above cited parameters, suggest a delay in the leprosy diagnosis. In this way the possibility of a hidden prevalence is of interest, because it can compromise the goal of leprosy elimination.

Uniterms: Epidemiology of leprosy; precocious diagnosis of leprosy; elimination of leprosy.

13. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle da Hanseníase. **Encontro Estadual de Avaliação das Ações de Controle Hanseníase**. Belo Horizonte, maio de 1999. Datilografado.
14. . **Eliminação da Hanseníase como de Saúde Pública em Minas Gerais - 1997 a 2001**. Belo Horizonte, novembro de 1996.
16. OPAS/OMS. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis. *Hanseníase hoje*. **Boletim-Eliminação da Hanseníase das Américas**, n.1, nov, 1993
16. _____. Hanseníase hoje. **Boletim-Eliminação da Hanseníase das Américas**, n.6, nov, 1998
17. _____. Hanseníase hoje. **Boletim-Eliminação da Hanseníase das Américas**, n.7, dez, 1999.
18. OPRMOLA, D.V.A. Hanseníase após a cura. **Hansen. Int.**, v.23, n.1/2, p.1-2, 1998.
19. SUÁREZ, R.G. et al. Situacion atual de la lepra en Cuba: sera factible la interrupcion de la transmision? **Hansen. Int.**, Bauru, v.21, n.1, p.34-45, 1996.