

A HANSENÍASE COMO DOENÇA DE BAIXA PREVALÊNCIA

Marcos Virmond*

RESUMO - Devido os rápidos avanços no controle da hanseníase obtidos pela introdução da PQT e as positivas modificações que ocorreram nos serviços de saúde, a hanseníase encontra-se em franco declínio de prevalência, permitindo que se tome, nos países endêmicos, uma doença de baixa prevalência no próximos 10 anos.

Nesta fase, os elementos de um programa de controle deverão ser modificados ou ter sua prioridade revista. A manutenção de serviços de diagnóstico e tratamento, a supervisão, e um atento sistema de vigilância epidemiológica serão fundamentais. Importante o apoio aos Centros de Referência para que se mantenham como reserva de conhecimentos e atuem no desenvolvimento de pesquisas ainda necessárias.

A prevenção de incapacidades e a reabilitação assumem papel preponderante, uma vez que nesta fase a hanseníase devesse voltar a ser considerada como doença de potencial incapacitante, haverá maior disponibilidade de recursos humanos e materiais para atender uma demanda importante e que não pode ser ignorada. Discute-se também, baseados em dados da literatura, uma estimativa para a magnitude do problema e sugere-se a introdução de novos indicadores.

Palavras-chave: baixa-prevalência. Prevenção de Incapacidades. Programas de controle.

1. INTRODUÇÃO

Com a rápida implementação dos esquemas de poliquimioterapia recomendados pelas OMS (PQT-OMS) para o tratamento da hanseníase e sua excelente aceitação, temos visto uma importante diminuição da prevalência desta doença na maioria dos países endêmicos.

Seja por medidas operacionais, que levaram a uma revisão dos arquivos, seja pela redução e limitação do tempo de tratamento, a prevalência da hanseníase tem demonstrado uma queda acentuada. Em muitos países, alia-se a estes fatores, a metade eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2.000.

Trata-se de um componente político de expressivo significado para os programas de controle. Uma vez aceita esta meta, os governos têm priorizado politicamente a hanseníase, incluído a alocação de maiores recursos para o seu controle.

Mantidas estas condições, dentro de uma década os países endêmicos estarão frente à uma situação inusitada: - a hanseníase será uma doença de baixa prevalência. Considerando-se a milenaridade da hanseníase, podemos afirmar que os fatos mais importantes de seu controle estão acontecendo num intervalo muito curto de tempo: a introdução das sulfonas na década de 40, os esquemas PQT nos anos 80 e sua eliminação como problema de saúde pública

Figuras, gráfico e referências bibliográficas Inseridas na versão inglesa do trabalho.

* PqC IV. Divisão de Pesquisa e Ensino. Instituto Lauro de Souza Lima. Bauru - SP

até o ano 2.000.

Neste sentido, urge repensar a Hanseníase como doença de baixa prevalência e antecipar-se gerencialmente às novas necessidades que surgirão nesta futura situação.

2. HANSENÍASE COMO DOENÇA DE BAIXA PREVALÊNCIA

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a hanseníase como doença de baixa prevalência quando o coeficiente de prevalência for menor que 1 caso por 10.000 habitantes (1). Esta posição também se sobrepõe à meta de eliminação da hanseníase aprovada pela 44^o Assembleia Mundial da Saúde (OMS) em 1991.

A relação entre o coeficiente de prevalência e o coeficiente de detecção de casos também representa papel importante na identificação de um estado de baixa prevalência. Assim, o Ministério da Saúde (1) utiliza como parâmetros para definir uma área com em fase de manutenção quando a prevalência for igual ou inferior à 1 / 10.000, e, adicionalmente, a razão prevalência/detecção estiver entre 1 e 3. No atual estágio do programa de eliminação da hanseníase, o Brasil ainda não apresenta nenhum estado ou região dentro desta fase (Tab. 1).

Uma outra abordagem desta questão refere-se à proposta de dois estágios de YUASA (2), onde a razão prevalência / detecção se encontra alta na primeira estágio, podendo

Tabela 1 - Situação dos Estados no Brasil em relação às fases do Plano Nacional de Eliminação em 1994.

ESTADO	FASE	Razão Prevalência/Detecção
Rondonia	intensiva	4.7
Acre	consolidação 1 ^a fase	4.0
Amazonas	intensiva	6.0
Roraima	consolidação 1 ^a fase	5.6
Para	consolidação 1 ^a fase	4.4
Amapá	intensiva	3.6
Maranhão	consolidação 1 ^a fase	8.1
Piauí	consolidação 1 ^a fase	5.0
Ceará	consolidação 1 ^a fase	3.5
Rio G. Norte	consolidação 1 ^a fase	5.5
Paraíba	consolidação 1 ^a fase	3.1
Pernambuco	consolidação 1 ^a fase	3.7
Alagoas	consolidação 1 ^a fase	5.2
Sergipe	consolidação 1 ^a fase	2.7
Bahia	consolidação 1 ^a fase	3.5
Minas Gerais	consolidação 1 ^a fase	9.4
Espirito Santo	consolidação 1 ^a fase	9.3
Rio de Janeiro	intensiva	7.7
São Paulo	intensiva	8.4
Paraná	intensiva	19.8
Santa Catarina	consolidação 1 fase	9.0
Rio G. do Sul	consolidação 1 fase	14.4
Mato Grosso	intensiva	4.1
Mato G. do Sul	intensiva	7.8
Goiás	intensiva	4.5
Tocantins	intensiva	4.9
DF	consolidação 1 ^a fase	5.4

alcançar 10:1, principalmente devido ao grande número de casos que ainda não receberam a PQT ou que utilizam outros esquemas menos efetivos. Projeta para o segundo estágio uma relação prevalência/detecção de 3:1, relação esta condizente com uma área de baixa prevalência para a hanseníase.

3. PREVALENCIA ACUMULADA

Inicialmente à discussão de estratégias

$$\text{Proporção de casos curados com graus 1,2 ou 3} = \frac{\text{número de casos curados com grau 1, 2 ou 3}}{\text{número total de casos declarados curados no período}} \times 100$$

O conceito de prevalência acumulada é controverso, uma vez que prevalência implica relação com casos de uma doença e, na hanseníase, a prevalência acumulada deve incluir casos novos, casos em tratamento com PQT e também os casos declarados curados. A controversia esta no fato desta ultima categoria não ser entendida como formada por **casos de hanseníase** (3)

Independente da conceituação de prevalência acumulada conforme alguns autores (4,5), para efeito das discussões que se seguem, é fundamental entendermos prevalência acumulada como a prevalência de pacientes e ex-pacientes em um dado período, excluídos os óbitos e as transferências para outros países.

4. NOVAS ESTRATÉGIAS PARA A HANSENÍASE COMO DOENÇA DE BAIXA PREVALÊNCIA

Independente dos parâmetros utilizados para definir uma região como de baixa prevalência, o fato resultante da implantação da PQT/OMS, enquanto esquema terapêutico e reorganizados dos serviços de saúde, é uma redução acentuada dos casos em registro de hanseníase. Neste sentido, as políticas de saúde voltadas à hanseníase necessitam, com certa urgência, antecipar-se a esta inusitada situação, formulando estratégias para seu manejo enquanto doença de baixa prevalência.

para gerenciar a hanseníase como doença de baixa prevalência, faz-se necessário introduzir pelo menos dois indicadores epidemiológicos: a proporção de casos curados com grau 1,2 ou 3 correspondente aos graus 1 e 2 pela nova denominação da OMS) e a prevalência acumulada. Estes novos indicadores irão auxiliar na análise das necessidades emergentes principalmente nas ações de prevenção de incapacidades e reabilitação.

A proporção de casos curados com grau 1,2 ou 3 deve ser calculada da seguinte forma:

Dentro desta visão podemos salientar e discutir algumas questões primordiais, a seguir.

5. FASE DE MANUTENÇÃO

Compreende à fase em que, os parâmetros adotados indicam que determinado país atingiu a meta de coeficiente de prevalência inferior a 1 caso / 10.000 hab. Trata-se de uma fase de riscos, pois uma vez atingida esta meta poderá haver uma desmobilização operacional e política diante do sucesso alcançado. Assim, convém salientar que esta fase requer a manutenção dos serviços de diagnóstico e tratamento da hanseníase na rede básica de saúde, haja vista que eliminação, obviamente, não é erradicação. Haverá necessidade da manutenção dos serviços básicos para o atendimento de uma demanda reduzida de casos novos, a qual, provavelmente, deverá gradualmente se reduzir. Neste sentido, compete aos gerentes a previsão de treinamento adicional de recursos humanos, alocação de recursos para assegurar a distribuição e oferta de insumos e medicamentos dimensionadas à nova situação de baixa demanda e, particularmente a manutenção de ações de supervisão. Por outro lado, fator fundamental nesta fase será um adequado sistema de vigilância epidemiológica com vistas a identificar primordialmente a tendência dos indicadores epidemiológicos ao

longo desta fase de manutenção, permitindo intervenções ágeis e focais para corrigir eventuais situações de aumento de casos novos, etc.

6. AÇÕES ESPECIAIS DE PROGRAMA (AEP)

O emprego de ações especiais de programa visa atender situações de demanda específica, caracterizando-se estas ações por sua limitação no tempo e no espaço. Incluem-se aqui situações identificadas tais como áreas de difícil acesso, populações circunscritas com características culturais peculiares ou zonas identificadas como de média/alta prevalência com área socio-geográfica bem delimitada, atuando como bolsões dentro de uma região declarada de baixa prevalência. Estas situações dificilmente se adequam ao atendimento padrão oferecido pela rede básica de saúde e necessitam o emprego destas ações especiais de programa. Para tais casos, poder-se-ia sugerir ações especiais tais como o emprego de esquemas terapêuticos diferenciados de curta duração, incluindo a associação da rifampicina com a oflaxacina e minociclina. Este tipo de ação teria um carácter de intervenção vertical, focal, limitada no tempo e no espaço, definida após adequado diagnóstico de situação e desenho de um plano de ação convenientemente estruturado, estando o nível nacional e estadual encarregado de sua implementação.

Neste sentido, a iniciativa atualmente conhecida como SAPEL, projetos de ações especiais para a eliminação da hanseníase, promovida pela OMS pode servir como banco de experiências para uso futuro em situações emergentes na fase de baixa prevalência. Aí reside a relação entre os atuais projetos SAPEL e as futuras ações especiais de programa (AEP).

7. CENTROS DE REFERÊNCIA

Os Centros de Referência nacionais e internacionais continuarão a desempenhar importante papel na fase de baixa prevalência. Tal fato deve a dois motivos principais:

- pela velocidade do processo de eliminação, esta doença atingirá níveis de baixa prevalência antes que importantes respostas tenham sido

obtidas relativas ao cultivo do *M. leprae*, ao mecanismo intrínseco de dano neural, ao desenvolvimento de uma vacina, entre outras questões.

- a existência de uma pequena demanda de novos e o atendimento de uma ainda presente demanda de intercorrências clínicas e reabilitativas que irão requerer a atuação dos centros de referência como retaguarda especializada para suprir as necessidades de treinamento, de supervisão e de atendimento de casos complexos.

Em resumo, cabe aos centros de referência atuar como fiéis depositários do conhecimento hansenológico até então desenvolvido e sobre este conhecimento lhes cabe atuar como multiplicadores e estimuladores na busca de soluções para problemas emergentes. Há, então, necessidade de promover o fortalecimento institucional e financeiro dos centros existentes para que, atingida a meta de baixa prevalência, estas instituições possam assumir mais estas funções.

8. PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

YUASA(2) em 1991 propôs que a hanseníase fosse considerada sob dois aspectos, frente ao desafio de seu controle pela POT: inicialmente apenas como doença infecciosa e posteriormente como doença capaz de produzir incapacidades e deformidades. Uma análise das políticas de controle adotadas nos países endêmicos nos últimos anos revela claramente que a abordagem inicial (apenas doença infecciosa) foi largamente adotada. Assim, não dever-se-ia dispendir tempo e recursos orçamentários para as questões de prevenção de incapacidades ou reabilitação. Esta proposta foi assumida em diferentes graus pelos países endêmicos. Particularmente no Brasil, adotou-se uma leitura intermediária, onde as atividades de prevenção e reabilitação não foram totalmente esquecidas, mas deu-se indiscutível prioridade às ações de diagnóstico de casos novos e de tratamento com a PQT.

Independente do grau de comprometimento dos programas de controle em relação às ações de prevenção de incapacidades, estas assumem posição preponderante na fase de baixa

prevalência. Acompanhando o raciocínio de YUASA(2), a segunda abordagem da Hanseníase, como doença que produz incapacidades e deformidades, tem lugar explícito na fase de baixa prevalência. Ainda que o diagnóstico precoce e o adequado tratamento com a PQT tenha evitado um expressivo número de casos com incapacidades(6), o potencial incapacitante da Hanseníase é fato concreto e podemos esperar um número importante de casos curados com incapacidades. Assim, as ações de prevenção de incapacidades não só se fazem necessárias nesta fase de baixa prevalência como, podemos assegurar, constituir-se-ão nas ações que mais demandarão recursos e treinamento neste período. Neste sentido, temos visto na atualidade um crescente interesse dos gerentes em antecipar-se às estas necessidades, seja pela crescente discussão desta questão como pela publicação de material especializado(7,8) e a introdução em manuais e guias das técnicas de prevenção(3)

Adicionalmente, entendemos que compete ainda ao programa de controle gerenciar esta necessidade e às unidades de saúde com programa implantado a oferta deste serviços.

9. REABILITAÇÃO

Tomando-se como base os mesmos motivos apresentados para a prevenção de incapacidades, as ações de reabilitação também serão de capital importância na fase de baixa prevalência. Nesta fase, os serviços de saúde estarão frente a um demanda importante de casos necessitados de correções cirúrgicas, prótese ortese, treinamento profissional e reassentamento no mercado de trabalho ou no seu ambiente familiar.

Aqui, cabe discutir adicionalmente quem será responsável por esta oferta de serviços. Entendemos que os serviços básicos de saúde tem por obrigação a identificação e a referência: a **identificação** das necessidades de reabilitação do indivíduo, seja caso de Hanseníase ou indivíduo declarado como curado e o conhecimento e a manutenção de um canal ágil de **referência** para a solução destas necessidades. Por outro lado, entendemos que não cabe ao serviço básico de saúde a execução das ações mais complexas de

reabilitação. Para tal, sugerimos o uso da rede pública ou privada de serviços especializados para atender esta demanda específica. Para que tal ocorra efetivamente, cumpre aos gerentes em nível estadual e nacional, estabelecer relações inter-institucionais para discutir esta questão. Identificam-se aí os Hospitais de Clínicas das Universidades, os hospitais gerais da rede pública na comunidade e as instituições especializadas em reabilitação, sejam públicas ou privadas. Nestas ações, inclui-se também a oferta de treinamento especializado ou reciclagem para os profissionais destas instituições utilizando como fonte de conhecimento os Centros de Referência que atuam neste perfil. A continuada divulgação dos aspectos reabilitativos em Hanseníase também dever constar de congressos e outras atividades científicas das associações de ortopedia, cirurgia plástica, neurocirurgia, fisioterapia, psicologia, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras.(9)

Em resumo, as ações de reabilitação estarão à cargo da rede pública geral de atenção à saúde, cabendo aos gerentes de programa, consolidados pelo coordenador nacional do programa de controle da Hanseníase, estabelecer a referência e garantir treinamento aos profissionais desta rede. Com tal estratégia, obtém-se adequada atenção qualitativa e quantitativa, estimula-se a reintegração social, diminui-se o estigma e desonera-se o programa de controle específico.

10. A MAGNITUDE DO PROBLEMA

Para todas estas propostas de atuação na fase de baixa prevalência, a questão da magnitude do problema é fundamental para sua análise e a elaboração de políticas adequadas. ALMEIDA(10) apresenta um exercício estimativo relevante para uma região de alta endemicidade na Índia, onde estima que o número de indivíduos necessitando diferentes tipos de atenções após 18 anos do início de um programa de PQT será aproximadamente 145% maior do que o número de indivíduo atendidos no início deste mesmo programa. Neste porcentagem final estão incluídos alguns casos novos, casos ainda por completar o tratamento, pacientes já curados e casos com

incapacidades.

Para o Brasil(11), tomando-se dados globais de 1992, temos grau de incapacidade avaliado em 79,66 % dos 34.451 casos novos. Dentre estes 27.443 casos, a distribuição dos graus é de 75,26 % para grau zero, 16,16 % para grau 1 e 8,59 % para graus 2 e 3 (Tabela 2).

A distribuição de ações para estes casos poderá ser vista na tabela 3. Tais ações são aplicáveis a todos os pacientes e ex-pacientes de hanseníase de acordo com o grau identificado.

Tabela 2 - Distribuição do grau de incapacidade entre casos novos avaliados no Brasil em 1992.

GRAU	NUMERO DE CASOS	%
0	20,650	75.25
1	4,435	16.16
2/3*	2,358	8.59
Total	27,443	100.00

Tabela 3 - Distribuição de ações básicas de acordo com o grau de incapacidade

GRAU	ações educativas	ações preventivas	ações reabilitativas
0			
1			
2 e 3*			

(*) Correspondem ao grau 2 pela nova denominação da OMS.

Neste sentido, **ações educativas** são aquelas de estabelecimento de uma adequada relação entre o agente de saúde e o paciente e a transferência de conhecimentos sobre a hanseníase e possíveis eventos a serem detectados pelo paciente, assegurando a busca de auxílio quando necessário, além de medidas de proteção de áreas com insensibilidade. As **ações preventivas** já incluem toda a gama de atividades de prevenção por técnicas simples para presença de anestesia em mãos, pés e olhos, tais como cuidados gerais e uso de medidas protetoras ou outras medidas adicionais para os casos de grau 2 e 3, como massagens, exercícios, curativos, etc. As **ações reabilitativas**, neste escopo, significam as atividades terciárias de cirurgia e outras ações de reinserção social. Todas estas ações são aplicadas de acordo com a extensão do dano identificado, uma vez que sabemos que dentro da simplificação desta classe de 3 graus existe uma extensa gama de acometimentos.

Na consulta à literatura, a distribuição dos casos com incapacidade é muito variada conforme pode-se ver pela tabela 4.

Considerando-se as ações educativas, 100% dos indivíduos atendidos em um serviço de

saúde irão requerer esta atividade, uma vez que ela é atividade definida entre os elementos de um programa de controle da hanseníase (12,13).

As ações de prevenção de incapacidades por técnicas simples, tanto para evitar o dano como para impedir o agravamento do dano já existente, podem ser destinadas aos casos identificados como tendo graus 1,2 e 3 (1 e 2 pela nova denominação da OMS). Ainda que os dados da literatura sejam difíceis de analisar consolidadamente pela sua heterogeneidade na coleta e análise, podemos inferir que 30 % de um universo de pacientes e ex-pacientes necessitarão destas ações.

Já as ações reabilitativas de destinam a um grupo mais específico onde se identificam aqueles indivíduos que apresentam deformidades passíveis de serem corrigidas ou melhoradas por cirurgia, práticas fisioterápicas mais complexas e outros processos reabilitativos. Os dados disponíveis na literatura em relação à demanda para estas ações são escassas e muito variadas. O Ministério da Saúde de Myanmar (14) estima que entre 2 a 5% dos pacientes daquele país necessitariam tais serviços especializados. Alguns autores estimam em 20 % (15) ou entre 30 a 40% (16) dos pacientes como necessitando esta

Tabela 4 - Informação da literatura sobre o percentual de incapacidades entre pacientes de hanseníase. Lista parcial.

ANO	AUTOR	DADO	OBSERVAÇÕES
1960	WHO Tech. Rep. Ser.	25%	"cerca de 25% dos casos de hanseníase no mundo apresentam alguma incapacidade".
1960	Montestruc	40 %	em 589 pacientes in America Central
1960	Bechelli & Martinez	23.4%	dados do WHO Leprosy Ad.Team para a Nigeria
1961	Bechelli & Martinez	35.6%	dados do WHO Leprosy Ad. Team para Camarões
1962	Bechelli & Martinez	41.46%	dados do WHO Leprosy Ad.Team para a Tailândia
1963	Bechelli & Martinez	48.7%	dados do WHO Leprosy Ad. Team para Burma
1963	Bechelli & Martinez	32.32%	dados do WHO Leprosy Ad.Team para as Filipinas
1964	Bechelli & Martinez	35.85%	dados do WHO Leprosy Ad.Team para a Argentina
1966	Noordeen et al.	35,5%	
1967	Nagabhusanam	39.5%	entre 410 pacientes em Tirupati, India
1969	Noordeen & Srinivasan	19.4%	entre 412 pacientes de Chingleput. Provavelmente só computados graus 2 e 3*.
1970	Rao et al	42,9%	estudo feito em Karigiri
1977	Hasan	44,3%	estudo em área endêmica. Hiderabad, Índia
1981	Kushaw et al.	30,23%	estudo em uma unidade de saúde, Índia
1981	Smith et al.	31%	
1984	Reddy & Bansal	16,23%	estudo em população rural
1985	Sehgal and Sharman	30%	estudo em área urbana
1988	Mishra et al.	21,1%	exclui o grau 1
1989	Girdhar et al.	44,6%	estudo na Índia em grupo de 514 pacientes
1992	Brasil, M. Saúde	24,75%	graus 1, 2 e 3* entre casos novos avaliados no ano.
1994	São Paulo, Sec. da Saúde	40,5%	entre 2.532 casos novos avaliados em 1994 no Estado de São Paulo. Grau 1,2 e3(*).

(*) Correspondem ao grau 2 pela nova denominação da OMS.

atenção terciária. Para efeito de algumas considerações posteriores, tomaremos o valor de 20 % o qual, ainda que realístico, poderá estar aquém do montante verdadeiro.

Assim, a estimativa de demanda de serviços na área de educação em saúde, prevenção de incapacidades e reabilitação pode ser demonstrado pela tabela 5.

Tabela 5 - Estimativa da demanda de serviços de educação em saúde, prevenção e reabilitação entre pacientes e ex-pacientes de hanseníase.

ação	
educação em saúde	100
prevenção de incapacidades	30
reabilitação	20

É importante considerar que os dados sobre incapacidades são obtidos da prevalência. Com a redução do período de tratamento introduzido pela PQT, os pacientes declarados curados, essencialmente, não mais são avaliados e por tanto seus dados não mais constam dos informes oficiais. Por tal razão e, levando-se em conta a expressiva taxa de abandono no Brasil, podemos inferir que o problema de incapacidades entre a prevalência acumulada deverá ser mais grave do que pensamos. Neste sentido, uma queda na prevalência da hanseníase e uma diminuição da proporção de novos casos com incapacidades não significa uma queda ou diminuição na prevalência de incapacidades (17). Tal fato se deve à natural tendência de deterioramento de incapacidades e na retirada do registro dos casos declarados curados. Com a

introdução da PQT e a conseqüente melhora dos serviços (diagnóstico mais precoce) é compreensível que a prevalência de incapacidades entre os casos novos diminua. Por outro lado, a deterioração *de* incapacidades é fato natural, um potencial intrínseco da doença, e desenvolve num espectro de velocidade condicionado à forma clínica, sexo, idade, tempo da doença, condição social, adesão ao tratamento, disponibilidade de ações efetivas de educação em saúde e prevenção de incapacidades. Note-se que este espectro compreende deste a estabilização perene em grau 0 até a progressão do grau 0 ao 3 (0 ao 2 pela nova denominação da OMS), com todas as possibilidades intermediárias.

Tomando-se isto em consideração, as estimativas de demanda de serviços devem ser alocadas não sobre a prevalência pontual e sim sobre a prevalência acumulada. Isto é mais necessário ainda na fase de baixa prevalência que se aproxima. Neste sentido, tomando-se apenas o período de 1989 a 1993, estima-se a prevalência acumulada no Brasil em 392.593 indivíduos que tiveram Hanseníase, aí incluídos os casos novos e os ainda em tratamento no último ano do período. Neste mesmo período, 128.359 casos tiveram alta por cura. Esta é o universo mencionado acima cuja potencial de desenvolvimento de incapacidades está presente e que não mais fornecerão dados para as estatísticas oficiais sobre incapacidades e, por conseguinte, para orientar estratégias que evitem a deterioração destas incapacidades, previnam outras ou que corrijam deformidades instaladas.

Tomando-se como base os dados e projeções até aqui discutidos, podemos encontrar na tabela 6 uma estimativa hipotética da demanda de serviços específicos que existiria no fim de

Tabela 6 - Estimativa do número de indivíduos (pacientes e ex-pacientes) requerendo ações específicas em dezembro de 1993.

ações	número absoluto estimado
educação em saúde	392.593
prevenção de incapacidades	117.778
reabilitação	78.519

1993 para todo o país.

Ora, se considerássemos hipoteticamente que o programa de Hanseníase tivesse iniciado no Brasil em 1989 e sendo 266.578 casos a prevalência de Hanseníase no Brasil em dezembro deste mesmo ano, a prevalência acumulada em dezembro de 1993 (392.593) significaria um incremento em quatro anos de 47,27%.

Desta forma, podemos utilizar este percentual de incremento como base para uma estimativa genérica do tamanho do problema em períodos quadrienais, ainda que reconheçamos que este valor de incremento possa sofrer influência de uma provável diminuição da taxa de detecção nos anos subseqüentes.

Especificamente comentando a questão das ações de reabilitação, mencionamos que no mesmo período (1989-1993) foram realizadas aproximadamente 400 cirurgias de cunho eminentemente reabilitativo (transferências de tendão, neurolises, artrodese, etc) no Instituto "Lauro de Souza Lima". Este número é irrisório se comparado com a demanda estimada para o Brasil (78.519 casos em necessidade de algum procedimento reabilitativo cirúrgico para o mesmo período). Por outro lado, cabe apresentar o dado de um estudo não publicado onde, num período de 12 anos (1982-1994) foram realizadas apenas 2.193 cirurgias reabilitativas considerando-se aí os principais centros nacionais com cirurgiões treinados no Instituto Lauro de Souza Lima e desenvolvendo intensivamente este tipo de atenção. Os centros referidos são Rio Branco, Belém, Guarulhos, Recife, Salvador e Baum. Novamente, a confrontação do número de cirurgias executadas com a projeção da demanda revela uma deficiência importante na absorção das necessidades presentes, mormente porque o período de execução destas ações (12 anos) é maior do que o período utilizado para a estimativa da demanda.

Corroborando as estimativas acima discutidas do tamanho do problema, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (18) apresenta a expressiva cifra de 911 pacientes que apresentavam graus 2 ou 3 no momento da alta por cura entre os 6.212 casos que receberam alta por cura e tiveram avaliação de incapacidades

somente no ano de 1994 (Tab. 7). Estimam, também, que nos últimos anos, foram dado alta para cerca de 7.000 pacientes que já apresentavam grau de incapacidade 1,2 ou 3 (*) no momento da alta por cura.

Em resumo, as ações de reabilitação

tem papel assegurado na futura fase de baixa prevalência, algumas estratégias já forma delineadas (9,19,20) e os gerentes de programas de controle devem antecipar-se às futuras necessidades e iniciar de imediato discussões sobre a implementação de ações reabilitativas,

Tabela 7 - Pacientes com alta por cura em São Paulo no ano de 1994 em relação ao grau de incapacidade que apresentavam no momento da alta.

GRAU	PB	MB	TOTAL
0	1360	2937	4297
1	203	801	1004
2+3(*)	144	767	911
TOTAL	1707	4505	6212

(*) Grau 2 pela nova nomenclatura da OMS.

principalmente através do estabelecimento de relações inter-institucionais com unidades que prestam estes serviços na comunidade de maneira que, atingida a fase de baixa prevalência, tenha-se assegurado um adequado e ágil sistema de referência para atender esta demanda que certamente estará presente no futuro.

11. CONCLUSÃO

Com os rápidos avanços no controle da Hanseníase obtidos pela introdução da PQT e as positivas modificações que ocorreram nos serviços de saúde, a Hanseníase encontra-se em franco declínio de prevalência, permitindo que se tome, nos países endêmicos, uma doença de baixa prevalência no próximos 10 anos.

Para esta desejável fase, os elementos de um programa de controle deverão ser modificados ou ter sua prioridade revista. A manutenção de serviços de diagnóstico e tratamento, a supervisão, e um atento sistema de vigilância epidemiológica são elementos importantes nesta nova fase. O apoio aos Centros de Referência será fundamental como

manutenção de uma reserva de conhecimentos e desenvolvimento de pesquisas ainda necessárias. A prevenção de incapacidades e a reabilitação assumem papel preponderante, uma vez que nesta fase de baixa prevalência a Hanseníase devesse voltar a ser considerada como doença de potencial incapacitante, haverá maior disponibilidade de recursos humanos e materiais para atender uma demanda importante e que não pode ser ignorada.

Por último, devemos advertir que os comentários e estimativas apresentados ao longo deste artigo são feitos sobre dados escassos e nem sempre homogêneos e, particularmente no que se refere às incapacidades, existem inúmeras variáveis (21) que podem alterar significativamente sua análise. De qualquer forma, a intenção principal é alertar os gestores dos programas de controle para a necessidade emergente e concreta destes serviços na fase de baixa-prevalência e estimular para que as políticas de saúde voltadas à Hanseníase sejam revistas, com certa urgência, antecipando-se a esta próxima etapa do controle da doença, formulando estratégias para o manejo da Hanseníase como doença de baixa prevalência.