

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL
E GESTÃO DE CIDADES

REJANE MARIA SANTOS DE FREITAS

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HANSENÍASE EM ITAPERUNA-RJ

CAMPOS DOS GOYTACAZES
Dezembro de 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL
E GESTÃO DE CIDADES

REJANE MARIA SANTOS DE FREITAS

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HANSENÍASE EM ITAPERUNA-RJ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes – Campus de Campos dos Goytacazes/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

Orientadora: Prof.^a Elzira Lucia de Oliveira, D. Sc.

**Substituir
Biblioterca**

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Dezembro de 2007

REJANE MARIA SANTOS DE FREITAS

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HANSENÍASE EM ITAPERUNA-RJ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes – Campus de Campos dos Goytacazes/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

BANCA EXAMINADORA

Substituir Biblioteca

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2007

DEDICATÓRIA

Dedico incondicionalmente este estudo ao meu esposo Sylton, pelas horas em que meu isolamento compulsório diante de livros gerou interrupções e sacrifícios em nossos momentos de feliz e sólida vida a dois, cultivada ao longo dos últimos 30 anos. Quando o meu cansaço era incomensurável, você era incansável e entre idas e vindas, sol e chuva, me transmitia o seu saber e me fortalecia para continuar lutando em busca da concretude desta minha árdua caminhada acadêmica.

Sonho meu, sonho seu, sonho nosso (...)

AGRADECIMENTOS

A Deus,
por ter me dado à vida e por permitir-me trilhar este caminho até o fim.

Wander e Maria Auxiliadora,
queridos pais, obrigada por ter me incentivado e permitido estudar, por suas atitudes, orações e palavras de estímulo para que eu vencesse mais esta etapa de vida acadêmica.

Sylton,
a vida de um casal se constrói no cotidiano permeado pelo amor, sonhos, partilha, incentivo, tolerância, cumplicidade, renúncia e companheirismo, tudo isso teve uma magnitude extrema nesta minha caminhada. Sem você nada seria possível e este mestrado não passaria mais de que um sonho impossível de se realizar. Você não é só o meu amor, é sim, tudo em minha vida.

Rodrigo, Renata e Rafael,
filhos, nestes últimos anos, vocês viram dedicar-me aos estudos deste curso de mestrado; saibam que esta foi uma opção minha de vida, um difícil caminho que eu precisava trilhar por um futuro melhor. Um dia, meus queridos, vocês compreenderão a magnitude deste processo, e quero poder ajudá-los a seguir estes passos.

Pedro Júnior,
perdão, meu netinho amado, pelas horas que não pude te dar “colo”.

Cristiano,
meu genro, suas palavras de estímulo e confiança me fortaleceram muito nesta longa caminhada em momentos que eu achava que não ia conseguir.

Prof^ª. Elzira,
minha querida orientadora, a minha gratidão, pelo incentivo que me dispensou desde o encontro presencial, quando ainda não sabia se estaria me orientando. Seu interesse pelo meu tema e a confiança que depositou em meu trabalho, foram elementos básicos para levantar o ânimo e a minha determinação.

Mestres queridos, em especial Prof. Gustavo,
a confiança em mim depositada foi um incentivo para que eu pudesse crescer, sonhar e acreditar que eu fosse capaz.

Dr^ª. Annelise,
obrigado por acreditar em mim. Eu sou o que sou hoje, mestre e pesquisadora da hanseníase, graças ao seu estímulo e confiança.

Amigos e colegas de turma,
a todos vocês ausentes e muito presentes que, de forma indireta e direta, me incentivaram a cursar o mestrado de “Planejamento Regional e Gestão de Cidades”, a minha eterna gratidão.

Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe
Eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei
Eu nada sei
Conhecer as manhas e as manhãs,
o sabor das massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar,
é preciso paz pra poder sorrir
É preciso chuva para florir
Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou
Estrada eu sou
Conhecer as manhas e as manhãs,
o sabor das massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar,
é preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir
Todo mundo ama um dia, todo mundo chora
Um dia a gente chega, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De ser feliz
Conhecer as manhas e as manhãs,
o sabor das massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar,
é preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir
Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Cada um de nós compõe a sua história
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De ser feliz...

TOCANDO EM FRENTE
(Almir Sater e Renato Teixeira)

RESUMO

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HANSENÍASE EM ITAPERUNA-RJ

A hanseníase – HAN é uma doença estreitamente relacionada às baixas condições de vida e de pobreza da população, típica dos países subdesenvolvidos. Desde a antiguidade esteve presente em todos os continentes, gravando uma história de mutilação, rejeição e exclusão social, na memória e na pele da humanidade. As condições socioeconômicas, biológicas e mesológicas não podem, por si só explicar a disseminação da hanseníase. Além das características individuais, o elevado adensamento domiciliar, comum entre populações carentes, influencia no risco de contaminação do homem pelo *bacilo de hansen*. A sua transmissão se dá por contato pessoal entre os indivíduos sãos que convivem com pacientes portadores do bacilo de hansen sem tratamento, ou antes, do tratamento específico, ocorrendo sua transmissão por meio de gotículas eliminadas pela vias aéreas superiores. O controle da hanseníase no mundo vem passando por sucessivas mudanças na última década, com finalidade de alcançar a meta de eliminação da doença recomendada pela Organização Mundial da Saúde, após o advento da poliquimioterapia na década de 80. O Brasil encontra-se na incômoda posição de segundo país no mundo e o primeiro das Américas em número de casos registrados. A situação da hanseníase em nível municipal no país, também é muito preocupante, pois muitos municípios não conseguiram ainda controlar esta endemia. Este estudo teve como objetivo uma avaliação diagnóstica da endemia hanseníase em Itaperuna, município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Especificamente se analisou os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da doença nos últimos 26 anos, a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, entre 1980 e 2006. Além da análise dos indicadores, elaborou-se uma curva de sobrevivência por meio do modelo não paramétrico de Kaplan Meier. Os resultados apontam a ausência de algumas informações importantes no SINAN que podem ter prejudicado o controle e acompanhamento dos comunicantes. As normas do Programa de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde, não foram efetivamente cumpridas, além disso, constataram-se políticas de saúde centralizadoras e verticais no departamento de epidemiologia local, fato que também pode ter contribuído para a manutenção deste agravo à saúde do homem.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase, avaliação diagnóstica, Programa Saúde da Família, políticas públicas, ações estratégicas.

ABSTRACT

DISGNOSTIC EVALUATION OF THE HANSENÍASE IN ITAPERUNA-RJ

The hanseníase-HAN is a disease strictly related to the low life conditions and the poverty of the population, typical of underdeveloped countries since ancient times, it has been the continents, recording history of mutilation, rejection and social exclusion, in the memory and in humanity skin. The social economical, biological and mesological, conditions are not able to, by themselves explain the smead of the hanseníase. Besides the individual characteristic, the high housing increase domiciliary, common among poor populations, influences the risk of the contamination of the man the Hansen bacillus. Its transmission happens through personal contact among healthy individuals who live with bearers of the Hansen bacillus without treatment , or before the specific treatment, the transmission happening through droplets eliminated by the superior aerial roads. The control of the hanseníase in the world has been going by successive changes in the last decade, with the purpose of reaching the goal of elimination of the disease recommended by the World Health Organization, after the coming of the policheniotherapy in the 80's. Brazil is in the uncomfortable position of second country in the world and the first in American in number of registered cases. The situation of the hanseníase in city level in the country, is also very worrying, because many districts still haven't got the control of this endemy. This study has as an objective the diagnostic evaluation of the hansenica endemy in Itaperuna, district of the State of Rio de Janeiro, Brazil. Specifically the endemic and operational indicative of the disease have been analyzed in the last 26 years, starting from the database of the System of Information of Offences of Notification- SINAN, between 1980 and 2006. Besides the analysis of the indicators, a survival curve was elaborated through non parametric Kaplan Meier's model. The results point to the absence of some important information in SINAN that might have harmed control and accompaniment of the communicants. The rules of the Program of Elimination of Hanseníase of the Ministério da Saúde were not indeed accomplished. Besides, centralizing and vertical politics of health were verified in the department of local epidemiology, fact that can also have contributed to the maintenance of this offence to man's health.

WORDS-KEY: Hanseníase, diagnosticol evaluation, Programs Health of the Family, public politics, strategic actions.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Situação da hanseníase por região da OMS no início de 2004.....	29
Tabela 2: Casos registrados nos países que até 2004 não tinham atingido a meta da OMS de menos de um caso para 10.000 habitantes.....	30
Tabela 3: Prevalência e detecção da hanseníase no Brasil, por regiões/2005	33
Tabela 4: Unidades de Saúde de Itaperuna-RJ -2006.....	50
Tabela 5: Indicadores Municipais da Atenção Básica, Itaperuna/RJ, 1999 a 2005.....	51
Tabela 6: Distribuição dos Casos segundo faixa etária NO diagnóstico, 1980 a 2006	58
Tabela 7: Distribuição dos Casos por sexo - 1980 a 2006.....	58
Tabela 8: Distribuição dos Casos por Anos de Estudos, 1980 a 2006.	59
Tabela :9 Distribuição dos Casos por Modo de Entrada no Sistema, 1980-2006.	60
Tabela 10: Distribuição dos Casos POR TIPO DE Exame Baciloscópico para confirmação diagnóstica, 1980 a 2006.	60
Tabela 11: Distribuição dos Casos de HAN, segundo Classificação Operacional por ocasião do diagnóstico, 1980 a 2006.	61
Tabela 12: Distribuição dos Casos por Esquema Terapêutico, segundo o Número de Lesões, 1980-2006.....	62
Tabela 13: Distribuição dos Casos por Avaliação do Grau de Incapacidade Física, segundo Esquema Terapêutico Inicial, 1980 - 2006.....	63
Tabela 14: Distribuição dos Casos POR grau de incapacidade NO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO NA ALTA POR cura, 1980 - 2006.	64
Tabela 15: Distribuição dos Casos por o Tipo de Alta,1980 - 2006.	65

Lista de Figuras

Figura 1: Novos casos de hanseníases, por região da OMS, 2001-2003.....	30
Quadro 1: Parâmetros de classificação da endemia hanseníaca segundo os níveis de prevalência e detecção	321
Figura 2: Evolução das taxas de prevalência e das taxas de detecção no Brasil – 1990-2005 .	33
Figura 3: Gráficos da Taxa de Prevalência de HAN, por Estados do Brasil, no período de 2000-2005.....	35
Figura 4: Curva de sobrevivência no tratamento de HAN Itaperuna - 1980 – 2006.....	66
Figura 5: Curva de sobrevivência no tratamento de HAN por sexo do- Itaperuna - 1980 – 2006	67
Figura 6: Curva de sobrevivência no tratamento de HAN por grupos etários- Itaperuna - 1980 – 2006	68
Figura 7: Curva de sobrevivência no tratamento de HAN por Classificação Operacional - Itaperuna - 1980 – 2006.....	69
Figura 8: Curva de sobrevivência no tratamento de HAN por Recidiva - Itaperuna - 1980 – 2006	70

Lista de Siglas

BCG	Bacilo de Calmette Guerin – Vacina contra Tuberculose
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GTAEH	Grupo Técnico para as Ações de Eliminação da Hanseníase
GM	Gabinete do Ministro
HAN	Hanseníase
HANSEN	Hanseníase
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILEP	Federação Internacional de Associações Contra a Hanseníase
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
KM	Kaplan-Meier
M. leprae	Mycobacterium leprae
MB	Multibacilar
MORHAN	Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paucibacilar
PEN	Plano de Emergência Nacional
PNEH	Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase
PPI	Programação Pactuada Integrada
PQT	Poliqumioterápico
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Estado do Rio de Janeiro
RR	Reação Reversa
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SBH	Sociedade Brasileira de Hansenologia
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado do Rio De Janeiro
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. DOENÇA E SAÚDE	15
2.1. EPIDEMIOLOGIA E A VIGILÂNCIA À SAÚDE.....	19
2.2. A HANSENÍASE	21
2.2.1 Profilaxia	23
2.2.2.Aspecto Clínico e Diagnóstico	24
2.2.3.Tratamento, Incapacidades, Episódios Reacionais E Recidiva	25
2.2.4.Endemia Hansênica	29
2.3. HANSENÍASE NO BRASIL	32
3. EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO NO BRASIL	36
3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	38
3.1.1.Hanseníase e as políticas públicas	41
3.1.2.Ações de Controle da Hanseníase	46
3.2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A HANSENÍASE.....	47
4. A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	49
4.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E FONTES DE DADOS	52
4.2. FONTE DOS DADOS	52
4.3. CRÍTICA DOS DADOS	52
4.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO	54
4.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	54
4.5.1.Análise Não Paramétrica	55
4.5.2.Funcão sobrevivência	56
4.6. CONDUTA ÉTICA	56
5. ANÁLISE DOS INDICADORES DE HANSENÍASE DE ITAPERUNA/RJ	57
6. CONCLUSÃO	71
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	74
ANEXOS	79

1. INTRODUÇÃO

As doenças transmissíveis têm colocado grandes desafios aos gestores públicos. As políticas públicas de saúde não têm desenvolvido estratégias eficazes de controle das endemias que comprometem os padrões de qualidade de vida do homem moderno que se aglomera cada vez mais nos centros urbanos.

Os problemas decorrentes da pobreza, das condições sociais desfavoráveis, das deficiências de atendimento dos serviços de saúde e de condições ambientais, especialmente aqueles decorrentes da falta de saneamento e condições precárias de habitação, ampliam o escopo das doenças tropicais¹, doenças parasitárias como a amebíase, as helmintíases, as protozooses intestinais e a cólera.

É, pois evidente, que as más condições do espaço habitado deixam o homem vulnerável a adoecer devido aos agentes etiológicos oriundos das condições de pobreza. Assim, doenças como: a toxoplasmose, a hanseníase, a tuberculose, a peste, a leptospirose, a dengue, as anemias nutricionais e as micoses, entre outras, são enfermidades associadas às más condições de vida e às situações de risco ambiental e social do meio em que o homem está vivendo.

¹Doenças Tropicais são aquelas que não só valorizam as condições geográficas decorrentes dos países que ocupam a faixa intertropical da Terra, abrangendo tanto as doenças cuja ocorrência depende de certas condições climáticas (temperatura e umidade), como aquelas ligadas à pobreza e à deficiência da infra-estrutura de saneamento e de acesso à saúde (FERREIRA, p.180, 2003).

A hanseníase – HAN, em particular, é uma doença estreitamente relacionada às baixas condições de vida e de pobreza da população, típica dos países subdesenvolvidos. Desde a antiguidade esteve presente em todos os continentes, gravando uma história de mutilação, rejeição e exclusão social, na memória e na pele da humanidade.

As condições socioeconômicas, biológicas e mesológicas² não podem, por si só explicar a disseminação da hanseníase. Além das características individuais, o elevado adensamento domiciliar, comum entre populações carentes, influencia no risco de contaminação do homem pelo *bacilo de hansen*. A sua transmissão se dá por contato pessoal entre os indivíduos sãos que convivem com pacientes portadores do bacilo de hansen sem tratamento, ou antes, do tratamento específico, ocorrendo sua transmissão por meio de gotículas eliminadas pela vias aéreas superiores.

Embora a hanseníase seja uma doença infecto-contagiosa, de evolução muito lenta, uma vez diagnosticada, tem tratamento e cura. Pode aparecer em qualquer pessoa e se manifesta por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e em nervos periféricos, principalmente os que passam para os olhos, mãos e pés. Estas lesões, quando comprometem os nervos periféricos, têm um grande potencial de gerar incapacidades físicas no homem. Incapacidades que podem evoluir para deformidades irreversíveis, excluindo os indivíduos portadores do convívio social e eliminando sua capacidade de trabalho, o que, por conseguinte, causa sérios transtornos psicossociais e econômicos.

O tratamento por cura da hanseníase, com a poliquimioterapia - PQT, introduzido no Brasil na década de 80, ampliava a possibilidade de erradicação da doença e interrupção da cadeia de transmissão, uma vez que promove a cura da doença. Para tanto, a detecção e diagnóstico precoce e controle da hanseníase é condição essencial para a eficácia do tratamento.

Um fator de extrema importância, freqüentemente ignorado pelos poderes públicos é a capacitação dos profissionais de saúde como uma estratégia para identificar o diagnóstico na sua fase inicial, promover o tratamento e, com isso, evitar maiores custos sociais e financeiros no futuro.

Durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde - OMS, em 1991, o Brasil assumiu a meta de eliminação da hanseníase como problema

²Mesológicas são características do ecossistema que interferem no processo saúde-doença do homem.

de saúde pública, ou seja, o que significa o compromisso de atingir a prevalência de menos de um doente a cada 10.000 habitantes, meta esta ainda não alcançada até o segundo semestre de 2007.

Assim, o objetivo deste trabalho é fazer uma avaliação da situação epidemiológica da hanseníase no município de Itaperuna – RJ, entre 1980 e 2006, visando contribuir e orientar o planejamento das políticas públicas de controle e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no município.

Trata-se de um estudo descritivo dos casos da hanseníase detectados no município por meio da análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais da HAN disponibilizados pelo setor de epidemiologia do Centro de Saúde Raul Travassos em Itaperuna - RJ.

A escolha do período inicial se explica pela coincidência com a implantação da poliquimioterapia – PQT.

Além dessa introdução a dissertação discute no capítulo 2, doença e saúde, com foco na Hanseníase, que é o objeto desta dissertação. No capítulo 3, traça-se um breve panorama da evolução da legislação e políticas públicas de saúde no Brasil. No capítulo 4, discute-se a questão municipal e os procedimentos metodológicos. No capítulo 5, os resultados são apresentados e discutidos e, finalmente, no capítulo 6, são feitas as principais considerações.

2. DOENÇA E SAÚDE

Os epidemiólogos têm procurado correlacionar às desigualdades advindas dos fatores sociais e econômicos tais como renda, ocupação, educação, habitação ou, de maneira geral as denominadas condições de vida aos padrões de saúde.

Os eventos de saúde pública têm evidenciado a necessidade da compreensão do conceito de espaço em sua totalidade, considerando-o como um conjunto de elementos sociais, econômicos, culturais e ambientais inter-relacionados, ou seja, compostos por elementos visíveis e não visíveis (BARCELOS & BASTOS, 1996).

O espaço tem seu valor intrínseco na abordagem das relações da saúde pública e o ambiente e o seu controle. Para Silva (1997a, p. 587), “o espaço deve necessariamente entrar como categoria de análise quando não se quiser ofuscar processos importantes”. Corroboram a estes estudos, os conceitos de Sabroza (1991, *apud* ROJAS, 1998, p.703), em que: “o espaço socialmente organizado, integrado e profundamente desigual, não apenas possibilita, como determina a ocorrência de endemias e suas distribuição”.

Hipócrates com a obra “*Dos ares, dos mares e dos lugares*”, foi talvez o primeiro a relacionar o homem e o meio, justificando o surgimento de doenças a determinados espaços. Mas também, o médico inglês John Snow, comprova que um organismo vivo é a fonte de disseminação de alguma doença. Ele estudou a distribuição espacial de óbitos por cólera, na epidemia que atingiu Londres em 1854, demonstrando a correspondência entre o número de

mortes e o grau de poluição das fontes de água de cada bairro da cidade, utilizando o espaço para explicar os casos da doença de maneira implícita (SILVA, 1997a).

Esta percepção se evidencia no trabalho de Ferreira (1991) em que tanto a epidemiologia quanto a geografia preocupam-se em estudar as relações entre o homem e o meio, sistematizando a distribuição regional das doenças, na medida em que as ações humanas modelam a natureza, estruturando uma teia de influências recíprocas entre o homem e o meio.

O processo de urbanização anômalo dos países em desenvolvimento permitiu a possibilidade de inúmeros estudos relacionados à epidemiologia e o espaço, neste sentido Akerman (1994) analisa o crescimento das cidades como fonte geradora de disparidades socioeconômicas e de saúde, tornando-se marca sempre presente em grandes centros urbanos.

Na mesma linha de estudos Jacobi (2001) descreve o arranjo espacial dos padrões da desigualdade:

[...] a distribuição da população no espaço urbano segue padrões de desigualdades. De um lado a periferia da cidade, sem infra-estrutura urbana básica, é ocupada por grupos menos privilegiados de baixa renda e piores condições de saúde. Do outro, áreas com acesso total às facilidades urbanas ocupadas por grupos de alta renda, vivendo em moradias satisfatórias e com melhores padrões de saúde.

As desigualdades socioespaciais são os principais desafios coletivos dos tempos atuais. A desigualdade econômica entre os povos, grupos sociais e áreas geográficas evidenciam-se como cenário dos principais eventos mórbidos, particularmente do padrão urbano das doenças endêmicas (SABROZA *et al.*, 1992; ALBUQUERQUE, 1993).

O espaço urbano, que geralmente é o ambiente de vida e trabalho do homem se constitui cenário dos principais desafios para o controle das doenças infecciosas. As doenças surgem e desaparecem numa sociedade, conforme seu momento histórico, uma vez que, tanto a sociedade como as morbidades constituem dinâmicas.

O diagnóstico e localização geográfica dos grupos de maior prevalência ou risco de adoecer, tem sido motivo de preocupação de vários pesquisadores. Lacerda *et al.* (2002) enfatiza a necessidade de desenvolvimento de métodos diagnósticos coletivos, com o potencial discriminatório de grupos e ou áreas de risco, que sirvam de instrumento ao planejamento e ações dos serviços de saúde.

Neste contexto, os estudos de Carvalho et. al. (1997) chamam atenção para a avaliação de risco das doenças da população e não apenas as do indivíduo, assim caracteriza a condição socioeconômica dos grupos populacionais e incorpora as possíveis informações qualitativas, históricas e sociológicas disponibilizadas nos Censo Demográfico, pesquisas amostrais e outros levantamentos de dados.

As relações que caracterizam o espaço e as doenças são dinâmicas, uma vez que as condições necessárias para a ocorrência de uma dada morbidade alteram-se com o tempo. Elas podem tanto surgir e desaparecer, como permanecer por algum tempo, atingir um pico e depois desaparecerem (SILVA, 1986). Tal fato, não evidencia a existência de um determinado padrão de organização do espaço que seja determinante de uma doença. Porém, a disseminação de uma doença com relação ao tempo e o espaço está relacionada a processos geradores subjacentes. Dessa forma, a investigação capta a dinâmica da estrutura epidemiológica, visto que o perfil epidemiológico predominante em diferentes espaços é resultado das relações econômicas e sociais que se desenvolvem naquele espaço. Essas relações que se tecem no espaço caracterizam a sua organização e pode ser modificada de acordo com o momento histórico e o estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais (COSTA & TEIXEIRA, 1999).

As condições de saneamento, aglomeração e circulação de pessoas, ou seja, ações que se desenvolvem no espaço geográfico, favorecem a transmissão de agentes patogênicos causadores das morbidades, como a maioria das doenças infecciosas – particularmente as transmitidas por vetores – e o aparecimento das chamadas morbidades modernas (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências).

Com a interdependência econômica e política entre as nações, não só os problemas econômicos, mas também os problemas de saúde pública de um país passaram a interferir nas barreiras sanitárias e nas políticas de saúde de outros. Foi dessa preocupação que nasceu a Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde então, ela tem assumido o papel de coordenação mundial das ações de saneamento ambiental (abastecimento de água, rede de esgotos e controle de insetos), de educação em saúde pública e de treinamento do pessoal para atuar no atendimento à população.

Com o intuito de ampliar o conceito de saúde, a constituição da OMS definiu saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Embora mais abrangente e com um conteúdo mais holístico, ainda assim, essa

definição está atualmente considerada pela maioria dos sanitaristas brasileiros como utópica, pois é, na prática, no mundo real, de difícil obtenção. É incompleta também, pois não leva em consideração a importância do que é externo ao indivíduo e à espécie humana, mas que também influencia decisivamente nas suas condições de saúde, ou seja, o aspecto relacional da espécie humana com o meio ambiente.

Saúde e doença constituem metáforas privilegiadas para a explicação da sociedade; engendram atitudes, comportamentos e revelam concepções de mundo [...]. Através da experiência desse fenômeno (adoecer), as pessoas falam de si do que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico, político e cultural (MINAYO, 1993).

A evolução do conceito da promoção da saúde política de saúde nos moldes propostos pela Carta de Ottawa³ originou um movimento filosófico denominado Cidades Saudáveis⁴. Apoiado pela OMS, o movimento iniciado em Toronto, no Canadá, expandiu-se para algumas cidades européias e a partir delas, por meio de redes de cidades, países e regiões, ganhou o mundo.

No movimento atingiu a América Latina no início dos anos 90, sob a denominação de municípios saudáveis. As várias iniciativas experimentadas no Brasil desde a década de 90 em cidades como: São Paulo, Campinas, Santos, Jundiaí, Sobral, Crateús, entre outros. A realização na cidade de Sobral do I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis em 1998 deu impulso ao movimento. Em 1999, durante o XV Congresso do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS foi lançada a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, contando com a adesão de aproximadamente 40 secretarias municipais de saúde.

O cidadão verdadeiramente sadio é aquele que, em consequência do funcionamento harmonioso de todos os seus órgãos e de sua total adaptação ao ambiente físico e social, se sente perfeitamente bem, como ser pensante capaz de responder a múltiplos desafios.

³ Carta de Intenções elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, que pretendia contribuir para que se atingisse saúde para todos no Ano 2000 e anos subsequentes

⁴ Uma cidade saudável, na definição da OMS: é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade. Portanto considera-se uma cidade ou município saudável aquela em que os seus dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida.

Do conceito de saúde individual se passa, facilmente, ao de saúde coletiva, isto é, ao de Saúde Pública, cuja privação é a privação da própria liberdade, como sintetizado nas palavras de Sen, (2000, p.18):

A privação de liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social [...] à ausência de programas epidemiológicos, de sistema bem planejado de assistência médica e de educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais. Em outros casos, a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e econômica da comunidade.

Inquestionavelmente os fatores sociais e econômicos são um dos fatores que mais favorecem a disseminação de doenças. Segundo Castro, (1965), uma vez que o indivíduo não consegue ter uma boa alimentação, o seu organismo fica com baixa resistência devido à desnutrição; isto favorece a entrada de agentes patogênicos oportunistas causadores de diversas infecções.

No entanto, sabe-se que isso acontece pelas desigualdades socioespaciais e pela falta de políticas públicas efetivas nos combates a todas as formas de desigualdades: espaciais, individuais, sociais e ambientais.

2.1. EPIDEMIOLOGIA E A VIGILÂNCIA À SAÚDE

As ações e reflexões sobre a interrelações do homem com o meio ambiente e agente etiológico permitiu o desenvolvimento de conceitos e estratégias de controle das doenças.

Os estudos de Epidemiologia podem ser mais bem compreendidos na visão de multicausalidades buscado a relação do homem com o meio em que ele vive definido no estudo de Rouquayrol & Goldbaum (1999, p.15).

Epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

A análise da situação de risco não deve envolver somente o risco individual, pois as relações se desenvolvem sobre espaços diferenciados que, de alguma forma determinam o potencial de acesso dos diferentes segmentos populacionais aos bens, serviços e demais facilidades urbanas (Mendes et. al., 1994; Santos, 1996). Estes fatores que diferenciam os indivíduos e os espaços habitados por eles conspiram para a construção de um sistema de vigilância da saúde local com o desenvolvimento de ações e intervenções segundo as necessidades de microáreas locais.

Segundo Gaze & Perez (2002) a Vigilância Epidemiológica - VE tem por objetivo principal coletar dados para desencadeamento de ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, com embasamento em intervenções estratégicas capazes de interromper a transmissão das doenças.

As mudanças dessas estratégias podem e devem ser aprimoradas ou substituídas na medida em que novos estudos e conhecimentos científicos das mesmas são acrescentados, pela observação sistemática dos procedimentos e ações de prevenção e controle estabelecidos (BRASIL, 2002).

A VE, de acordo com o guia de Vigilância Epidemiológica do Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde (CENEPI/MS)

Corresponde a um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (BRASIL, 2002, p. 58).

O termo vigilância passou a ser utilizado na saúde pública com o objetivo de sustentar tecnicamente, de forma sistemática, a efetivação de ações de controle de doenças e agravos, mantendo um banco de dados, com informações atualizadas sobre a ocorrência das doenças, bem como dos fatores condicionantes em um espaço geográfico.

As informações divulgadas no Guia de Vigilância Epidemiológica da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA tornam-se referências para o desenvolvimento de ações de saúde no país, com o propósito de fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos; tornando

possível a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referencial, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença.

O SINAN normatizado pela Portaria nº 1.943, de 18 de outubro de 2001 é, no Brasil, o instrumento mais importante para a VE. Por meio dos dados do SINAN, podem-se construir indicadores de incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises, de acordo atributos individuais, tempo e lugar, particularmente no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória. (Brasil, 2002, p. 65).

A análise dos diferentes indicadores de saúde inter e intra grupos sociais constitui elemento estratégico nos estudos epidemiológicos podendo estabelecer diagnóstico de áreas que por sua vez expressam as condições de vida e saúde e os riscos a que as populações residentes estão expostas.

A hanseníase é umas dessas doenças que estão estreitamente relacionadas com as condições ambientais e de vida tanto dos pacientes quanto dos que convivem com os mesmos. O próxima seção ocupará deste mal que é o foco principal deste trabalho.

2.2. A HANSENÍASE

Para compreender a hanseníase é fundamental captar os fundamentos da história da doença “*lepra*”, já conhecida desde os primórdios dos tempos, narrados nos textos bíblicos.

Através dos tempos, a “*lepra*” ficou conhecida como uma doença mística, estigmatizada como castigo e ou fruto do pecado, marginalizando as pessoas portadoras de qualquer seqüela ou deformidade conseqüente da doença. Muito já se escreveu sobre a origem e existência da “*lepra*”, por outro lado, muitos desses escritos são citações de fontes descrevendo a moléstia sem os seus aspectos peculiares.

Apesar disso, há referências bastante claras com relação à nova denominação da “*lepra bíblica*” para o “*mal de hansen*”, ou *hanseníase* como hoje é conhecida à doença. Esse nome está relacionado ao pesquisador norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) que isolou o bacilo da lepra – o *Mycobacterium leprae* em 1868 na cidade de Bergen. A mudança do nome foi uma tentativa de reduzir o preconceito social que sempre acompanhou a doença e seus portadores (MARCHESE et. al. 2002).

O *M. leprae* pertence à família das Mycobacteriaceae, a ordem Actinomycetales e à classe Schizomycetes (VERONESI, 2002, p.237). O bacilo não cresce in vitro (em

laboratório) nem in vivo (no corpo vivo: ratos, coelhos, etc.), cresce lentamente entre 11 a 30 dias, quando inoculado no coxim plantar⁵ de camundongos atímicos ou nude⁶ (nude) (National Institute of Infectious Diseases, 2001). O bacilo cresce melhor em temperatura entre 27° a 30°C, o que talvez possa explicar o seu crescimento preferencial em nervos periféricos (JACOBSON & KRAHENBUHL, 1999). A temperatura ótima de crescimento do *M. leprae* é de aproximadamente 30°C e, o que justifica a preferência do microorganismo por infectar as áreas de extremidades corporais, onde a temperatura é menor (DUCATI, BASSO, SANTOS, 2004, p.410).

O *Mycobacterium* (micobactérias) é um gênero de actinobactérias altamente patogênica. É um bacilo álcool-ácido resistente⁷, intracelular obrigatório, tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, infectam muitas pessoas, no entanto, só poucas manifestam a doença (WHO, 1989). Sua evolução é lenta e depende da resistência do sistema imunológico individual das pessoas infectada. Clinicamente a moléstia se manifesta através da *disestesia cutânea*⁸ e não tem fator de hereditariedade. (VERONESI, 2002, p.741). O *M. leprae* parasita os macrófagos e as células de Schwann que formam a mielina dos nervos periféricos. A destruição da mielina leva à disfunção dos nervos.

Dentre as doenças infecto-contagiosas a hanseníase é a de maior potencial de instalação de incapacidades físicas no homem, por isso é necessário o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para a prevenção das neurites e reações e impedindo sua evolução para deformidades (BRASIL, 2002, p. 42- 43).

O *M. leprae* é transmitido de forma inter-humana, tendo em geral, período de incubação cinco a sete anos. O início da sintomatologia costuma ocorrer no adulto jovem, com idade entre 20 e 30 anos, registra-se ocorrência, ainda que rara em crianças menores de cinco anos (WHO, 2005, p. 7). Sendo o ser humano a maior fonte de contágio, a convivência domiciliar com o doente bacilífero potencializa esse risco. Quanto maior o tempo de contato e

⁵ Coxim plantar é o dorso da pata do camundongo.

⁶ atímicos ou nude são camundongos destituídos de imunidade celular. Possuem um defeito no cromossomo 11 que se manifesta com o desenvolvimento de timo rudimentar, no qual não ocorre normalmente a maturação de linfócitos T. Portanto, pode-se entender por que os camundongos atímicos desenvolvem uma infecção aguda e fatal quando inoculados com o bacilo de Hansen.

⁷ Bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) são bactérias que possuem paredes celulares com alto teor de lipídeos, que quando tratadas pelo corante Fucsina fenicada (reagente), coram-se de vermelho e persistem ao descoramento subsequente por uma solução de Álcool-Ácido forte (diferenciador). É por isso que são conhecidas por Bacilos Álcool Resistentes (BAAR).

⁸ Perda da sensibilidade tátil.

o grau de intimidade, maior será a possibilidade de transmissão da doença. O risco de contágio no meio familiar promíscuo é de um doente para três contatos e nos contatos eventuais, isto é, não-conviventes habituais o risco de adoecer é de 2% a 5% (VERONESI, 2002, p.741).

O homem é reconhecido como, a única fonte de infecção, embora, tenham sido descritos, animais naturalmente infectados como o tatu (*Dasypus novencinctus*), o macaco mangabei (*Mangabey sp*) e o chimpanzé (Meyers *et al.*, 1985). A porta de entrada da infecção e a principal via de transmissão do *Mycobacterium leprae* são as vias aéreas superiores. Os pacientes multibacilares, aqueles com carga bacilar alta, representam a principal fonte de transmissão do *M. leprae* para o meio ambiente, enquanto os doentes paucibacilares, aqueles com baixa carga bacilar não são fontes importantes de transmissão (Green *et al.*, 1983; Marchese *et al.* 2002). Além disso, os contactantes de pacientes multibacilares têm um risco cinco a 10 vezes maior de desenvolver a Hanseníase do que a população em geral (FINE *et al.*, 1997; VAN BEERS *et al.*, 1999).

2.2.1 Profilaxia

A profilaxia da doença em seus comunicantes se faz por meio da vacinação com Bacilo de Calmette Guerin - BCG, visando melhorar a sua imunidade, independente da forma clínica da hanseníase do caso. A BCG deve ser aplicada em duas doses com intervalo de seis meses da aplicação da primeira dose, segundo normas do Manual do Plano Nacional de Imunização - PNI.

A resposta da proteção da vacina BCG aos contactantes de hanseníase, tanto no Brasil quanto em outros países tem sido de 20 a 80% (LOMBARDI, 1990).

2.2.2 Aspéctos Clínicos e Diagnóstico

A Hanseníase apresenta uma variedade de manifestações clínicas, que estão relacionadas com as condições imunológicas do paciente.

Ainda nos primórdios do século XX a hanseníase continuava como uma doença estigmatizante, sem conhecimento de cura e *tratada* em estabelecimentos de saúde especiais,

conhecidos como *leprosários*⁹ cujos muros formavam verdadeiras fronteiras de isolamento do paciente com a sociedade.

Os sinais e sintomas mais frequentes da hanseníase são: a) sensação de formigamento, fisgadas ou dormências nas extremidades; b) manchas brancas ou avermelhadas, geralmente com perda de sensibilidade ao calor, frio, dor e tato; c) áreas da pele com alterações da sensibilidade e da sudorese; d) caroços e placas em qualquer local do corpo; e) diminuição da força muscular (acarretando dificuldade para segurar objetos); f) comprometimento dos nervos periféricos (grande potencial para provocar incapacidades físicas e evolução para deformidades) (BRASIL, 2002b).

A doença apresenta diversas formas clínicas, que podem ser agrupadas de acordo com o número de manchas ou pelo tipo de resposta imune apresentada pelo paciente.

Em relação ao número de manchas, utiliza-se a Classificação Operacional (ANEXO I), que divide os pacientes em multibacilares - MB a paucibacilares - PB. Os MB apresentam mais que cinco manchas na pele e a baciloscopia¹⁰ é positiva, enquanto que os PB possuem no máximo cinco manchas na pele e a baciloscopia é negativa. Esta classificação é importante no tratamento devido ao esquema terapêutico a ser adotado (BRASIL, 2002b, p. 20 - 27).

O diagnóstico clínico da hanseníase baseia-se nos exames dermatológico e neurológico periférico e na pesquisa de espessamento dos nervos periféricos, sendo que um caso é definido pela OMS (1988) como “uma pessoa apresentando sinais clínicos da doença, com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico e requerendo quimioterapia”.

A hanseníase pode ser confundida com outras doenças dermatológicas e neurológicas com sintomas e sinais semelhantes aos seus, sendo que a principal diferença é que ela apresenta *alterações de sensibilidade cutânea* e as outras doenças não, como: o vitiligo, pitiríase versicolor (pano branco), sífilis e outra (BRASIL, 2002b, p.28).

2.2.3 Tratamento, Incapacidades, Episódios Reacionais e Recidiva

⁹ Lugar destinado às pessoas contaminadas com *hanseníase* (lepra) onde permaneciam isoladas do resto da população para evitar a contaminação pela doença. Esse tipo de tratamento foi extinto no Brasil por meio do decreto 968 de 07/05/62.

¹⁰ Exame microscópico onde se observa o *M. leprae*, nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas (BRASIL, 2002b, p. 27).

O tratamento da Hanseníase é um assunto muito complexo, e não se trata somente de se contar com medicamentos que destroem os bacilos. A doença ataca os nervos periféricos, provocando deformidades e incapacidades, que são responsáveis pela marginalização psicossocial do indivíduo. A correção cirúrgica de uma incapacidade já instalada, a educação, dos doentes e da comunidade em que vivem, faz parte da terapêutica e não podem nunca ser ignoradas.

Importantes descobertas de medicamentos na terapêutica de tratamento da doença se intensificaram, as *sulfonas* na década de 40, a *clofazimina* na década de 60 e a *rifampicina* na década de 70. O uso destes medicamentos possibilitou a cura da hanseníase, embora o tempo de tratamento de cinco anos fosse demasiado longo (OMS, 1982).

Na tentativa de evitar o fármaco-resistência das drogas a OMS reuniu o Comitê de Peritos em Hanseníase em 1976, e estabeleceu que a terapêutica da doença fosse realizada com pelo menos dois medicamentos anti-hansênicos eficazes como a *rifampicina* e a *clofazimina* (OMS, 1982). Porém, segundo Opromolla (1990, p. 38): “*nem todos os países conseguiram adotar de imediato tal conduta em razão das dificuldades econômicas, ou às diferenças nas políticas de seus ministérios da saúde*”.

Devido à intensificação da resistência às drogas, os peritos se reuniram novamente em 1981 para discutirem um tratamento multidroga com a introdução de esquemas terapêuticos mais eficazes, viáveis e de duração definida. Foram recomendados esquemas tríplexes para o tratamento dos casos MB e duplos para os PB com vistas ao maior controle da doença, sendo indicado o uso da *sulfona*, *rifampicina* e *clofazimina* (WHO, 1988).

A Poliquimioterapia - PQT é capaz de reduzir a infectividade dos pacientes com Hanseníase em poucos dias (LEVY *et al.*, 1976). Assim, o esquema de tratamento PQT é um marco no processo da eliminação da hanseníase imprimindo uma nova realidade na história secular desta endemia (NOGUEIRA *et. al.*, 1995)

O tratamento poliquimioterápico - PQT¹¹ é ambulatorial e deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde em virtude de possíveis intercorrências durante o tratamento. Essas intercorrências se manifestam em forma de dois tipos: os estados reacionais e os efeitos colaterais da medicação quimioterápica. Os estados reacionais são as principais causas das lesões neurais e incapacidades físicas provocadas por essas lesões, logo seu tratamento deve

11 O Tratamento da HANSENÍASE possui esquemas padronizados pela instrução normativa da Portaria nº814/GM de 22/Jul./1993, implantados na rede de serviços pública e particular.

ser iniciado precocemente com a finalidade de prevenir esses estados reacionais (BRASIL, 2001, p. 90-97).

A implantação do esquema terapêutico de poliquimioterapia acarretou a redução da prevalência da doença, levando a OMS na sua 44ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em maio de 1991, em Genebra, a estabelecer a meta de redução da hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2000 (WHO, 1991).

O esquema terapêutico PQT é à base da estratégia para a eliminação da hanseníase em decorrência de seu poder de cura, redução do reservatório de infecção e, conseqüentemente, interromper sua cadeia de transmissão. Além disso, quando o esquema terapêutico é iniciado corretamente no momento do diagnóstico ele é capaz de prevenir a instalação das incapacidades físicas nos doentes.

Os estudos de Virmond (1995) demonstraram que a implantação da PQT associada à maior organização dos serviços de saúde diminuiu de forma acentuada a prevalência da hanseníase na maioria dos países.

Antes da possibilidade de cura não havia tratamento para as incapacidades e muitas pessoas se mutilavam em função da perda da sensibilidade, ficando com limitações para o trabalho e para a vida social. Mesmo com a implantação de esquemas terapêuticos capazes de promover a cura da enfermidade, as incapacidades físicas ainda representam o grande problema da hanseníase, sendo responsável pela exclusão do paciente do mercado de trabalho, pelo isolamento social e comunitário. Assim, quando se constatam incapacidades físicas em um paciente com alta por cura, o fato remete a dois aspectos importantes: o diagnóstico foi tardio ou o tratamento foi inadequado (BRASIL, 2002b, p.43).

A incapacidade física deve ser avaliada em todos os doentes de HAN, independente da forma clínica no momento do diagnóstico e do início tratamento com PQT, no momento da alta e no mínimo uma vez a cada ano, segundo normas técnicas do *Guia para Controle da Hanseníase/MS* (BRASIL, 1994 a).

O grau de incapacidades é determinado por intermédio da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés e seu resultado expresso em valores conforme a classificação e critérios descritos:

Mãos e pés:

- Grau 0: Sem anestesia, sem deformidade ou dano visível
- Grau I: Anestesia mas sem deformidade ou dano visível

- Grau II: Deformidade visível e dano presente

Olhos:

- Grau 0: Sem problema ocular devido à hanseníase; sem evidência de perda visual.
- Grau I: Presença de problema ocular devido à hanseníase mas visão não gravemente afetada (visão 6/60 ou melhor; consegue contar dedos a seis metros).
- Grau II: Grave comprometimento visual (visão pior que 6/60; incapacidade de contar dedos a 6 metros), lagofthalmos (fechamento incompleto das pálpebras), iridociclites (inflamação da íris e do corpo ciliar) e opacidade da córnea.

Mãos, pés e Olhos:

- Grau III¹² - ocorre o maior comprometimento com a destruição do nervo, apresentando perda da sua função levando às incapacidades e deformidades permanentes.

Mesmo em tratamentos com a PQT alguns pacientes desenvolvem episódios reacionais. Estes episódios são intercorrências agudas advindas do sistema imunológico do paciente. Podem aparecer no início do tratamento ou após a alta por cura. Caso o episódio reacional apareça durante o tratamento, ele não deve ser interrompido, recomenda-se terapêutica específica com corticoideterapia, conforme normas do Guia para Controle da Hanseníase do MS.

A Hanseníase, ao longo das fases mais tardias de sua evolução, pode exibir certos fenômenos agudos denominados de estados reacionais. Estas reações ocorrem geralmente durante a PQT ou após o paciente completar o tratamento. Esses episódios reacionais são classificados em: Reação Tipo I ou Reação Reversa - RR, que ocorre em pacientes que apresentam as formas tuberculóide ou dimórfica e Reação do Tipo II ou Eritema Nodoso Lepromatoso - ENL, que ocorre em pacientes com Hanseníase lepromatosa a dimórfica (ABULAFIA e VIGNALE, 1999).

¹² Embora o MS tenha abolido a classificação de incapacidade física de Grau III, agrupando-o no Grau II, a partir 2000 (BRASIL, 2002b), neste estudo, foi mantido o critério até então vigente.

A RR se caracteriza por eritema e edema das lesões e ou espessamento de nervos (neurite), com dor à palpação, ou sem dor (neurite silenciosa). No ENL ocorre febre e o aparecimento de nódulos eritematosos, dolorosos, em qualquer parte do corpo. Além das reações cutâneas podem ocorrer hipertrofias do baço e do fígado, neurites e artrites (ABULAFIA e VIGNALE, 1999).

Como o homem é o único hospedeiro do bacilo, o doente apresenta períodos de agudização da moléstia, constituindo-se o que se denomina reação Hansênica ou Estados reacionais, que se não tratados a tempo pode levar a graves deformidades físicas. Quando o paciente apresenta evidências de dano neurológico com perda de sensibilidade e força motora em mãos e pés recomenda-se a corticoideterapia.

Caso o estado reacional surja após a alta, recomenda-se reiniciar a PQT. O estado reacional é um tipo de hipersensibilidade e não de recidiva da hanseníase.

A HAN é uma doença que não confere imunidade ao ex-portador, assim, após o paciente ter concluído o tratamento regularmente e, recebido alta por cura, ele é susceptível a se reinfectar tendo, dessa forma de iniciar novo esquema terapêutico PQT. A presença de novos sinais em forma de manchas na pele, nódulos e novas lesões de nervos são considerados um caso de *recidiva* da HAN, devendo ser notificado, segundo os critérios preconizados pela MS/OMS, caracterizando assim, um novo caso da doença (BRASIL, 1994a).

A Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 do MS, proíbe o uso da medicação conhecida com *Talidomida* para o tratamento das reações hansênicas em mulheres grávidas ou em período fértil, devido a seus efeitos teratogênicos¹³.

2.2.4 Endemia Hansênica

A detecção e a prevalência de novos casos da HAN nas diferentes regiões e países são fatores pontuais para a elaboração de novas estratégias do planejamento global de eliminação da doença como problema de saúde pública mundial.

Em que pese à disseminação do tratamento PQT, a endemia hansênica mantém-se motivo de preocupação da OMS em países que apresentam alta prevalência¹⁴ e incidência¹⁵e,

¹³ Agentes teratogênicos - ou teratógenos - são os responsáveis pelo aparecimento das malformações. Podem ser de origem genética ou ambiental

por conseguinte, não conseguiram atingir a meta da OMS de diminuição da prevalência para menos de um caso por 10.000 habitantes, nas Américas e no Sudeste Asiático (tabela 1). Observe que nas Américas se verificaram um caso para 10.000 habitantes e no Sudeste Asiático dois casos para 10.000 habitantes. Isto pode refletir incompatibilidade das políticas sociais e de saúde pública com as demandas emergentes e ausência de programas epidemiológicos, assistência médica e educacional.

TABELA 1
SITUAÇÃO DA HANSENÍASE POR REGIÃO DA OMS NO INÍCIO DE 2004

Região da OMS	2003		2004	
	Número de casos	Detecção por 100.000 hab.	Número de casos	Prevalência por 10.000 hab.
África	47.006	7,2	51.233	0,8
Américas	52.435	6,2	86.652	1,0
Sudeste Asiático	405.142	26,5	304.296	2,0
Mediterrâneo	3.940		5.780	0,1
Oriental		0,8		
Pacífico Ocidental	6,19	0,4	10.449	0,1

Fonte: WHO/CDS/CPE/CEE/2005

Em que pese à diminuição dos casos detectados entre 2003 e 2004 é expressivo o volume apresentado no Sudeste Asiático que, de acordo com os dados da OMS (WHO,2005), é responsável pela maior carga hansênica em nível global. Nas Américas e África, embora o volume seja baixo, verifica-se um pequeno aumento dos casos no último período (ver figura 1).

Pareceres técnicos da Organização Panamericana de Saúde - OPAS indicam que a transmissão da doença não diminuiu na região das Américas, principalmente, devido ao diagnóstico tardio e a permanência das desigualdades econômicas e sociais. Os avanços alcançados na diminuição da prevalência da doença na região ocorreram especialmente em virtude da implantação e utilização ampla da PQT (OPAS, 2002).

14 Prevalência: indica a quantidade de doentes em registro ativo. O índice mede a quantidade de casos por 10.000 habitantes. .

15 Incidência: refere-se aos casos novos detectados no ano. O índice mede a quantidade de casos novos por 100.000 habitantes.

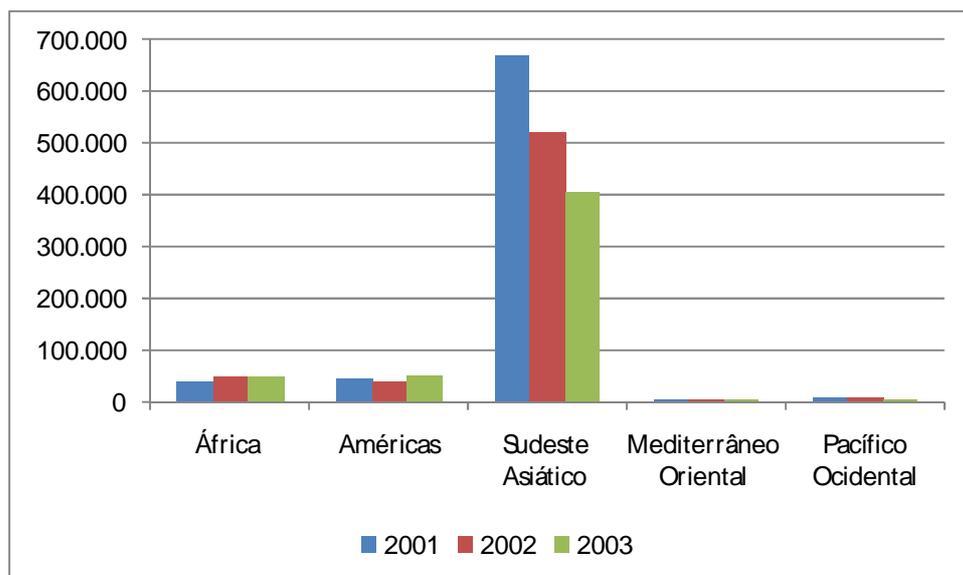


FIGURA1- NOVOS CASOS DE HANSENÍASES, POR REGIÃO DA OMS, 2001-2003
Fonte: WHO/CDS/CPE/CEE/2005.

Pode-se verificar na tabela 2, que entre os países que não tinham atingido a meta da OMS até 2004, o Brasil apresenta o maior índice de prevalência, 4,6 para 10.000 habitantes, se posicionando, dessa forma, em situação pior do que a de Moçambique, Madagáscar e Nepal.

A prevalência e a incidência da endemidade hanseniana no mundo (Tabela 2) no período de 2003/2004, nos aponta a real situação da doença nos nove países onde a meta da OMS não foi alcançada. Estes países representam juntos 88% dos casos novos detectados de HAN durante o ano de 2003 e 84% dos casos registrados no início de 2004, situação muito aquém das expectativas da OMS (WHO, 2005, p. 12).

TABELA 2
CASOS REGISTRADOS NOS PAÍSES QUE ATÉ 2004 NÃO TINHAM ATINGIDO A META DA OMS DE MENOS DE UM CASO PARA 10.000 HABITANTES

Países	Durante 2003		Início de 2004	
	Número de casos	Coefficiente por 100.000 hab	Número de casos	Coefficiente por 10.000 hab
Angola	2933	22,1	3776	2,8
Brasil	49206	28,6	79908	4,6
República Central Africana	542	14,7	952	2,6
República Democrática do Congo	7165	13,5	6,891	1,3
Índia	367143	34,0	265781	2,4
Madagáscar	5104	31,1	5514	3,4
Moçambique	5907	29,4	6810	3,4
Nepal	8046	32,9	7549	3,1
República Unida da Tanzânia	5279	15,4	5420	1,6

Fonte: WHO/CDS/CPE/CEE/2005

O comportamento da distribuição geográfica da hanseníase no mundo (Tabela 2), evidencia que a doença prevalece nas áreas de maior pobreza e que houve um importante decréscimo e até o desaparecimento da endemia em áreas onde as condições socioeconômicas melhoraram. Essa correlação positiva entre condições precárias de vida e a incidência da doença é verificada em diversos estudos, dentre eles, os de Magalhães e Rojas (2007), que enfatiza:

À escala global e regional, as áreas de maiores níveis endêmicos de hanseníase no mundo associam-se à pobreza, embora alguns resultados de investigações não pareçam conclusivos. A relação direta da doença com a pobreza não é questionável, o que não significa que todos os lugares sob essas condições sejam endêmicos. Requer-se, além de microambientes favoráveis à existência e sobrevivência do patógeno, outros fatores propícios à transmissão ou mesmo evolução clínica da hanseníase.

As condições de vida e de saúde são caminhos indispensáveis para o processo de planejamento da oferta de serviços e da avaliação do impacto das ações de saúde local, bem como, estabelecem correlações sobre o não cumprimento das metas de eliminação da hanseníase, pactuadas e repactuadas com a OMS.

Certos países, como os da África precisam de esforços concentrados para promover as atividades de controle da doença, especialmente em áreas que foram foco de constantes conflitos pelo poder político (guerra civil), bem como nas regiões da Ásia, também fragilizadas pela estruturação precária dos serviços de saúde.

Como a meta da OMS não foi alcançada em 2005, se fez necessário repactuar o compromisso de controle da hanseníase com os representantes dos nove países endêmicos. Assim, foi elaborado pela OMS, um novo instrumento - Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase - visando a diminuição da prevalência e incidência da hanseníase no mundo, assim como, a sustentação das atividades de controle da doença para o período de 2006 a 2010 (WHO, 2005).

Quanto aos níveis de prevalência e detecção, a OMS sugere parâmetros de avaliação, conforme descrito no quadro 1.

Prevalência	Parâmetros	Classificação
	>= 20 casos/10.000 hab	Hiperendêmico
	>=10 e <20 casos/10.000 hab.	Muito alto
	>=5 e <10 casos/10.000 hab.	Alto

Detecção	Parâmetros	Classificação
	>=1 e <5 casos/10.000 hab <1 caso/10.000 hab.	Médio Baixo
	>= 4 casos/10.000 hab >=2 e <4 casos/10.000 hab. >=1 e <2 casos/10.000 hab. >=0,2 e <1 casos/10.000 hab <0,2caso/10.000 hab.	Hiperendêmico Muito alto Alto Médio Baixo

QUADRO 1: PARÂMETROS DE CLASSIFICAÇÃO DA ENDEMIAS HANSÊNICA SEGUNDO OS NÍVEIS DE PREVALÊNCIA E DETECÇÃO

Fonte: Brasil, 2002 b, p.71

2.3 HANSENÍASE NO BRASIL

A hanseníase foi considerada endêmica em todos os estados e regiões do país pelo Ministério da Saúde - MS, por meio da Portaria Ministerial nº 1.838 de 09 de outubro de 2002 (BRASIL 2002a).

A figura 2 mostra que as taxas de prevalências diminuíram de 19,54 por 10.000 habitantes em 1990 para 1,48 em 2005, observando transição endêmica considerada classificada como muito alta para média. Este resultado representa sem dúvida uma evolução da endemia no Brasil, embora ainda se mantenha aquém da meta a ser alcançada. Por outro lado, as taxas de detecção que eram de menos de dois casos por 100.000 habitantes em 1990 aumentaram para 2,11 em 2005. Sendo que, durante todo esse período nunca esteve abaixo do patamar inicial, ou seja, situação classificada como muita alta sem evolução positiva no período, pelo contrário, o que se verificou foram períodos de piora sensível do indicador.

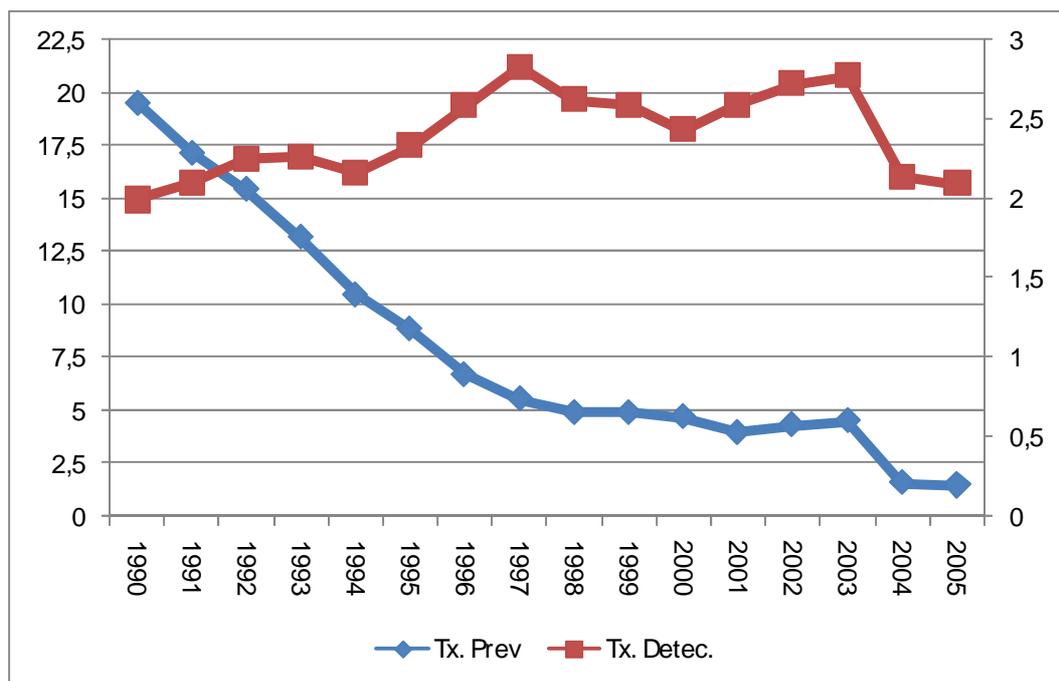


FIGURA 2: EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE PREVALÊNCIA E DAS TAXAS DE DETECÇÃO NO BRASIL – 1990-2005

Fonte: DATASUS/MS/2007.

Embora os serviços de saúde no Brasil estejam disponíveis na maioria dos municípios, poucos têm o poder de resolutividade. Este fato contribui para uma desigual distribuição geográfica da prevalência e detecção da HAN no País conforme se verifica na tabela 3.

Em 2006, a região Norte, apresentava uma prevalência classificada como alta de 5,24 por 10.000 habitantes, mas com uma taxa de detecção de 5,63 caracterizando uma região hiperendêmica. A região Nordeste por sua vez, apresentou taxa de prevalência de 2,77, classificada como média e taxa detecção muito alta (2,95). No Sudeste se verificou baixo padrão de prevalência (0,93), mas com parâmetros médios de detecção. Na região Sul foi onde se verificou os menores parâmetros de prevalência (0,72), embora prevaleçam parâmetros médios de detecção. Por fim, a região Centro Oeste apresentou prevalência de 4,56 e caracterizada como média, entretanto, o caráter de detecção é de hiperendemia (4,57).

TABELA 3
PREVALÊNCIA E DETECÇÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL, POR REGIÕES/2005

Região	Taxa de prevalência	Parâmetro	Taxa Detecção	Parâmetro
Norte	5,24	Alto	5,77	Hiperendêmico
Nordeste	2,77	Médio	2,95	Muito alto
Sudeste	0,93	Baixo	0,96	Médio
Sul	0,72	Baixo	0,65	Médio
Centro Oeste	4,56	Médio	4,57	Hiperendêmico
Brasil	2,02	Médio	2,11	Muito alto

Fonte: SINAN/DATASUS/MS. 2005.

A prevalência da hanseníase por estados da federação demonstra que há uma heterogeneidade da endemia hanseníase no país. Os estados da região Sul têm as menores taxas de prevalência, dentro dos parâmetros da OMS. Verifica-se que somente o estado do Paraná se mantém em nível médio de endemia entre 2000 e 2005 (região lilás do gráfico), os demais estados mantêm níveis baixos no período. Nas regiões Norte e Nordeste embora a maior parte dos estados tenham transitado de níveis muito altos para níveis altos e médios ao longo do período analisado, nenhum dos estados atingiram o nível baixo que é a meta. Os estados da região Centro Oeste, especialmente o estado do Mato Grosso, lidera a transitou dos níveis de hiperendemia que se manteve 2003 para níveis altos em 2004 e 2005, assumindo que os dados de registros não estejam subnumerados, deve ter havido algum esforço concentrado de cura no período. Por outro lado, pode ter havido omissão de registros. Na região Sudeste o único estado que se manteve em níveis acima de baixo em 2004 e 2005 foi o Espírito Santo (figura 3).

Embora tenha havido redução de 2,43 casos em 2000 para 2,09 casos em 2005, ainda é alta a prevalência, assim, o Brasil foi colocado no primeiro estrato de prioridades no Plano de Ação para Consolidação da Eliminação da Hanseníase nas Américas, necessitando de esforços concentrados e uma participação efetiva dos municípios (OPAS, 2000 e 2004).

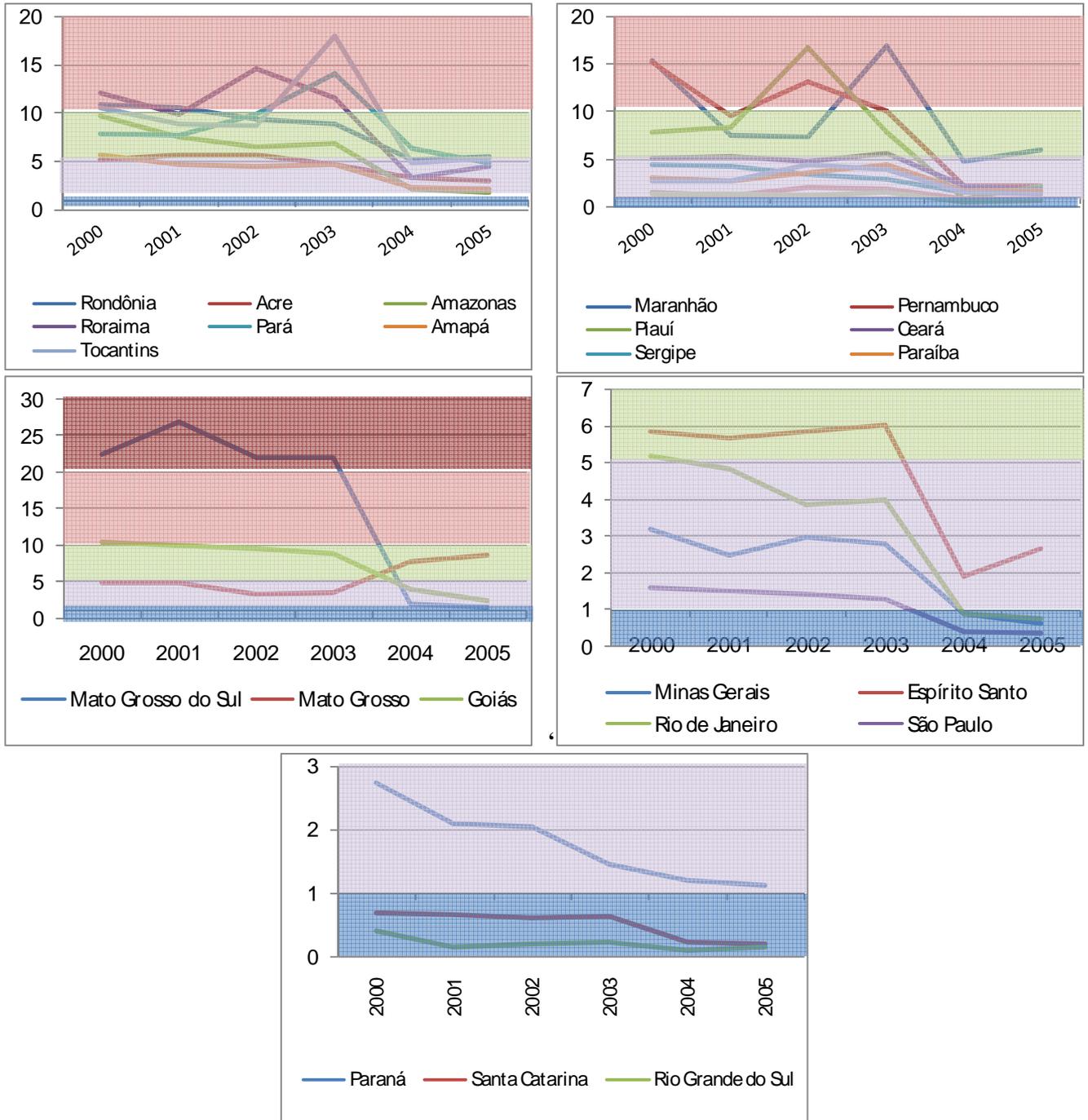


FIGURA 3: GRÁFICOS DA TAXA DE PREVALÊNCIA DE HAN, POR ESTADOS DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2000-2005
 Fonte: MS/ SVS/SINAN - Situação da base de dados em dezembro

3 EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO NO BRASIL

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1 de 07/11/1989 (Brasil, 1989) regulamentou a implantação do esquema terapêutico em todo o País. Fato que ocorreu com 10 anos de atraso em relação a sua utilização generalizada em países endêmicos, que se iniciou no início da década de 80. Brasil, embora tenha começado gradualmente a partir de 1986, foi somente a partir de 1990 foi que de fato se generalizou o tratamento.

Em 1998, em conformidade com as políticas de participação cidadã do SUS, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS decide participar do processo de aceleração da eliminação da hanseníase no país. Por ocasião do Congresso Nacional de Secretários Municipais, realizado em Goiânia, os membros da diretoria, assinam a “Carta de Goiânia”, que inclui um compromisso dos secretários municipais de saúde para assumir a descentralização do diagnóstico e tratamento da HAN em todas as Unidades Básicas de Saúde - UBS do país (ANDRADE *et al.*, 1999).

Ainda, segundo Andrade *et al.* (1999), o Grupo Técnico para as Ações de Eliminação da Hanseníase - GTAEH, ao avaliar as condições da endemicidade no país, apontou alguns agravantes que dificultavam o processo de controle e eliminação da doença: políticas centralizadas e verticalizadas no processo de controle da doença; complexidade nos procedimentos administrativos referentes ao diagnóstico e tratamento; sistemas de informações nem sempre confiáveis e eficazes; profissionais não capacitados a tarefas de

diagnóstico, tratamento e notificação; percepção negativa dos profissionais e das comunidades sobre a doença e seu tratamento.

A partir destas dificuldades apontadas pelo GTAEH, e baseando-se no Plano de Ação para a Consolidação da Eliminação da Hanseníase nas Américas, elaborou-se uma legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil (Brasil, 2000), regulamentado, por meio de portarias e normas técnicas, diretrizes para o controle da doença, indo ao encontro da meta de eliminação proposta pela OMS.

Assim as Portarias nº814 e 815 de 26/07/2000, balizadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS orientam sobre a prevenção e tratamento de doenças do interesse da dermatologia sanitária, em especial da hanseníase. A partir da Portaria nº 1073 de 26/09/2000 se estabeleceram as instruções normativas viabilizando a efetiva inserção das ações de controle da HAN na atenção básica à saúde (BRASIL, 2000).

O MS sensível ao esforço dos gestores de saúde do SUS no enfrentamento do controle da hanseníase, para auxiliar sobre as reais necessidades da problemática hanseníase no país, criou por intermédio da Portaria nº 2.182 de 21/11/2001, o Grupo Nacional para o Acompanhamento, Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e controle da Tuberculose no País. O objetivo foi promover uma articulação política e técnica em torno de ações mobilizadoras para a eliminação da hanseníase com recursos financeiros do MS (Brasil, 2001).

A Portaria nº 1.838 de outubro de 2002, o MS criou, dentre outras diretrizes, um bônus incentivo¹⁶ para detecção da *prevalência oculta*¹⁷ da hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde nos municípios considerados prioritários (Brasil, 2002a). Com esta estratégia incentivaria a busca ativa de novos casos, ampliando a detecção da hanseníase.

O Ministério da Saúde reconhecendo ser o sistema primário de saúde em nível municipal a principal estratégia para eliminar a hanseníase, redirecionou, a partir de 2004, por meio do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase - PNEH, a política de eliminação da doença e da atenção no Brasil. Para isso concentrou novas ações em nível municipal, o que permitiu aferir a real magnitude da endemia hanseníase no país.

¹⁶ Bônus incentivo: as Secretarias Municipais de Saúde receberam R\$ 60,00 para cada caso detectado ou notificado e as Secretarias Estaduais receberam R\$10,00 por caso.

¹⁷Prevalência oculta: casos que não tendo sido detectados, provavelmente, permanecem sem tratamento, atuando como fontes de transmissão.

O PNEH tem suas ações desenvolvidas em parcerias com organizações não governamentais - ONGs e com entidades governamentais e civis. Destacam-se entre elas: O Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; Sociedade Brasileira de Hansenologia - SBH; Organização Pan americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde - OPAS/OMS; Pastoral da Criança e Federação Internacional de Associações Contra a Hanseníase - ILEP.

Em 2005, o PNEH elaborou a partir da consolidação de dados epidemiológicos e dos coeficientes de detecção e prevalência da HAN no Brasil, as Cartas de Eliminação e de Recomendação para gestores estaduais e municipais, que se tornaram ferramentas importantes de orientação técnica e operacional aos gestores do setor de saúde. Neste Plano foram apresentadas, as ações a serem desenvolvidas para que o Brasil atinja a meta de eliminação da hanseníase em nível municipal até o ano de 2010 (BRASIL, 2006 a).

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde é produzida socialmente e a promoção da saúde está relacionada a um conjunto de valores: vida, saúde, equidade, solidariedade, cidadania, democracia, desenvolvimento, parceria, justiça social e revalorização ética da vida.

As dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas que configuram os espaços locais, nos quais a coletividade e os indivíduos vivem são considerados alguns dos determinantes da saúde do homem. A promoção de saúde demanda uma ação coordenada dos diversos segmentos sociais, das ações do estado em suas políticas intersetoriais, da sociedade civil organizada e do sistema de saúde propriamente dito (BUSS, 2002).

Cabe ao Estado regular as atividades relacionadas às tarefas de interesses públicos, com vistas na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, em nível individual e coletivo. As políticas públicas são definidas por Lucchese (p.3, 2004) como “o conjuntos de disposições e medidas que visam à melhoria da qualidade de vida da população e dos ambientes naturais, sociais e do trabalho”.

A partir destes movimentos surgidos na década de 70 que ampliaram o conceito de saúde, é que foi se configurando um processo no qual Buss (2000) denomina de estratégia da *Nova Promoção da Saúde*. A partir da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em *Ottawa* no Canadá em 1986, foram difundidos os conceitos básicos sobre saúde

pública com vistas ao compromisso de saúde para todos. Foram destacadas cinco estratégias fundamentais: políticas públicas saudáveis, ação comunitária, ambientes favoráveis à saúde, habilidades pessoais e reorientação do Sistema de Saúde.

As discussões deste encontro tiveram como parâmetro a *Declaração de Alma-Ata* para os cuidados primários em saúde. O documento que definiu a Atenção Básica à Saúde recebeu reconhecimento internacional na Conferência Internacional de Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão em 1978. Os quatro princípios básicos que norteiam esse documento são: i) a estruturação dos sistemas de saúde por intermédio da organização dos cuidados primários; ii) e o sistema nacional de saúde e a construção da equidade em saúde; iii) o direito à saúde e o Controle Social e iv) ação intersetorial e participação cidadã.

Concomitantemente ao processo de redemocratização no Brasil nos anos 80, assistiu à formação do Movimento pela Reforma Sanitária, cujo marco histórico foi a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, em Brasília. Esse evento foi de grande relevância para o setor, pois contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, que alertaram para a necessidade de mudanças em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente. Foram criadas ferramentas fundamentais para construção políticas públicas, a partir de um novo pacto federativo que desencadeou, desde 1988, um importante processo de descentralização. Tal processo contempla a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes de 1988 (CARVALHO, 1998).

A Constituição do Brasil de 1988, em seu artigo 196, proclama que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O processo de regulamentação do SUS a partir da década de 90 passou a contar com os Secretários Municipais de Saúde liderados pelo CONASEMS e com os Secretários Estaduais de Saúde liderados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, além dos militantes do Movimento Sanitário.

O SUS, institucionalizado na Constituição da República, nas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, nas constituições Estaduais e novos Códigos de Saúde, traz consigo uma mudança radical: a Saúde como Direito, a ser garantido pelos mesmos princípios da Declaração de Alma-Ata: *Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Participação Social*.

Procurando implantar os princípios constitucionais, foi iniciado um processo denominado, como *pactuação infraconstitucional*, responsável pela execução da Lei Orgânica da Saúde, de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de poder; além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área de saúde e de exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde.

Como forma de regulamentar a transição entre o antigo modelo organizacional do SUS, o Ministério da Saúde utilizou-se de instrumentos normativos para a transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas - NOB¹⁸ (ANDRADE, 2001).

A NOB em vigor é a 01/96 que consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde. Teve como uma das finalidades prioritárias, a transformação do modelo de atenção à saúde, até então hegemônico, em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente. Previa também a relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias. A NOB/96 organiza o conjunto de ações do setor saúde, em três campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor saúde (MINAYO, 2002. p. 164).

A implementação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos visam aumentar os níveis de equidade, eficácia e eficiência do SUS. Mudanças no modelo assistencial vêm ocorrendo em virtude de dois novos programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família – PSF. Os princípios que sustentam esses programas, por sua vez, provocam alterações importantes nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistências em escala local e no próprio processo de descentralização, evidenciadas nas palavras de Franco e Merhy (1999):

¹⁸ Até o 2007 foram editadas quatro NOB: 01/91; 01/92; 01/93; 01/96. As NOBs são um produto da necessidade de um processo político de pactuação intergestores que darão condições para viabilizar o processo de descentralização e construção do SUS.

[...] a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientada para a cura de doenças e centrado no Hospital. No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Segundo Souza (1999), o PSF se diferencia dos programas tradicionais do Ministério da Saúde por não se tratar de uma intervenção pontual no tempo e no espaço e, tão pouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos outros serviços de saúde já implantados no país. Pelo contrário, objetiva a organização e a integração das atividades de saúde em um território definido, com vistas a enfrentar e resolver os problemas identificados, estabelecendo mudanças no sistema, de forma articulada e perene.

Com base nessa visão, a expansão dessa estratégia é inegável e, a incorporação de municípios é um sinal de que a organização da atenção básica à saúde, por meio da Saúde da Família, veio derrubar métodos autoritários, discriminatórios e tradicionais de gestão pública. As equipes de PSF já estão presentes em mais de 4.984 municípios, o que significa 89,6% do total de municípios brasileiros (BRASIL, 2006b).

A Estratégia Saúde da Família produz *efeitos sinérgicos* e por isso mesmo, está promovendo equidade, um dos princípios norteadores do SUS. As estratégias são aplicadas em municípios de Índice de Desenvolvimento Humano - IDH mais baixos e estão conseguindo alterar esses indicadores para níveis mais positivos (BRASIL, 2006a).

3.1.1 Hanseníase e as Políticas Públicas

O Brasil adotou a política do isolacionismo para pacientes com hanseníase no período de 1930 a 1962, política esta que não detinha a doença nem reduzia o número de casos, entretanto, tratava-se de procedimento em outros países com endemia hanseníase. Essa política pretendia eliminar a *lepra* (hanseníase¹⁹) para a qual não havia ainda tratamento, afastando os doentes da comunidade, internando-os em Asilos-Colônias.

¹⁹ Hanseníase: o termo hanseníase está oficialmente adotado no Brasil desde 1976 e tornou-se Lei nº. 9010- DO de 30/03/1995.

Desde 1920, a comunidade médica percebeu que o controle da hanseníase baseada na segregação dos pacientes era ineficaz e dispendiosa. Na década de 30 a hanseníase foi incorporada às instituições sanitárias gerais com a fusão do Serviço de Leprosários ao Departamento Nacional de Higiene. O isolamento começou a ser substituído por uma estratégia geral de saúde pública, que envolvia outras doenças. Procedimentos de prevenção e pesquisas foram valorizados e as autoridades passaram a tratar a hanseníase à luz da racionalidade econômica, enfatizando as terapias e tornando-as obrigatórias. Os avanços no tratamento tornaram-se largamente disponíveis. Entretanto, a imagem da hanseníase como doença especial e a segregação de seus doentes estavam profundamente arraigadas na cultura e nas instituições.

Em 1941, cria-se o Serviço Nacional da Lepra, que fortaleceu e expandiu as estruturas de saúde já existentes (os dispensários, preventórios e os asilos colônias). No entanto, os comunicantes de hanseníase não eram adequadamente controlados pelos serviços de saúde nesse período, o que sem dúvida contribuiu para a expansão da endemia hanseníase.

Foi a partir de idéias levantadas em eventos internacionais sobre a doença que o tratamento dos doentes no Brasil começou a mudar. O V Congresso Internacional da Lepra realizado em Havana, 1948, preconizou a observação periódica e regular dos comunicantes, mantendo a recomendação da separação dos filhos dos doentes contagiantes (Pinto Neto, 2000).

Na literatura do congresso, foi consenso considerar que a profilaxia da hanseníase ocorreria através de exames periódicos e regulares dos comunicantes. O conceito inicial de comunicantes direcionado apenas aos contatos intradomiciliares, amplia-se para pessoas que convivem ou conviveram intimamente com os casos reconhecidamente contagiantes, parentes ou não, no mesmo quarto, na mesma casa, ou no mesmo local de trabalho (Rabelo, 1955, APUD, Pinto Netto, 2000, p. 167).

Em 1953, o VI Congresso Internacional de Leprologia em Madri recomenda abandonar o isolamento compulsório, pilar da profilaxia na época, tornando mais seletivo o internamento e enfatizando o tratamento ambulatorial, o trabalho de assistência social aos doentes das famílias e o controle dos comunicantes.

Uma nova Política de Controle da Hanseníase foi implementada no Brasil em 1962, por meio do decreto nº968 que revogou o isolamento compulsório e, no seu artigo 4º, determina ações de controle em relação aos comunicantes. Tal controle se traduzia na

obrigatoriedade de exames periódicos nos contatos em intervalos máximos de um ano. Manteve-se a determinação do isolamento das crianças nascidas em focos hansênicos, recomendando-se o afastamento de seus pais, assim como as crianças nascidas nos Asilos-Colônias (BRASIL, 1962).

Em nível federal, a legislação de 1962, somente vai ser revogada em 1976, por intermédio do Decreto nº. 77.513, e poucos dias depois é expedida a Portaria BSB nº165, do Ministério da Saúde que inaugura uma nova fase da Política de Controle da Hanseníase no Brasil (ANTUNES et. al., 1988). Essa portaria modifica algumas medidas de controle, tais como estimular o comparecimento voluntário dos comunicantes além dos doentes e suspeitos. Para isso foram desenvolvidas ações de educação para a saúde e atenção médica de boa qualidade. Prescreve e reforça a recomendação de os comunicantes se submeterem, pelo menos uma vez ao ano, a uma revisão dermatoneurológica. Em seu texto verifica-se ainda a recomendação de que sejam comunicadas à autoridade sanitária as mudanças de endereços do doente e de seus comunicantes que se transferirem para outra cidade, como também a busca ativa de casos e exames da coletividade. Além disso, considera a preservação da unidade familiar, abolindo a prática do afastamento dos filhos dos doentes de hanseníase salvo algumas exceções (BRASIL, 1976)

Em 1987 é realizada uma revisão das Portarias Ministerial nº. 165, de 1976 que ainda vigoravam. A partir dessa revisão foi criada a Portaria nº001/DNDS, de 09/10/87 que elencou um conjunto de normas relacionadas aos comunicantes (BRASIL,1987). Esta Portaria normatiza que todos os contatos que não apresentassem cicatriz da vacinal BCG²⁰, deveriam ser vacinados.

Em 1989 é expedida a Portaria N°01, de 7/11/89, que modifica o item referente à utilização da vacina BCG refinando os aspectos relacionados à vigilância dos contatos. Dessa forma, com o objetivo de aumentar a proteção desse grupo de risco, é recomendada a aplicação de duas doses, com intervalo de um ano-calendário, em todos os contatos intradomiciliares, independentemente da presença de cicatriz vacinal e da idade (BRASIL, 1990).

Nos anos 90, outros importantes documentos se preocupam com a atenção básica a esse importante segmento de transmissão. Um deles foi o Plano de Emergência Nacional -

²⁰ BCG (Bacilo de Calmette Guerin): estudos realizados no Brasil e em outros países foi verificado um efeito protetor da BCG na HAN atingindo um nível de proteção que varia de 20% a 80%. Toda a orientação da BCG está descrita no Manual de Normas e Procedimentos do Programa Nacional de Imunização (PNI).

PEN, em nível federal. O Plano de Metas para o Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo, elaborado no final de 1990 e operacionalizado no período de 1990 a 1994. Os dois planos realizaram uma avaliação da situação existente do ponto de vista epidemiológico e operacional dos respectivos níveis, mas pouco se informavam sobre a vigilância dos contatos (BRASIL, 1994).

Outro documento, o Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil para o período de 1995–2000 tinha como objetivo geral atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. O plano pretendia diagnosticar precocemente todos os casos novos, entretanto, não especificava como operacionalizá-lo e qual seria a participação da vigilância de contatos na captação destes casos novos (BRASIL, 1994).

Em 26 de junho de 2000, a Portaria nº. 817/GM, em seu Art. 1º expediu as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações do controle e da eliminação da hanseníase no Brasil orientado para vigilância dos contatos e detecção precoce de casos.

Em março de 2004, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase - PENH e a Secretaria de Vigilância em Saúde, em virtude de resultados insatisfatórios no controle da hanseníase como problema de saúde pública, reestruturaram-se e definem novas metas estratégicas de aceleração desse processo. Três constatações fundamentais orientam essa reestruturação:

- 1) Constatação de que a atualização dos dados é essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamento.
- 2) A redução da taxa de prevalência até a eliminação por meio da cura dos pacientes e da interrupção da cadeia de transmissão depende da capacidade do SUS em diagnosticar os casos na fase inicial da doença, e tratá-los com poliquimioterapia padrão.
- 3) A redução da carga social da doença depende da detecção precoce para redução de casos com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.

Assim, todo este empenho resultou em um considerável aumento de unidades de saúde que passaram a fazer o diagnóstico da doença para possibilitar a identificação da doença na fase inicial e contribuir para a redução ou quebra da cadeia de transmissão da hanseníase.

Em 2005, o número de unidades de saúde em todo o país aumentou em 41,06%, passando de 8.614 unidades de saúde capacitadas para o fechamento do diagnóstico e

tratamento da HAN existentes em 2004 para um total de 12.151 unidades em todo o país. De certa forma, esses números indicam o envolvimento do PNEH com a intensificação de ações para que o diagnóstico e tratamento da doença. < http://jc.uol.com.br/2006/01/26/not_105218.php > Acesso em: 10 abr 2006

Embora o aumento do número de unidades de saúde tenha sido significativo e necessário, não foi suficiente para que o Brasil atingisse a meta mundial estabelecida pela OMS. Deve-se persistir para que cada estado brasileiro, particularmente aqueles que ainda têm a prevalência alta da doença, como os da Região Norte e alguns do Nordeste e no Centro-Oeste, desenvolvam estratégias para que se atinja uma maior redução da prevalência hansênica.

A doença ainda continua um problema de saúde pública no Brasil e a sua eliminação uma meta a ser alcançada. Os programas estaduais e municipais de saúde garantem aos pacientes, acompanhamento médico e remédios gratuitamente. A iniciativa reflete a tentativa do governo brasileiro de cumprir um pacto com a OMS de redução da taxa de prevalência para menos de um caso de hanseníase a cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2006b).

3.1.2 Ações de Controle da Hanseníase

Um dos pressupostos do Programa Nacional de Controle da Hanseníase é que para que ocorra a reversão da endemia hansênica no Brasil, se faz necessário desenvolver ações integradas, com diretrizes globais, embora adaptadas ao contexto local na sua aplicação. Como medidas gerais de controle, os objetivos principais do programa concentram-se na redução da morbidade, expresso pela incidência e prevalência da doença e em reduzir os danos causados por ela, expressos pela gravidade das incapacidades físicas e psicossociais que acometem o homem (BRASIL, 1994).

Com o advento da PQT, ampliaram-se as possibilidades de erradicação e tratamento da hanseníase no Brasil. A adoção de esquemas padronizados pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Portaria Ministerial nº 01 de 09/ 01/87, objetiva a redução do tempo de tratamento para a obtenção da cura (BRASIL, 1990).

O Departamento de Atenção Básica - DAB, em 2002, por meio da Rede Básica de Saúde, mobilizou milhares de profissionais das Equipes de Saúde da Família e Agentes

Comunitários de Saúde em ações que visavam a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública do Brasil (BRASIL, 2002b).

As ações definidas para o alcance da meta estabelecem que os profissionais da rede básica de saúde realizem busca ativa. As ações de busca ativa devem integrar as seguintes atividades: detecção precoce dos casos; tratamento com PQT/OMS; educação do paciente, da família e da comunidade; prevenção de incapacidades/deficiências; notificação compulsória dos casos; reabilitação e referência dos pacientes portadores de complicações a serviços de média e alta complexidade (Hospitais ou clínicas de reabilitação); acompanhamento dos casos prevalentes até a cura e vigilância de comunicantes em todos os municípios que possuam pelo menos um caso de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2006c).

O escopo do PNEH prevê também a avaliação e o acompanhamento participativo dos atores envolvidos, visando apoiar o Ministério da Saúde no desenvolvimento e no cumprimento das diretrizes e metas. Dessa forma devem-se identificar as potencialidades e as limitações de cada município em atingir a meta do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível Municipal (2006/2010), por meio das seguintes princípios e ações:

- Manter o compromisso político de implantar uma Política de Atenção à Hanseníase no SUS, promovendo uma atenção integral e integrada aos doentes de hanseníase em todos os níveis de atenção, desde a básica até a alta complexidade, contemplando ações direcionadas ao diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e reabilitação física e social.
- Intensificar as atividades colaborativas com os parceiros em nível estadual e municipal para a oferta de serviços de qualidade a todas as pessoas atingidas pela hanseníase, incluindo os antigos doentes residentes nos hospitais-colônia.
- Garantir a oferta de estoques reguladores de medicação específica para todos os pacientes.
- Intensificar e apoiar os esforços de advocacia a fim de reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas e as famílias afetadas pela hanseníase, promovendo a consolidação de uma política de Direitos Humanos.
- Fortalecer a integração dos registros de hanseníase no Sistema Nacional de Notificação de Agravos - SINAN de modo a qualificar o monitoramento e o acompanhamento do sistema de vigilância epidemiológica.
- Apoiar o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais de saúde nos serviços integrados de atenção (BRASIL, 2006b, p. 10-11).

3.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A HANSENÍASE

O SINAN começou a ser desenvolvido a partir de 1992 e é o sistema oficial brasileiro para toda e qualquer informação sobre hanseníase. Para a execução das ações de controle de doenças e agravos à saúde, a Vigilância Epidemiológica - VE disponibiliza informações atuais sobre a ocorrência das doenças, dentre elas, a hanseníase. O objetivo é embasar técnica e permanente as ações de planejamento dos atores envolvidos na promoção da saúde e do bem estar da população em sua área geográfica. Além disso, suas funções estão inter-relacionadas num ciclo de atividades a serem desenvolvidas de modo contínuo e sistemático. Este ciclo incorpora desde a coleta de dados sobre a doença, processamento, análise e interpretação desses dados, permitindo, com isso, à compreensão do processo epidemiológico das morbidades. A compreensão do processo epidemiológico, por sua vez, subsidia o desenvolvimento de estratégias para promover maior controle sobre a doença bem como a avaliação dos seus impactos nos indivíduos, na sociedade e no meio ambiente (BRASIL, 2002b).

A hanseníase tornou-se uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo o território nacional, tanto pelo setor público como pelo privado (consultórios e clínicas particulares). O instrumento legal desse procedimento foi expedido pelo CENEPI/MS - Portaria nº1. 073, do GM de 26 de setembro de 2000 - (BRASIL, 2000b).

Dessa forma, após fechamento do diagnóstico, o caso deve ser notificado ao órgão de vigilância epidemiológica local por meio do preenchimento da ficha de notificação (Anexo II) do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN. As notificações são enviadas em papel ou em meio magnético ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, segundo fluxo e periodicidade estabelecidos e, em conformidade com o Manual de Procedimentos do SINAN/MS (BRASIL, 2002a, p. 58-73).

A partir de 2004, o PNEH, após a consolidação do banco de dados dos casos notificados, estabeleceu como ferramenta de monitoramento da magnitude da endemia no país a construção e a interpretação dos indicadores epidemiológicos e operacionais em níveis local, estadual e federal, para o real monitoramento da magnitude da endemia no país.

A efetivação dessas ações só foi possível com a capacitação de técnicos da área de vigilância epidemiológica da hanseníase, bem como os operadores das bases de dados e interlocutores do SINAN nos Estados e Municípios. O treinamento visava desenvolver

habilidades e competências necessárias para operacionalizar e analisar a qualidade e a quantificação das informações pertinentes à hanseníase, por meio de tabulações processadas nos softwares SINAN NET, Hanswin, Tabwin e ou Tabnet.

A investigação epidemiológica tem o objetivo de romper a cadeia da doença e, para isso, procura identificar a fonte de contágio do doente, descobrir novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem ou conviveram com o doente no mesmo domicílio, com vistas na prevenção da contaminação.

Uma vez identificados os contatos²¹ do portador de hanseníase eles devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico, à vacinação BCG. Como ações complementares eles recebem informações sobre a doença e orientações sobre a necessidade de procurar a unidade de saúde em virtude de aparecimento de sinais sintomáticos. Além disso, recomenda-se que os materiais educativos divulgados em qualquer meio devam utilizar linguagem adaptada à realidade sociocultural de cada comunidade.

As informações geradas são úteis para diagnóstico e análise da situação da saúde da população, para o processo de planejamento, ou seja, identificação de prioridades, programação de atividades, alocação de recursos, avaliação das ações.

²¹ Convém lembrar que se considera contato intradomiciliar é toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos.

4 A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

A segunda seção da Lei Orgânica Municipal de Itaperuna – Rj é dedicada à saúde e se subordinam as Normas Operacionais Básicas (NOB)/MS. As NOB são, acima de tudo, produtos da necessidade de um processo político de pactuação intergestores, que vem, após a edição da Lei Orgânica de Saúde, criar condições de negociações para viabilizar a descentralização e construção do SUS.

Em Itaperuna existe Gestão Plena da Atenção Básica²² do Sistema Municipal, dispondo de cinco hospitais conveniados com o SUS: dois filantrópicos (privados não lucrativos) e três contratados (hospitais privados não filantrópicos e não universitários). O município oferece um total de 528 leitos hospitalares, numa proporção de 5,9 leitos por mil munícipes, enquanto a média do estado é 2,9 leitos por cada mil habitantes (TCE, 2004. p.50).

O município de Itaperuna formalizou junto ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, em 26 de novembro de 1997, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa Saúde da Família-PSF visando universalizar o acesso à Saúde, concedendo, dessa forma, melhor assistência à população. Essa implantação teve duplo objetivo, o primeiro foi ampliar a assistência às famílias inseridas na suas comunidades, cumprindo o papel de proteção, promoção e prevenção de agravos à saúde, pertinentes aos

²² Gestão Plena da Atenção Básica é uma condição de gestão dos sistemas municipais de saúde (normatizada pela NOAS-SUS 01/2002) que agrega às atividades de controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

preceitos constitucionais do SUS e, ao mesmo tempo, atender à NOB nº 8080/90 e nº 8142/90.

As modalidades das unidades de saúde são distribuídas segundo a tabela 4, e verifica-se que o município tem 15 Unidades de Saúde da Família, o que evidencia potencial multiplicador de ações de controle e prevenção.

TABELA 4
UNIDADES DE SAÚDE DE ITAPERUNA-RJ -2006

Tipo de Unidade	Quantidade
Postos de Saúde	7
Centro de Saúde	2
Policlínica	2
Ambulatório de unidade hospitalar geral	3
Pronto socorro geral	1
Consultório	6
Clínica especializada	7
Centro/núcleo de atenção psicossocial	2
Farmácia para dispensação de medicamentos	1
Unidade de Saúde da Família	15
Unidade de vigilância sanitária	1

Fonte: TCE/RJ Estudo Sócio Econômico Itaperuna-2006

O processo de descentralização da Atenção Básica para os PSF melhorou o atendimento aos usuários do SUS e essa melhoria é evidenciada pela série histórica de 1999 a 2005 dos Indicadores da Atenção Básica/SIAB/DATASUS. A análise da tabela 5 permite conferir a importância do modelo na queda significativa do controle das morbidades da população adscrita²³.

Alguns indicadores disponíveis no Relatório Sócio Econômico do Município de Itaperuna pelo TCE/RJ apontam níveis de eficácia do sistema de saúde local, mas não expressam as demais ações envolvendo a vigilância epidemiológica, a sanitária, o controle de vetores e as ações de educação em saúde.

Os PACS/PSF, em razão de seus potenciais estruturantes na atenção básica são metas prioritárias do Ministério da Saúde e do Governo Federal para promover a recuperação e a prevenção dos agravos à saúde do cidadão.

Verifique na tabela 5 que o percentual da população coberta pelos dois programas aumentou de 34,9% em 1999 para 55,6% em 2005. Em consequência ao aumento da cobertura percebe-se evolução em outros indicadores tais como percentual de crianças com

²³ População adscrita é a população residente na área de atuação de uma Equipe de Saúde da Família ou serviço de saúde. Estando adscrita às áreas, cabe à equipe ou ao serviço a constituição de um vínculo entre o sistema e essa população.

esquema vacinal em dia, que aumentou de 80,5% para 96,3%, entre 1999 e 2005. Verificou-se ainda aumento expressivo no percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo e no percentual de consultas pré-natal. Até mesmo as doenças mais associadas com as condições sociais de pobreza como desnutrição, pneumonia e desidratação tiveram o percentual de prevalência e internação diminuídos.

TABELA 5
INDICADORES MUNICIPAIS DA ATENÇÃO BÁSICA, ITAPERUNA/RJ, 1999 A 2005.

Ano	Modelo de atenção básica	% população coberta pelo programa (1)	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia	% de crianças c/aleitamento materno exclusivo (2)	% de cobertura de consultas de pré-natal (2)	Prevalência de desnutrição (4)	Taxa de hospitalização por pneumonia	Taxa de hospitalização por
1999	PACS	17,5	80,8	32,5	82,6	10,7	77,7	57
	PSF	17,4	80,3	36,2	74	6,5	66,8	39,7
	Total	34,9	80,5	34,7	78,3	8,7	69,9	39,7
2000	PACS	15,4	82,3	25,1	81,7	26,3	26,6	45,2
	PSF	23,1	86,7	26	76,7	48,5	35,8	11,9
	Total	38,5	85	25,6	78,6	35,9	33,7	11,9
2001	PACS	16,6	93,9	35,2	84,3	3,7	34,7	16,5
	PSF	29,6	94,8	44,4	91,1	7,5	42,8	23
	Total	46,2	94,6	42,1	89,4	6,3	40,5	23
2002	PACS	11,7	94,7	28,2	90,5	12,6	31,4	10,5
	PSF	39,1	93,3	45	90,5	6,6	22,3	13
	Total	50,8	93,6	42,1	90,5	7,5	24	13
2003	PACS	13,6	95,8	36	85,7	8,4	20,4	9,3
	PSF	39,6	95,3	46,6	94,2	11,9	37	26,9
	Total	53,2	95,4	44,9	92,8	11,4	33,6	26,9
2004	PACS	13,4	97,2	42,9	87,9	8,9	-	2,4
	PSF	41,5	95,3	41,7	89,9	8,8	33,7	15,8
	Total	54,9	95,5	41,8	89,7	8,8	33,7	15,8
2005	PACS	10,2	97,1	46	78,5	6,5	-	-
	PSF	45,4	96,2	40,9	90,2	5	32,8	21,1
	Total	55,6	96,3	41,1	89,7	5	32,8	21,1

Notas: (1) situação no final do ano; (2) como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos; (4) em menores de dois anos, por 100 e (5) em menores de cinco anos na situação do final do ano, por 1000

Fonte: SIAB, Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm> > Acesso em 12 de maio de 2007.

A Atenção Básica promovida pelo PSF é focada na educação e na assistência à família inserida na sua comunidade de forma ampla, promovendo a humanização do atendimento e o aprofundamento da relação dos profissionais de saúde com as das comunidades.

Nesta perspectiva, o PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais de assistência à saúde, por não se tratar de intervenções pontuais no tempo e no espaço e tão pouco não atuar de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde tradicionais. Ao contrário, promove a integração e a organização das atividades em seu espaço de atuação. Resolve os problemas identificados com objetivo de promover mudanças radicais no sistema de forma articulada e perene. Dessa forma, busca a assistência integral e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade entre os serviços de saúde, representados por seus profissionais, e a comunidade.

4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E FONTES DE DADOS

4.2 FONTE DOS DADOS

Os dados utilizados na investigação empírica foram disponibilizados pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do Centro de Saúde Raul Travassos, situado na Rua 10 de Maio, nº 893, Centro, Itaperuna-RJ. Os dados foram levantados junto ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN. O Banco de dados foi disponibilizado em meio magnético e continha todos os casos de hanseníase notificados no município de Itaperuna-RJ, entre 1980 e 2006, totalizando 717 casos.

4.3 CRÍTICA DOS DADOS

A ausência de preenchimento de alguns dados na ficha de notificação/investigação do SINAN/HANSEN, não permitiu uma avaliação diagnóstica mais precisa, bem como uma análise territorial da expansão da HAN; o que de certa maneira, pode contribuir para a disseminação da cadeia hansênica no município em estudo e regiões circunvizinhas, pois muitos desses dados poderiam ser úteis no rastreamento de casos novos.

Assim, percebe-se que a ausência de dados tais como: **endereço real do paciente**, que é um referencial concreto para a localização dos mesmos no espaço geográfico, bem como mapear e traçar estratégias de ação e controle.

A avaliação dermatoneurológica e a contagem do número de manchas no corpo do paciente para o fechamento diagnóstico e início da escolha terapêutica de PQT é fator

relevante e determinante no tratamento da doença, preconizado pelo Ministério da Saúde. Esse procedimento é também necessário para definir o esquema terapêutico também foi uma variável negligenciada.

O **código e o nome completo do estabelecimento de saúde que realizou o atendimento e a notificação do caso** informado em todos os casos registrados foi Centro de Saúde Raul Travassos, onde o diagnóstico é feito por um único médico. Tal fato demonstra que não ocorrera, até o momento deste estudo, o cumprimento de ações de “Descentralização da Hanseníase” para a Atenção Básica, conforme preconização normativa do MS. A instrução normativa recomenda que o diagnóstico e o tratamento da doença podem e devem ser feitos pelos profissionais médicos e enfermeiros, dos Programas Saúde da Família (PSF). Se os casos esse procedimento é realizado conforme registrado verifica-se uma ação centralizada e distante do foco de prevenção e cura.

A omissão do **ramo da atividade econômica da ocupação dos pacientes** impede que se relacionem possíveis seqüelas à incapacidade para o trabalho. Pois, é evidente que dependendo da atividade laborativa do paciente, a presença de incapacidades físicas e seqüelas, confirmada no momento da alta por cura, poderão afastá-lo definitivamente do mercado de trabalho, fazendo-se necessários a orientações e encaminhamentos ao serviço social.

A **idade em anos, no dia da notificação e início do tratamento**, em grande parte ignorada, deve ser informada mesmo quando o paciente não sabe informar. Nestes casos o profissional de saúde deve anotar a “idade aparente”, pois a doença tende a se expandir no meio familiar, principalmente em crianças e jovens, que passam maior tempo com seus avós ou outros conviventes no mesmo domicílio por um período longo do dia.

O nível de escolaridade do paciente também foi uma informação em grande parte ignorada. Essa informação é importante, pois, por meio do perfil cultural dos pacientes os profissionais podem desenvolver ações de “Educação em Saúde” que exigem maior ou menor compreensão. Assim, é previsto que as ações educativas focalizadas ao nível cultural, somadas ao tratamento medicamentoso adequado, contribuirão para a descoberta precoce de sinais e sintomas da doença e a quebra do tripé hansênico.

A ausência da informação do **número de contatos registrados** impedindo a e conduta, conforme normas preconizadas pelo PNEH/MS à todos os comunicantes de

hanseníase no momento do diagnóstico e durante o tratamento do portador de HAN, pode ser um fator importante para a expansão da endemia hanseníca no município ao longo dos anos.

Em que pese a validade dos dados utilizados, é sempre bom chamar a atenção para a melhoria do sistema de produção de dados. Uma base de dados confiável é de extrema importância para os gestores, especialmente aqueles da área da saúde.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

No que se refere ao estudo objeto desta dissertação foram utilizadas para delinear o perfil sociodemográfico as seguintes variáveis: Idade por Ocasão do Diagnóstico; Sexo e Escolaridade. O perfil clínico foi desenhado por meio das seguintes informações: Número de Lesões; Modo de Entrada do Paciente no Sistema; Exame Baciloscópico; Classificação Operacional da HAN por Ocasão do Diagnóstico; Avaliação da Incapacidade no Diagnóstico. A avaliação do esquema terapêutico, por sua vez foi por meio dos dados: Esquema Terapêutico Inicial; Esquema Terapêutico por Ocasão do Diagnóstico. Avaliação da Incapacidade Física no Momento do Diagnóstico; Avaliação da Incapacidade Física no Momento da Alta por Cura; Tipo de Alta dada ao Paciente foram úteis para avaliar a evolução do caso em relação às incapacidades. Por fim, a Data do Diagnóstico e a Data da cura foram utilizadas para calcular a duração do tratamento, por meio do qual se construiu Curvas de sobrevivências no tratamento de HAN segundo vários atributos.

4.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

As análises foram realizadas, principalmente, por meio de frequências absolutas simples e relativas e tabelas cruzadas quando eram pertinentes. A curva de sobrevivência foi elaborada por meio de análise de sobrevivência, modelo não paramétrico de Kaplan Meier.

4.5.1 Análise Não Paramétrica

Como se trata de um trabalho descritivo utilizar-se-á análise não paramétrica para obter curvas de sobrevivência da duração do tratamento de HAN.

Para os propósitos deste trabalho, serão utilizados os métodos da função sobrevivência não paramétrico (*Kaplan Meier*), conforme Oliveira (2005). A análise de sobrevivência descreve diretamente a experiência de sobrevivência de uma coorte em estudo, neste caso os casos registrados em cada data.

De acordo com Allison (1995), Klein e Moeschberger, (1997), Retherford e Choe, (1993) apud Oliveira (2005) os métodos geralmente usam dados que lidam com o tempo até a ocorrência de qualquer evento bem definido (duração). Nesse caso, a variável de interesse é a data do diagnóstico e a data da alta. Como os eventos estão distribuídos ao longo de um tempo determinado, a origem da escala de tempo é definida a partir do início da observação e, neste caso, varia entre os indivíduos de um grupo em estudo.

No caso da existência de pessoas no grupo de interesse que não haviam experimentado o evento até o final da observação, não se conhece o tempo de ocorrência até o evento. Neste caso sabe-se que o tempo até o evento é, no mínimo, algum valor. Se um paciente foi diagnosticado em janeiro de 2006 e ainda não tinha recebido alta até dezembro de 2006, conclui-se que, no mínimo, o tempo de sobrevivência para o evento em estudo é de meses. Esse paciente será considerado censura à direita. Um indivíduo será censurado à direita neste trabalho se, até o tempo t , (final de 2006) ele não tiver experimentado o evento de interesse. Neste trabalho, não existe censura à esquerda²⁴, pois, o tempo exato transcorrido até os eventos de interesse é conhecido.

4.5.2 Função Sobrevivência

O método Kaplan-Meier - KM estima uma função de sobrevivência $S(t)$ para os valores de t observados, na forma $(t_i, d_i), \dots, (t_n, d_n)$ sendo d_i a situação de ocorrência do evento. Supõe-se que o t esteja ordenado assim $t_1 < t_2 < \dots < t_n$. A cada evento ocorrido em t_i , a probabilidade de sobreviver além de $t=t_i$ é reduzida pela multiplicação por $(r_i-1)/r_i$, em que r_i é o número de indivíduos em risco exatamente antes do i ésimo t . Ressalta-se que dados censurados não alteram a probabilidade, mas reduzem o número em risco em t sucessivos eventos (OLIVEIRA, 2005).

²⁴ O tempo de sobrevivência também pode ser censurado à esquerda se tudo o que se sabe sobre o tempo até o evento é que ele é menor ou igual a algum valor. Muitos pesquisadores investigam meios de tratar dados censurados à esquerda e intervalo de censura. No entanto, a maior parte dos métodos de análise de sobrevivência consideram apenas os dados censurados à direita.

Para algum valor não negativo de t , $F(t)$ é a probabilidade de o tempo de sobrevivência ser menor do que o tempo t . Descrevendo a variável aleatória T , em termos da probabilidade de o tempo de sobrevivência ser no mínimo t , tem-se a Função de Sobrevivência $S(t)$, que é mais comumente usada em análise de sobrevivência:

$$S(t) = 1 - F(t) = \Pr[T \geq t], t \geq 0$$

4.6 CONDUTA ÉTICA

A permissão para a coleta de dados foi concedida pelo Diretor do Centro de Saúde Raul Travassos do Município de Itaperuna-RJ e se encontra no anexo 3.

5 ANÁLISE DOS INDICADORES DE HANSENÍASE DE ITAPERUNA/RJ

Os indicadores colhidos junto ao banco de dados no SINAN-HANSEN de Itaperuna permitiram estabelecer análises críticas sobre a situação epidemiológica dos 717 pacientes portadores de hanseníase notificada no serviço de referência local no período de 1980 a 2006.

Verifica-se na tabela 6 maior proporção de doentes entre os indivíduos com mais de 40 anos, o que pode ser explicado pelo longo período de incubação da doença em questão. O que ainda parece explicar a maior incidência em adultos é a oportunidade de exposição ao *M.leprae* determinada pela endemicidade e do tempo de convívio no meio.

O maior número de casos em pacientes com 60 anos ou mais, provavelmente advém do fato de que quando estes pacientes iniciaram o tratamento, a PQT/OMS ainda não existia, tendo sido implantada de forma ampla no município a partir de 1990. Ademais, os tratamentos terapêuticos comumente empregados na época não promoviam a cura.

O aparecimento de hanseníase em menores de 19 anos tem significado epidemiológico importante, pois indica a precocidade da exposição intradomiciliar e a persistência da transmissão da doença (LOMBARDI *ET AL*, 1990).

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO DIAGNÓSTICO, 1980 A 2006

<i>Faixa etária</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
0 a 19 anos	21	2,93
20 a 29 anos	59	8,23
30 a 39 anos	97	13,53
40 a 49 anos	135	18,83
50 a 59 anos	141	19,67
60 e mais anos	258	35,98
Ignorado	6	0,84
Total	717	100,00

Fonte: SINAN/HANSEN, Itaperuna, 2006.

Com relação à distribuição por sexo, observa-se que 53,6% dos casos acometeram o sexo masculino e 46,4% ao sexo feminino. A hanseníase é uma doença que compromete ambos os sexos e na maior parte do mundo incide mais sobre o sexo masculino, numa proporção de 2:1, provavelmente por maior exposição do homem com meio (VERONESI, 2002).

No entanto, tem-se observado na literatura e confirmado na Tabela 7, que a doença também tem ocorrido em um número cada vez maior de mulheres, principalmente devido a uma maior mobilidade social pela inserção progressiva no mercado de trabalho, reduzindo as desigualdades de gênero (ALBUQUERQUE, 1989).

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR SEXO - 1980 A 2006

<i>Sexo</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
Homem	326	53,60
Mulher	282	46,40
Total	608	100,00

Fonte: SINAN/HANSEN, Itaperuna, 2006

A análise do perfil de escolaridade dos doentes verifica-se que a maior proporção deles tem de quatro a sete anos de estudos. Entretanto, 69,04% dos 717 portadores de HAN têm nível de escolaridade ignorado, não possibilitando classificá-los quanto a este quesito e prejudicando o conhecimento deste perfil. Registra-se, que tal percentual de omissão evidencia descaso do órgão gestor em treinar os técnicos e conscientizá-los da importância de se coletar todas as informações constantes no formulário e, dessa forma, contribuir para o processo de avaliação e diagnóstico deste agravo à Saúde Pública (ver tabela 8).

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR ANOS DE ESTUDOS, 1980 A 2006.

Anos de Estudo	Frequencia	%
Nenhum	31	4,32
De 1 a 3	40	5,58
De 4 a 7	93	12,97
De 8 a 11	50	6,97
De 12 e mais	8	1,12
Ignorado	495	69,04
Total	717	100,00

Fonte: SINAN/HANSEN, Itaperuna, 2006

No Centro de Vigilância Epidemiológica de HAN de Itaperuna registravam-se 717 casos de pacientes portadores da doença no período em análise. Destes 74,47% foram de casos novos e 19,39% estavam relacionados à transferência de outros municípios. O que denota certa atração de pacientes de outras localidades pelos serviços de saúde em Itaperuna, ora por não encontrarem assistência médica satisfatória nos municípios de origem, ora para fugir do estigma e da exclusão social em seus municípios.

Outro dado relevante está em que 4,89% dos pacientes cadastrados no SINAN-HANSEN de Itaperuna, são por recidiva²⁵. É importante enfatizar que os casos de recidiva devem ser notificados novamente ao órgão de vigilância epidemiológica, com registro de caso novo e início do tratamento do PQT/OMS imediatamente, conforme normas do *Guia para o controle da hanseníase* (BRASIL, 1994).

A recidiva pode ser resultante de três fatores: 1) tratamento PQT inadequado ou irregular para sua forma clínica; 2) resistência medicamentosa (no tratamento PQT, é raro acontecer); 3) persistência bacilar em nervos, músculos ou gânglios, com posterior reativação bacilar.

É ainda provável que estes pacientes mantivessem contato intradomiciliar e intracomunidade. Tal situação possibilita o surgimento de novos casos por disseminação do bacilo entre os comunicantes em virtude da possibilidade de os casos de recidiva serem de pacientes que foram portadores de hanseníase MB, forma bacilífera

²⁵ **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de se haver convalescido de um primeiro acometimento de HAN, voltando a apresentar sinais e sintomas da doença, após o episódio da alta por cura.

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR MODO DE ENTRADA NO SISTEMA, 1980-2006.

Modo de entrada do paciente no sistema	Frequência	%
Caso novo	534	74,47
Transferência do mesmo município	3	0,42
Transferência de outro município (mesma UF)	139	19,39
Transferência de outro estado	5	0,69
Recidiva	35	4,89
Outros registros	1	0,14
Total	717	100,00

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

Dos 717 pacientes, conforme se verifica na tabela 10, apenas 29,15% tiveram exame de com baciloscopia positiva e 46,16% com baciloscopia negativa. Registra-se que 24,69% dos casos não realizaram este exame.

Constata-se que apenas 209 dos 717 pacientes que buscaram o centro de epidemiologia de Itaperuna tiveram a baciloscopia positiva, 331 pacientes tiveram baciloscopia negativa e 177 não realizaram este exame, mas submeteram-se ao tratamento de hanseníase com o esquema PQT/OMS. Tal fato demonstra que apenas este exame não é suficiente para a confirmação diagnóstica da hanseníase.

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR TIPO DE EXAME BACILOSCÓPICO PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA, 1980 A 2006.

Exame de Baciloscopia	Nº. de casos	%
Positiva	209	29,15
Negativa	331	46,16
Não realizada	177	24,69
Total	717	100,00

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006

Na tabela 11 apresenta-se a distribuição dos casos segundo a classificação operacional e identifica-se que 45,47% eram portadoras de HAN Paucibacilar - PB, que é uma forma não bacilífera e que 54,25% dos pacientes eram portadores da HAN Multibacilar - MB, que se trata de forma bacilífera (contagante). Apenas 0,28% dos pacientes foram classificadas como forma ignorada.

O diagnóstico da doença e a classificação operacional do paciente em PB e MB são muito importantes para selecionar o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso. Vale ressaltar que dentre as pessoas que adoecem algumas apresentam resistência ao bacilo, constituindo os casos Paucibacilares. Estas pessoas abrigam um pequeno número de bacilo no organismo, portanto insuficientes para transmissão da doença. Logo, os casos PB não são importantes fontes de transmissão da doença devido à sua baixa carga bacilar e não provocam

incapacidades e ou deformidades físicas ao homem. Algumas pessoas podem até curar-se espontaneamente.

Outras pessoas não apresentam resistência ao bacilo e apresentam a forma MB, cujos bacilos se multiplicam no organismo e são eliminados para o meio externo, podendo assim, infectar outras pessoas. As pessoas que constituem os casos MB são as fontes da infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

Sabe-se que quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, tornando-os incapazes transmitir a doença. Dessa forma, o diagnóstico precoce da HAN e o tratamento adequado evitam a evolução da doença e, conseqüentemente, impedem a instalação das incapacidades ou deformidades físicas por ela provocadas, impedindo a sua disseminação no meio ambiente.

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HAN, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL POR OCASIÃO DO DIAGNÓSTICO, 1980 A 2006.

Classificação Operacional	Freqüência	%
Paucibacilar	326	45,47
Multibacilar	389	54,25
Ignorado	2	0,28
Total	717	100,00

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006

A Tabela 12 demonstra que 37,99% dos pacientes iniciaram o tratamento PQT/PB/06, sendo que apenas 12,43% apresentavam até cinco lesões, perfil adequado à conduta terapêutica do MS/OMS. Os demais pacientes, por apresentarem mais de cinco lesões ou não terem ignorados o seu número receberam tratamento adequado, pois o esquema terapêutico adequado para pacientes com mais de cinco lesões é o PQT/MB. Dentre os 11,59% que iniciaram o tratamento PQT/MB/12, 2,79% não se enquadravam nas normas da escolha terapêutica. Por sua vez, entre 38,13% dos pacientes que iniciaram o tratamento PQT/MB/24, recomendando para pacientes com mais de cinco lesões, 6,01% apresentavam menos de cinco lesões na ocasião do diagnóstico e deveriam ter feito o esquema PQT/PB. Por fim, 12,29% dos pacientes restantes iniciaram outro tipo de tratamento, que não seguiam as normas terapêuticas do MS/OMS.

Verifica-se ainda que 65,5% dos pacientes não tiveram o número de lesões definidas por ocasião do diagnóstico e início do esquema PQT. Sendo verdadeira tal constatação, denota-se grande falha nos procedimentos, pois, na ausência de outros critérios de

diagnóstico, recomenda-se pelas as unidades básicas de saúde, essa classificação para início de tratamento (BRASIL, 2001 p.26).

TABELA 12
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR ESQUEMA TERAPÊUTICO, SEGUNDO O NÚMERO DE LESÕES, 1980-2006.

Esquema terapêutico	Número de Lesões						Total	
	até 5 (PB)		mais de 5 (MB)		ignorado			
	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%
PQT/PB/06	89	12,43	3	0,42	180	25,14	272	37,99
PQT/MB/12	20	2,79	63	8,8	0	0	83	11,59
PQT/MB/24	43	6,01	29	4,05	201	28,07	273	38,13
Outros	0	0	0	0	88	12,29	88	12,29
Total	152	21,23	95	13,27	469	65,5	716	100

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006

A avaliação e o registro do grau de incapacidade no momento do diagnóstico e definição do esquema terapêutico são fatores determinantes para a orientação e educação relativas ao auto-cuidado e prevenção de instalação de incapacidades pós alta.

Observa-se na Tabela 12 que dos 716 pacientes em tratamento PQT/OMS predomina os esquemas MB que não são compatíveis com a maior incidência de Grau zero de incapacidades em 504 pacientes. De forma análoga, 58 pacientes classificados com Grau II de incapacidade tiveram o tratamento definido com o esquema PQT/MS/06. Este fato permite estabelecer a hipótese de que os esquemas poliquimioterápicos adotados obedecem a critérios de classificação mais operacional do que clínicos, dado a rigidez das normas técnicas ou a pouca experiência do profissional com os esquemas PQT/OMS. Alia-se a este fato a possibilidade de no momento do diagnóstico não ter sido realizado o exame dermatoneurológico e a contagem do número de manchas para a eleição do esquema terapêutico a ser adotado, conforme normas preconizadas pela OMS/MS.

Os 88 pacientes tratados com outros esquemas terapêuticos, que não PQT/OMS, podem ser pacientes que tiveram diagnóstico anterior ao ano de implantação da PQT em Itaperuna, podendo ser os focos bacilíferos e portadores de incapacidades e seqüelas hansênicas.

A Tabela 13 apresenta a avaliação diagnóstica do grau de incapacidade dos pacientes na ocasião do diagnóstico segundo o esquema terapêutico adotado. Do universo dos 716 pacientes, 272 pacientes tratados com o esquema terapêutico PQT/PB/06. Destes, 235 foram avaliados com Grau 0 de incapacidade, 29 com Grau I e 08 com Grau II. Isto demonstra que

37 pacientes iniciaram o tratamento com diagnóstico tardio, justificado pela presença de incapacidades físicas já instaladas.

Outros 83 pacientes que fizeram o esquema PQT/MB/12, 59 apresentavam Grau 0; 18 apresentavam Grau I, 02 foram avaliados com Grau II e 03 com Grau III quanto a presença de incapacidades no momento do diagnóstico.

Dos 273 pacientes com eleição do esquema terapêutico PQT/MB/24, 189 foram avaliados com Grau 0, 49 com Grau I, 27 com Grau II, 04 com grau III, 04 pacientes não foram avaliados quanto a presença de incapacidades no diagnóstico, mas fizeram o tratamento PQT/MB/24. Note-se que 88 pacientes foram submetidos a outros tratamentos terapêuticos que não os indicados e que destes apenas 21 foram classificados com Grau 0, 39 com Grau I, 21 com Grau II e 07 pacientes não foram avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico.

Percebe-se que a avaliação do grau de incapacidade no momento diagnóstico e da escolha do esquema terapêutico não foi procedimento adotado para todos os pacientes e muitos deles ao iniciarem o tratamento já apresentavam incapacidades físicas instaladas. Pode-se presumir dessa sucessão de fatores outros tratamentos terapêuticos foram experimentados ou foram diagnosticados errônea ou tardiamente, iniciando o esquema terapêutico fora do padrão adotado pela OMS/MS para hanseníase.

TABELA 13
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA, SEGUNDO
ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL, 1980 - 2006.

Avaliação da Incapacidade no Diagnóstico	Esquema Terapêutico por Ocasão do Diagnóstico				Total
	PQT/PB/06	PQT/MB/12	PQT/MB/24	Outros	
Grau zero	235	59	189	21	504
Grau I	29	18	49	39	135
Grau II	8	2	27	21	58
Grau III	0	3	4	0	7
Não avaliado	0	0	4	7	11
Ignorado	0	1	0	0	1
Total	272	83	273	88	716

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

A avaliação diagnóstica do grau de incapacidades dos pacientes por ocasião do diagnóstico é fundamental para estabelecer plano de tratamento e a investigação epidemiológica dos contactantes. Como a hanseníase se dissemina no meio ambiente, é a

partir da anamnese²⁶ e conclusão diagnóstica, que se deve iniciar imediatamente o tratamento de acordo com o tratamento indicado. A avaliação do *Grau de Incapacidade* física do doente no momento da alta do paciente, ao término do tratamento com PQT é muito útil para avaliar a eficácia do tratamento.

Na Tabela 14 pode-se verificar o cruzamento do grau de incapacidade classificado no momento do diagnóstico e o verificado no momento da alta por cura. Dos 608 pacientes diagnosticados e tratados, 449 foram avaliados com Grau 0 de incapacidade por ocasião do diagnóstico e destes 424 permaneceram no mesmo grau até a cura. O que pode indicar a efetividade do tratamento, pois não houve alteração negativa no quadro da maior parte dos pacientes. Entretanto 11 pacientes que apresentaram Grau zero no diagnóstico evoluíram para Grau I, 2 pacientes evoluíram para Grau II e 12 pacientes tiveram classificação Ignorado na avaliação de incapacidades no momento da alta por cura.

Uma situação bastante positiva que indica eficácia do tratamento se verifica entre os 108 pacientes que apresentaram Grau I no diagnóstico, destes, 25 regrediram para o Grau zero e 81 se mantiveram no mesmo grau. Apenas dois pacientes tiveram classificação ignorada.

Embora em menor proporção, dos 39 pacientes classificados com Grau II de no diagnóstico, quatro regrediram para Grau zero e 33 mantiveram o mesmo quadro.

Ainda se observa na Tabela 14, que dos seis pacientes com Grau III de incapacidade no diagnóstico, quatro pacientes regrediram para Grau zero, um para Grau I e apenas um se manteve com grau de incapacidade de Grau III. Estes incitam o questionamento quanto à sua consistência, pois, o Grau III de incapacidade, uma vez instalado no paciente é irreversível.

TABELA 14
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR GRAU DE INCAPACIDADE, SEGUNDO
A CLASSIFICAÇÃO NA ALTA POR CURA, 1980 - 2006.

<i>Avaliação de Incapacidade Física no momento do diagnóstico</i>	<i>Avaliação de Incapacidades Física no momento da alta por cura</i>						Total
	Grau Zero	Grau I	Grau II	Grau III	Não avaliado	Ignorado	
Grau zero	424	11	2	0	0	12	449
Grau I	25	81	0	0	0	2	108
Grau II	4	1	33	1	0	0	39
Grau III	4	0	1	1	0	0	6
Não Avaliado	0	0	0	0	6	0	6
Total	457	93	36	2	6	14	608

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

²⁶ Anamnese: Informação acerca do princípio e evolução duma doença, onde deve ser avaliada a história do paciente, o meio, suas relações e os comprometimentos do agravo a pessoa humana.

A Tabela 15 apresenta a distribuição dos casos segundo o tipo de alta do e demonstra um efetivo envolvimento dos pacientes ao esquema terapêutico, pois 84,80% concluíram o tratamento com cura. Os 3,49% dos casos que resultaram em óbitos não se pode avaliar por falta de variáveis e indicadores da *causa mortis*. Óbito em paciente por complicações hansênicas é fato raro, pois a hanseníase tem tratamento e cura.

Observou-se também certa mobilidade espacial de pacientes, uma vez que 0,98% interromperam o tratamento por motivo de transferência para outros municípios e 2,51% para outros estados. A alta estatística²⁷ ou abandono ocorreu com 2,37% dos casos. Estas ocorrências devem ser ponderadas pelo serviço de vigilância, uma vez que o tratamento com o esquema PQT incompleto torna o portador um transmissor potencial do *M. leprae* em outros meios. Deve-se ter em mente o fato de a hanseníase ser uma doença estigmatizante, assim o paciente tem medo constante de ter revelada a sua condição de portador em seu meio social. Dessa forma, muitos pacientes procuram por tratamento em locais distantes de seu local de moradia.

Quanto aos 1,53% de casos que fizeram tratamento PQT e não eram portadores de HAN e os 4,18% de pacientes que receberam alta por motivos ignorados, possivelmente eram portadores de outras dermatoses ou neurites, não necessitando de esquemas poliquimioterápicos específicos da HAN. Outro agravante é que estes 4,18% de pacientes podem ter sofrido o estigma da doença e os efeitos colaterais que a medicação do esquema PQT acomete o homem sem ter necessidade.

TABELA 15
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR O TIPO DE ALTA, 1980 - 2006.

Categoria	Tipo de Alta	
	Freqüência	%
Cura	608	84,80
Óbito	25	3,49
Transferência para o mesmo Município	1	0,14
Transferência para outro Município	7	0,98
Transferência para outro Estado	18	2,51
Alta estatística (ABANDONO)	17	2,37
Erro diagnóstico	11	1,53
Ignorado	30	4,18
Total	717	100,00

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

²⁷ Alta Estatística é a retirada do paciente do registro ativo de HAN, devido ao abandono de tratamento, desde que pacientes MB tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 04 anos (48 meses) a contar da data do diagnóstico e pacientes PB tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 02 anos (24 meses) a contar da data do diagnóstico (BRASIL, 2004, p.8).

A análise descritiva obtida por intermédio das variáveis disponíveis no SINAN/HAN, em estudo, permitiu a caracterização do universo dos portadores de HAN no Município de Itaperuna. Entretanto, para melhor entender a problemática hansênica e a duração segundo esquemas terapêuticos, utilizou-se curvas de sobrevivência.

A figura 4 apresenta a curva de sobrevivência do total de pacientes analisados neste trabalho. Verifica-se que aproximadamente 20% dos pacientes são liberados do tratamento em aproximadamente seis meses após o diagnóstico e início. Decorridos 20 meses de tratamento, cerca de 50% já se desligaram e em 30 meses, próximo de 75% dos pacientes já estão fora do tratamento segundo alguma modalidade de alta ou abandono. É importante ressaltar que 5% dos pacientes ainda permanecem em tratamento após 90 meses do início.

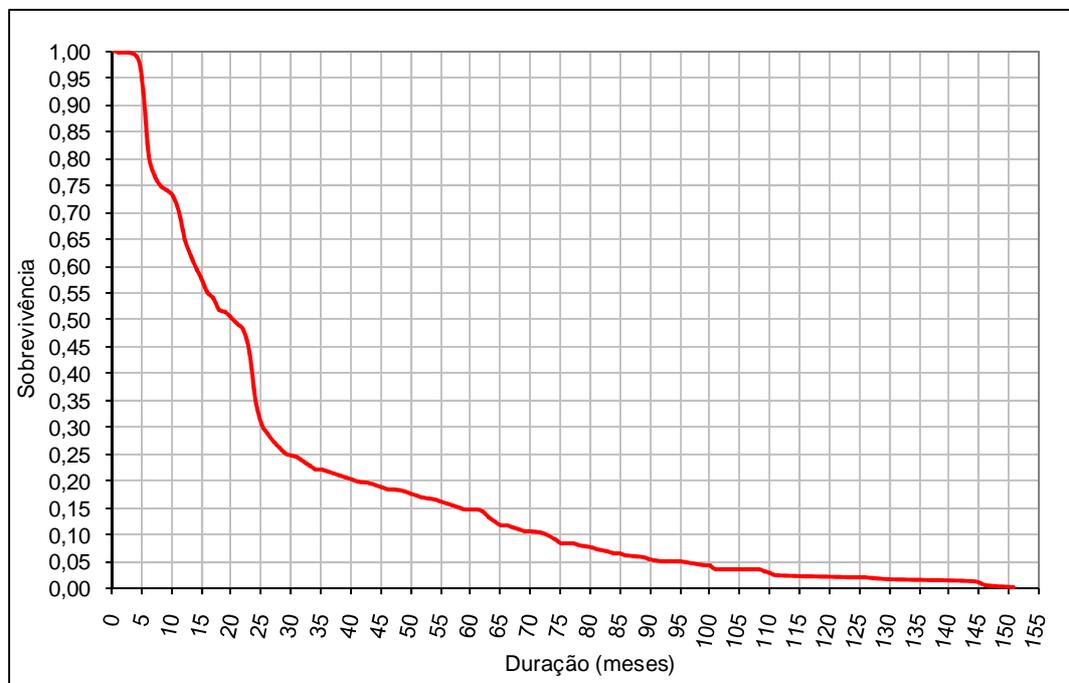


FIGURA 4 –CURVA DE SOBREVIVÊNCIA NO TRATAMENTO DE HAN ITAPERUNA - 1980 – 2006

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

A cura da HAN é diretamente proporcional à adesão do paciente ao esquema terapêutico da PQT/MS. Assim, a análise por sexo pode clarificar alguns entendimentos para direcionar os procedimentos segundo diferenciais por sexo. As curvas de sobrevivência da figura 5 demonstram maior adesão das mulheres ao esquema terapêutico para HAN, medido neste trabalho pelo percentual de alto no tempo apropriado, pois 30% das altas ocorreram até o sexto mês de tratamento e que apenas 25% das mulheres tinham obtido alta até o 24º mês. Quanto aos homens, decorridos seis meses do tratamento, apenas 10% deles tinha obtido alta por cura e 35% permaneciam em tratamento por mais de 24 meses. Fica evidente maior

adesão feminina ao tratamento pelo alto percentual de sucesso dentro dos prazos preconizados pelo esquema PQT/MS.

Um fator que pode contribuir para menor adesão dos homens ao tratamento pode ser o horário de atendimento nos postos de saúde. Na maioria dos casos o horário de atendimento aos portadores de HAN, coincide com o horário de trabalho dos doentes (PINTO NETO, 1999 p.132).

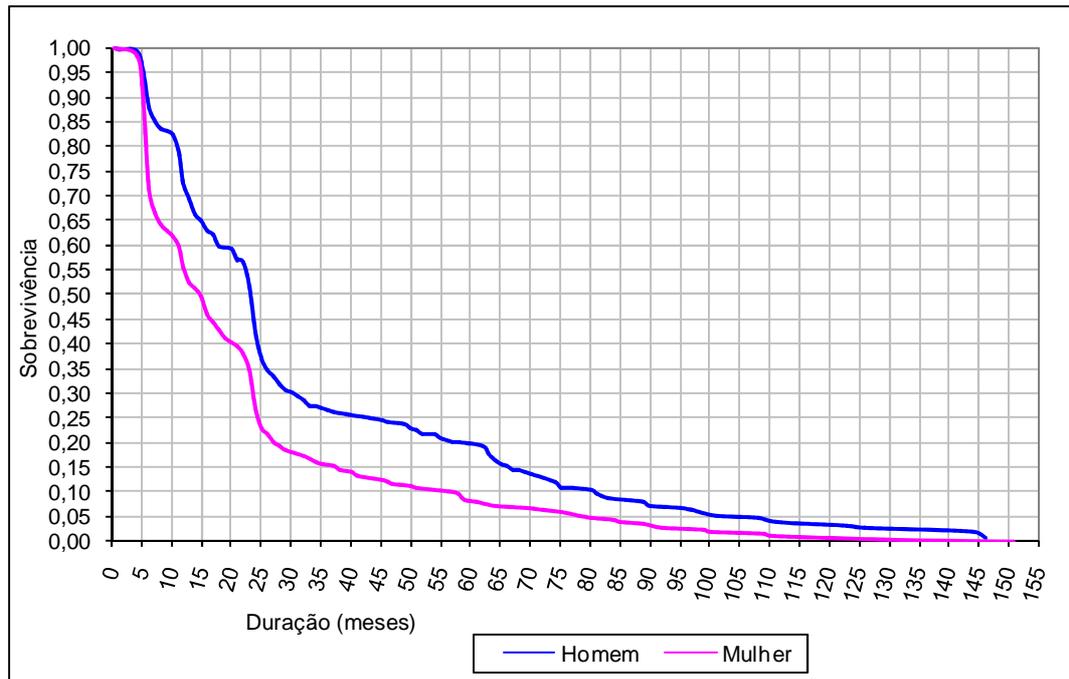


FIGURA 5 –CURVA DE SOBREVIVÊNCIA NO TRATAMENTO DE HAN POR SEXO – ITAPERUNA - 1980 – 2006

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

A menor ou maior prevalência de HAN nos diferentes grupos etários está relacionada ao tempo de exposição dos mesmos com os pacientes MB sem tratamento ou em situação de abandono.

Está evidente na figura 6, que quanto menor a idade do paciente em tratamento menor é o tempo para obter alta por cura da HAN. Nos seis primeiros meses de tratamento, 55% os jovens de zero a 19 anos obtiveram alta e 35% dos jovens adultos (20 a 29anos) também receberam alta nesse mesmo tempo. Por outro lado, apenas 10% dos adultos maiores de 30 anos e os idosos maiores de 60 anos obtiveram alta nesse período.

A adesão ao esquema terapêutico e a carga bacilífera do *M. leprae* é fator determinante no processo de cura, note-se que mais de 90% dos jovens estavam curados no 24º mês de tratamento; 80% dos jovens adultos; 65% dos adultos de 40 a 49 anos; 55% dos

pacientes acima de 50 anos concluíram o esquema PQT/MS com alta por cura no 24º mês de tratamento. Os fatos observados evidenciam maior ocorrência da doença e maior resistência à cura nos pacientes maiores de 40 anos. Fato que pode estar relacionado com a disponibilidade do tratamento em Itaperuna à época do diagnóstico, o que pode contribuir para o processo de cura.

Portanto, com base nestes dados, a hanseníase pode ser considerada uma doença do adulto e do idoso, e que o acometimento em pacientes menores de 19 anos indica que aumento da cadeia de transmissão.

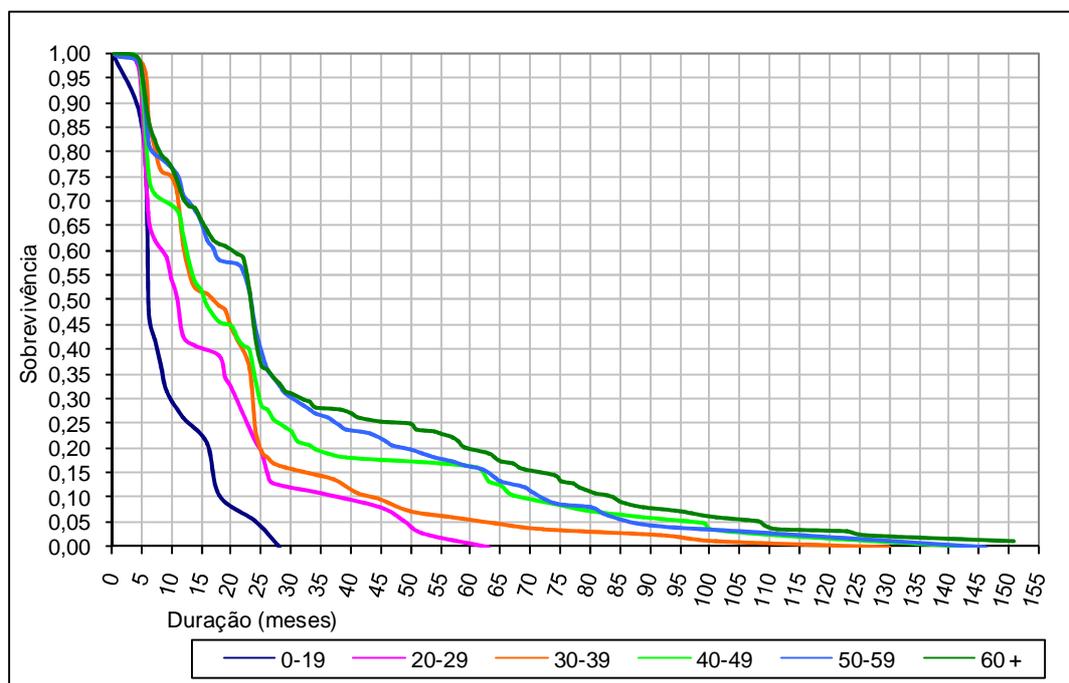


FIGURA 6 – CURVA DE SOBREVIVÊNCIA NO TRATAMENTO DE HAN POR GRUPOS ETÁRIOS- ITAPERUNA - 1980 – 2006

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

Do universo dos pacientes diagnosticados para tratamento com PQT no Centro de Epidemiologia, verificou-se que aproximadamente 50% dos PB alcançaram alta por cura em até 6 meses de tratamento, dentro dos objetivos preconizados pela PQT/OMS. Por outro lado, 50% dos MB alcançaram a cura após o 24º mês de tratamento, sendo que o tratamento PQT/OMS para este grupo prevê cura por alta entre 12 a 18 meses.

Os dados sugerem que o diagnóstico e os tratamentos foram feitos de forma inadequada, uma vez que o tratamento em 30% dos pacientes PB se distribuiu por um período de até 130 meses e 35% dos MB em até 150 meses. O que evidencia a possibilidade de diagnóstico tardio, presença de estados reacionais, instalação de incapacidades físicas, deformidades e possíveis casos de recidivas.

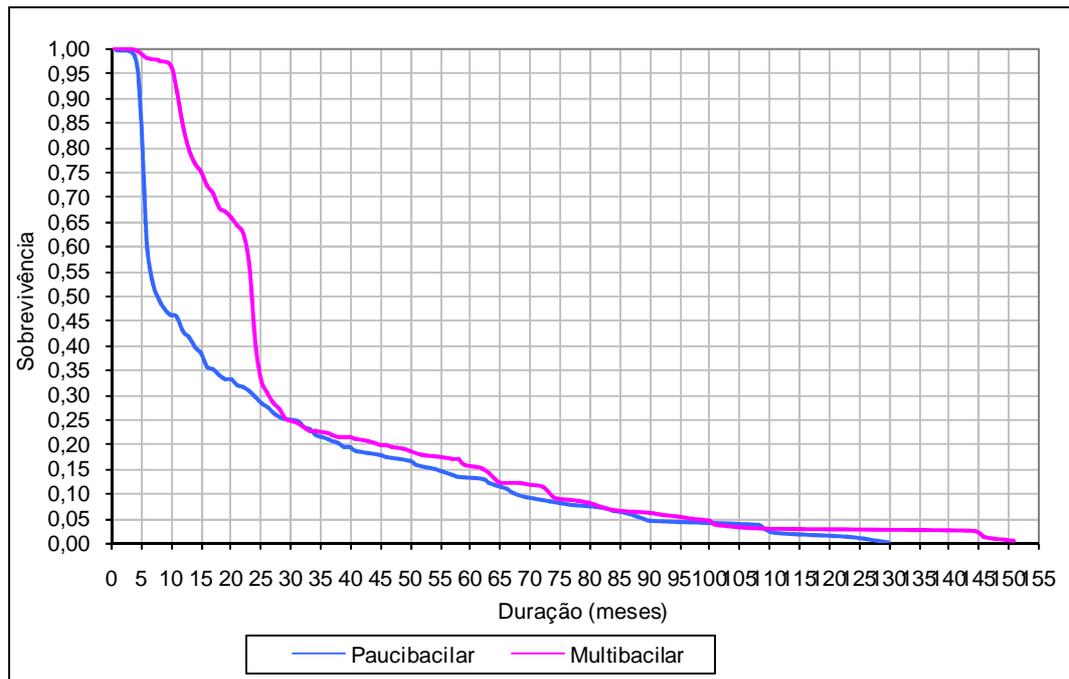


FIGURA 7 - CURVA DE SOBREVIVÊNCIA NO TRATAMENTO DE HAN POR CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL - ITAPERUNA - 1980 – 2006

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

Considera-se *recidiva*, na hanseníase, aquele paciente, que completou com êxito o tratamento PQT, e que depois da alta por cura desenvolveu novos sinais e sintomas da doença em um período de cinco anos (60 meses). Nestes casos o paciente reiniciará o tratamento seguindo as normas e procedimentos preconizados pelo PQT/OMS. A recidiva implicará uma nova entrada do paciente no registro ativo no ano corrente (BRASIL, 2002b p.92). Tal fato ocorre na maioria das vezes por tratamento de PQT inadequado ou incorreto (Brasil, 2002b, p.41).

Os casos com recidiva também alcançaram a cura quando aderiram ao novo tratamento PQT/OMS, tanto quanto os demais pacientes, pois 65% de ambos obtiveram alta aos 24 meses de tratamento. A partir do 24º mês de PQT/OMS verifica-se declínio lento no processo de cura, persistindo até ao 150º mês, para ambos os pacientes. O Guia para Controle da Hanseníase preconiza que nos casos de *recidiva*:

[...] suspensão da quimioterapia dar-se-á quando a pessoa em tratamento tiver completado a dose preconizada, independente da situação clínica e baciloscópica, e significa, também, a saída do regime ativo, já que não será computada no coeficiente de prevalência (BRASIL, 2002b, p.41).

Os esquemas PQT-MB, preconizado para:

“critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses; podendo nos casos de numerosas lesões e / ou extensas área de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB” (Brasil, 2002b, p.31-33).

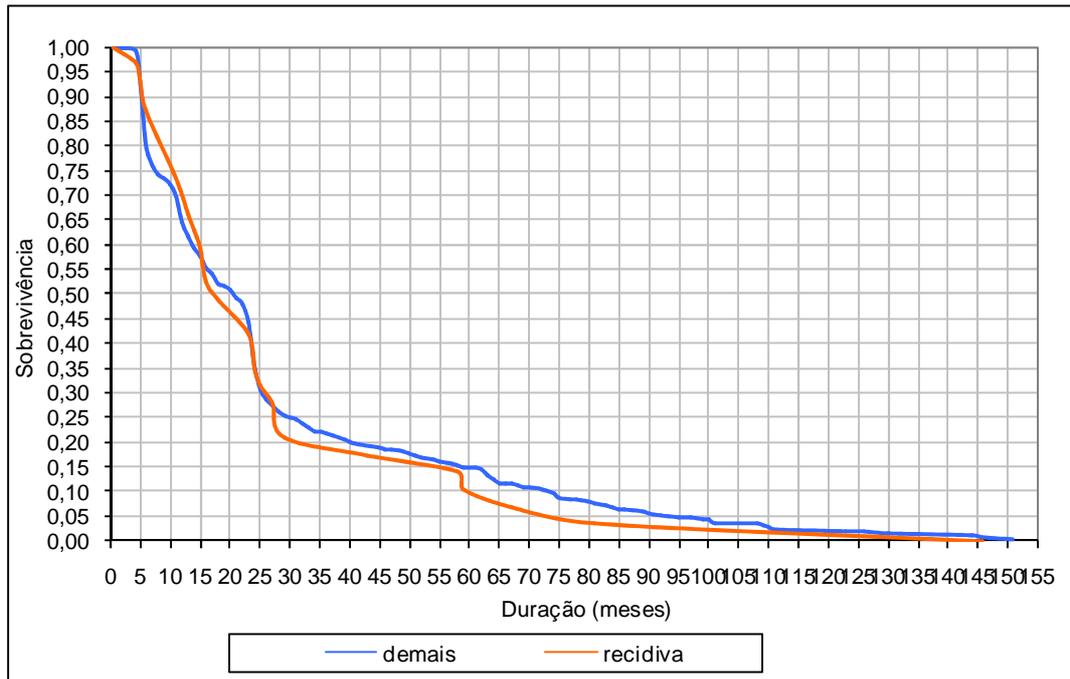


FIGURA 8 - CURVA DE SOBREVIVÊNCIA NO TRATAMENTO DE HAN POR RECIDIVA - ITAPERUNA - 1980 – 2006

Fonte: SINAN-HANSEN, Itaperuna/RJ. 2006.

6 CONCLUSÃO

As condições de saúde de uma população medida meramente pela existência ou probabilidade de ocorrência de uma enfermidade específica como a hanseníase é uma abordagem incompleta para caracterização da saúde individual ou populacional. É, portanto, necessária a avaliação do estado de saúde de uma população para o planejamento e prestação adequada da atenção à saúde.

São questões que não exigem respostas imediatas, mas que exigem um intenso debate e reflexão dos profissionais envolvidos e da sociedade civil organizada. Deve-se estabelecer um debate que oriente as ações e as políticas no campo da saúde coletiva em direção às necessárias transformações sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas e morais. Somente dessa forma, pode-se construir uma sociedade em que os padrões de produção e consumo sejam orientados para o bem estar global, para a redução e o fim da degradação ambiental e da saúde, e assim diminuir as desigualdades entre os povos.

O Estado do Rio de Janeiro em conformidade com as políticas do MS, desde 1986 desenvolve ações de forma gradual na implantação da “poliquimioterapia” e a partir de 1998 na estratégia de “descentralização” do atendimento de diagnóstico e tratamento da doença para as Unidades Básicas de Saúde.

Essa tendência universalizou-se em muitos municípios brasileiros, mas, no Município de Itaperuna/RJ, a estratégia de descentralização não ocorrera até o ano de 2006, onde fora implementada de forma incipiente, como uma atividade a mais, sem estar integrada em algum

plano ou projeto de melhoria das condições locais de saúde. A adoção de uma política descentralizadora poderia ter expandido o número de profissionais da saúde e suas equipes da Atenção Básica para o rastreamento dos casos de portadores da doença.

Percebe-se que mesmo diante da urbanização da hanseníase e das suas graves conseqüências, o controle da HAN não tem sido incrementado e priorizado pelo departamento de epidemiologia local, como prevê a Lei Orgânica de Saúde do Município de Itaperuna/RJ. Tal fato que vem contribuindo para que contatos intradomiciliares e extradomiciliares continuem contraindo a doença e aumentando sua prevalência.

Embora os níveis de eficiência de saúde local se apresentem satisfatórios segundo os dados do TCE, estes não expressam eficiência das ações de integralidade envolvendo a vigilância epidemiológica, sanitária, o centro de vetores e as ações de educação em saúde.

Adiciona-se igualmente aos fatos que a gestão municipal de saúde, não está envolvida na capacitação das equipes multidisciplinares dos PSF e na efetiva descentralização do diagnóstico e tratamento da HAN para a Atenção Básica, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Percebe-se que há uma tendência à expansão epidemiológica da HAN, dada a precocidade de novos casos em virtude da exposição intradomiciliar e a persistência da transmissão da doença. Observa-se também que a mobilidade espacial dos pacientes, que interrompem ou abandonam o tratamento, levam consigo a doença para outros espaços geográficos.

Sabe-se também que a cura da HAN é diretamente proporcional à adesão do paciente ao esquema terapêutico da PQT/OMS/MS; assim, os pacientes diagnosticados e acompanhados por uma equipe multidisciplinar de saúde, próxima ao seu local de moradia, comprometida com a promoção e recuperação da saúde, permitiria estimar uma função de sobrevivência com menores índices de abandono, óbito e recidiva.

Porém, o acesso ao serviço de hanseníase local, ainda é único e centralizado, no departamento de epidemiologia, no Centro de Saúde Raul Travassos e o fechamento do diagnóstico é feito por um único médico, que atende à demanda em meio período de um único dia de trabalho semanal. Para o fechamento do diagnóstico não é obedecido os critérios preconizados pela OMS/MS, uma vez que 65,5% dos pacientes não tiveram o número de lesões definidas para o início do esquema terapêutico da PQT. A eleição do esquema terapêutico correto é fator determinante para a cura da doença, pois hanseníase tem cura. Dos 45,47% dos pacientes PB, somente 37,99% iniciaram esquema terapêutico correspondente.

Entretanto, os outros 54,25% tiveram esquema terapêutico para casos MB, bacilíferos e contagiantes e 12,29% mantiveram tratamentos diferenciados, sem diagnóstico definido para Hanseníase, e com terapêutica diversificada.

Ainda observou-se que dos 449 pacientes identificados com grau zero de incapacidade no momento do diagnóstico e início do tratamento, apenas 424 pacientes permaneceram no mesmo grau até a cura, 11 pacientes evoluíram para grau I, e 02 para grau II de incapacidade. O fato que mais intriga e merece ser questionado é em relação ao diagnóstico do grau de incapacidade II e III, que uma vez instalado é irreversível. Entretanto, na análise temporal foi observado que pacientes no momento da alta por cura, apresentaram grau de incapacidade física regredida para o grau zero. Situação que não é possível.

Ratifica essa inépcia a ausência do preenchimento de dados na ficha de notificação/investigação do SINAN/HANSEN, que permitiriam uma análise mais consistente sobre os indicadores e sobre as causas de disseminação da cadeia hansênica no município, pois, muitos deles poderiam ter valia no rastreamento de casos novos e no controle dos casos de abandono.

Diante dos resultados demonstrados na avaliação diagnóstica dos dados do SINAN/HANSEN do município de Itaperuna/RJ, evidenciam-se necessidade de maior empenho do gestor em corrigir as distorções na implementação do PNEH/MS, garantindo a provisão de recursos e de serviços de diagnóstico, tratamento equitativamente distribuídos e do acompanhamento sistemático aos comunicantes.

Aporte-se a estas ações, preconizadas pelo PNEH e vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, o desenvolvimento de programas de fomento às ações da área social ao lado do estímulo à participação da comunidade, na melhoria das condições locais da infraestrutura urbana, ampliando as redes de serviços, bem como, tornando-as mais funcionais. Dentro dessas melhorias, deve-se incluir a maior acesso de toda a população aos serviços de saúde, educação, habitação, lazer e ao mercado de trabalho. É urgente eliminar a hanseníase e não viver da hanseníase.

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABULAFIA, J. M. D., VIGNALE, R. A.M.D. Leprosy: pathogenesis updated. Int J. Dermatology, 38 (5): 321-334. 1999.

ALLISON, P. D. Survival analysis using SAS: a practical guide. 6. ed. Cary: SAS Institute. 2003.

ANDRADE, L. O. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Ed. Hucitec. 2001.

ANDRADE, V. et al. . Uma nova abordagem para acelerar a eliminação da hanseníase. Hansen Int., v. 24, n. 1, p. 43-48, 1999.

ANTUNES, J. L. F.; COSTA, O. V.; AUGUSTO, M. H. O. Hanseníase: a lepra sobre mira da lei. Rev.Inst. Adolfo Lutz, v.48, n.1/2, p.29-36, 1988.

BRASIL. Leis etc. Decreto nº. 968 de 7 de maio de 1962. Baixa normas técnicas especiais para o combate à Lepra no país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de maio de 1962. p.5113-5114.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 165/Bsb de 14 de maio de 1976. Diário Oficial da União, Brasília, maio de 1976.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de programas especiais de saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº1, de 09 de outubro de 1987. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 1987.

_____, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Programa de Controle da Hanseníase em todo o Território Nacional. Portaria nº. 01 de 07/11/89. Dispõe sobre novas instruções normativas visando o desenvolvimento das ações destinadas à orientação e acompanhamento da execução do plano de controle da hanseníase. Brasília, 1989.

_____, Fundação Nacional de Saúde. Dermatologia Sanitária. Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da

hanseníase. Brasília, 1990 _____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília. 1994.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil. Brasília, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2002a.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília. 2002b.

_____. Portaria nº. 1.838 de outubro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o cumprimento da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil até 2005. Diário Oficial da União, Brasília, 2002c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS). Auto-instrução em análise de situações da endemia de Hanseníase: Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. Brasília, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília, 2006b.

_____, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília, 2006c.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. In: MINAYO, M. C. S., MIRANDA, A. C. Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. FIOCRUZ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2002. 343p. p.156.

CARVALHO, A. I. Políticas Públicas Saudáveis. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

CASTRO, J. de. Geografia da fome. 9. ed. São Paulo: URUPÊS, 1965.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) de 22 de Julho de 1946. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>> Acesso em 10 jan. 2005.

COSTA, M.C.N. & TEIXEIRA, M.G.L.C. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 271-279, abr./jun., 1999.

FINE, P.E., STERNE, J.A, PONNIGHAUS, J.M., BLISS, L., SAUI, J., CHIHANA, A, MUNTHALI,M., WARNDORFF, D.K. Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. *Am. J. Epidemiol*, CI DA DE, 146:91-102. 1997.

FRANCO, T; MERHY, E.E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line, Belo Horizonte/Campinas, março de 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>> Acesso em 9 fev.2005.

FREITAS, Rejane M. S. Os Comunicantes: Uma estratégia nos Programas Saúde da Família para Eliminação da Hanseníase. In: XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ago. 2006, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Sessão de Comunicação Coordenada Avaliação de Programas de Saúde. Anais, Saúde Coletiva em um Mundo Globalizado: Rompendo Barreiras Econômicas e Políticas. CD-ROM.

GAZE, R.; PEREZ, M. A. Vigilância Epidemiológica. In: MEDRONHO, A. R. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 5, p. 73-90.

GREEN, C.A, KATOCH, V.M., DESIKAN, K.V.. Quantitative estimation of *Mycobacterium leprae* in exhaled nasal breath. *Lepr. Rev.*, CIDADE, 54:337-340. 1983.

JACOBI, P. M. Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes, dados e aplicações. Campinas: Alínea, 2001.

JACOBSON, R.R., KRAHENBUHL, J.L. (1999) Leprosy. *The Lanet*, 353: 655-660. Ji B et al. Effectiveness of clarithromycin and minocycline alone and in combination against experimental *Mycobacterium leprae* infection in mice. *Antimicrobial agents and chemotherapy*.1991; 35:579-581.

KLEIN, J. P., MOESCHBERGER, M. L. *Survival analysis: techniques for censored and truncated data*. 2.ed. New York: Springer-Verlag, 2003. 502p.

LOMBARDI, C. et al. *Hansenologia: Epidemiologia e Controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. 1990.

MAGALHAES, Maria da Conceição Cavalcanti e ROJAS, Luisa Iñiguez. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2007, vol.16, no.2, p.75-84. ISSN 1679-4974.

man :a) single doses of 600, 900 e 1200mg; and b) daily does of 300mg. *Int. J. Lepr.*, 44:183-187. 1976.

MARCHESE, L. M., MARCHESE, J. T., RIVITTI, E. A. In: VERONESI, R. *Tratado de Infectologia*.. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 2ª edição. p. 736-757.

MENDES, E.V. ; TEIXEIRA, C.F; ARAUJO, E.C. & CARDOSO, M. R. L. Distritos sanitários: Conceitos – chave. In: *O Processo Social de Mudança das Políticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E.V.MENDES, Org.) pp. 159-185, São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MINAYO, M. C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.S e MIRANDA, A.C . Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando Nós, Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002. 344p.

NOGUEIRA, W. et al. Perspectivas de eliminação da Hanseníase. Hansen. Int., v. 20, n.1, p. 19-28, 1995.

OLIVEIRA, E. L. Transições: três aplicações a partir de dados das pesquisas domiciliares no Brasil. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2005, 137 p (Tese. Doutorado em Demografia)

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia global para avaliar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (período do Plano: 2006-2010) Tradução do original WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53. Disponível em: < <http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf> > Acesso em: 10 de novembro de 2006.

____. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Quimioterapia de la Lepra para los programs fe lucha: informe. Genebra. 1982.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Consolidação de la eliminación de la lepra de las Américas. In: Internacional Leprosy Congreso, 16., Salvador, 2002. Anais. Salvador [s.n.], 2002.

OPROMOLLA, D. V. A. Terapêutica multidroga. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 65, n. 1, p. 37-40, 1990.

PINTO NETO, J.M., et. al. Características Epidemiológicas dos Comunicantes de Hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). Hansen. Int.,Bauru-SP, 24(2): 129-136, São Paulo, 1999.

PINTO NETO, J.M. et al. O Controle dos Comunicantes de Hanseníase no Brasil: uma revisão de literatura. Hansen. Int., Bauru-SP, 25(2): 163-176, Jul./Dez. 2000.

Rouquayrol & Goldbaum (1999, p.15). In: LEMOS, J.C, LIMA,S.C, A Geografia Médica e as Doenças Infecto-Parasitárias. Caminhos de Geografia-Revista on line, Programa de Pós-Graduação em Geografia-UFU, 3(6), jun/2002, p.77.

SANTOS, M., A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SEN, A. Desenvolvimento com Liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000

SILVA, L. J., Desbravamento, agricultura e doença: a doença de Chagas no Estado de São Paulo. Cad. de Saúde Pública, v. 2, n.2 p. 124-140. Rio de Janeiro, 1986.

SOUZA, H.M. Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único da Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília, 1999.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE), Estudos Socioeconômicos de Itaperuna, 2004. Disponível em: <<http://www.tce.rj.gov.br/sitenovo/index.htm> > Acessado em 20 de agosto de 2005.

_____. Estudos Socioeconômicos de Itaperuna, 2006. Disponível em: <<http://www.tce.rj.gov.br/main.asp?View={3E2EC6C4-7885-4703-BF6D-A590430CFD4D}¶ms=pMunicipio=24> > Acesso em 09 de março de 2007.

VAN BEERS, S.M., HATTA, P.R. Patient contacts is the major determinant in incidence leprosy: implicates for future control. Int. J. Lepr. CIDADE, 67: 119-128. 1999.

VERONESI, R., Tratado de Infectologia, Ed. Atheneu, V.1, 2ª edição, São Paulo: 2002.

VIRMOND, M. A Hanseníase como doença de baixa prevalência. Hansen. Int. v. 20, n.2, p. 27-35, 1995.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who expert committee on leprosy: informe. Genebra, 1988.

_____. World Health Organization. A guide for leprosy Control. 2nd Edition. Genebra. 1989.

_____. World Health Organization. Resolution WHA 44.9. Genebra: WHO, 1991.

_____. World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (plan period: 2006-2010). Disponível em: <<http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf> > Acesso em: 10 de novembro de 2006. Genebra; 2005.

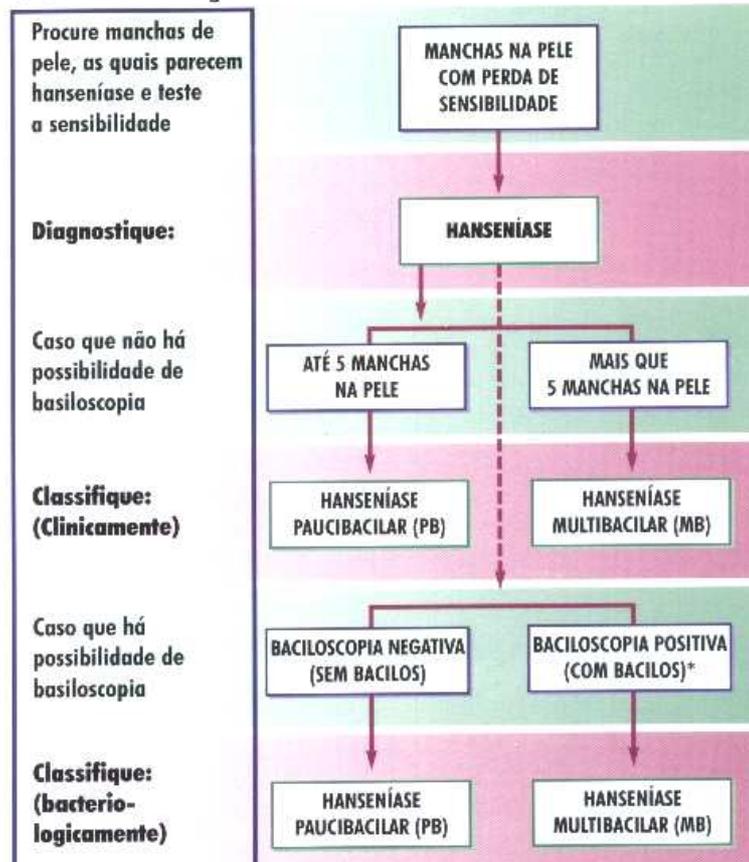
PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – HANSENÍADE:

<http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21643> <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23970>

ANEXOS

ANEXO 1: Fluxograma para o Diagnóstico e a Classificação da HAN

Fluxograma para o Diagnóstico e a Classificação



ANEXO2: Ficha de Notificação/Investigação do SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENIASE		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2-Individual	2 Data da Notificação				
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)				
	4 Unidade da Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código				
Dados do Caso	5 Agravado HANSENIASE	Código (CID10) A309	6 Data do Diagnóstico			
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento				
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branco 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 em mais 6 - Não se aplica 9-Ignorado		
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe				
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida...)	Código	16 Número			
	17 Complemento (apto., casa...)	18 Ponto de Referência		19 UF		
	20 Município da Residência	Código (IBGE)	Distrito			
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP			
	23 DDD/Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)		Código	
	Dados Complementares do Caso					
Ocupação	26 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica					
Dados Clínicos	27 Nº de Lesões Cutâneas	28 Nº de Troncos Nervosos Acometidos	29 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não Classificado			
	30 Avaliação da Incapacidade no Diagnóstico 1 - Grau Zero 2 - Grau I 3 - Grau II 4 - Grau III 5 - Não Avaliado 9 - Ignorado	31 Classificação Operacional 1 - PE 2 - MB 9 - Ignorado				
Averciamento	32 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do Mesmo Município 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado					
	33 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado					
Dados Lab.	34 Bactioscopia 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado					
Tratamento	35 Data do Início do Tratamento	36 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PE/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - PQT/MB/24 doses 4 - ROM 5 - Outros Esq. Alternativos 9 - Ignorado				
Med. Cont.	37 Número de Contatos Registrados		38 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Observações:						
Investigador	39 Município/Unidade de Saúde			40 Código da Unid. de Saúde		
	41 Nome		42 Função		43 Assinatura	
	Hanseniose					

ANEXO3: Autorização para pesquisa

Itaperuna, 21 de setembro de 2006.

Ao
Excelentíssimo Senhor
Diretor do Centro de Saúde Raul Travassos
Dr. Afonso Carlos Vieira Travassos

Senhor Diretor,

Assunto

Autorização para Pesquisa de Dissertação de Mestrado

Rejane Maria Santos de Freitas, enfermeira, com registro no COREN-RJ nº. 12796, vem mui respeitosamente solicitar a V.Sª, autorização para realizar levantamento referente à situação epidemiológica da hanseníase neste município junto ao banco de dados da vigilância epidemiológica do Centro de Saúde Raul Travassos, para juntar dados conclusivos para minha dissertação de mestrado em Planejamento Urbano e Gestão de Cidades, na Universidade Cândido Mendes – Campos/RJ.

Renovando a V.Sª. os meus protestos de elevado apreço e esperando continuar a merecer a mesma confiança, coloco-me a disposição dessa Secretaria para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradeço antecipadamente.

PREFEITURA DE ITAPERUNA
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE
Dr. Afonso Carlos Vieira Travassos
SUBSECRETÁRIO MUN. DE SAÚDE
CRM 52.36398-6

participo
Afonso
21-09-06


Enfª Rejane Maria Santos de Freitas
Rejane Maria Santos de Freitas
Enfermeira - COREN-RJ 12796
Especialista em Saúde da Família

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)