

ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA OCULTA DA HANSENÍASE NO VALE DO JEQUITINHONHA – MINAS GERAIS

ESTIMATE OF HIDDEN PREVALENCE OF LEPROSY IN THE JEQUITINHONHA RIVER VALLEY – STATE OF MINAS GERAIS

ESTIMACIÓN DEL PREDOMINIO OCULTO DEL MAL DE HANSEN (LEPRA) EN EL VALLE DEL JEQUITINHONHA - MINAS GERAIS

Francisco Carlos Félix Lana¹
Evaldo Pinheiro Amaral²
Marcela Silvério Franco³
Fernanda Moura Lanza⁴

RESUMO

A longa evolução clínica da hanseníase condiciona o diagnóstico tardio e resulta em prevalência oculta. A estimativa desse valor é importante para aproximar-nos da prevalência real, definirmos estratégias e assim alcançarmos sua eliminação. O objetivo deste estudo é estimar a prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha/MG. Segundo metodologia proposta pela OPAS/OMS foi estimado que 328 casos deixaram de ser diagnosticados no período 1998-2002. Os resultados indicam que os programas de eliminação não estão sendo capazes de captar todos os casos existentes na área e indicam a necessidade de se intensificarem as estratégias de controle para sua eliminação.

Palavras-chave: Hanseníase-Epidemiologia; Hanseníase-Diagnóstico; Brasil

ABSTRACT

The long clinical evolution of leprosy results in a late diagnosis and hidden prevalence. Estimating this prevalence is important to bring us close to actual prevalence, to define strategies and eliminate the disease. The objective of this study is to estimate the hidden prevalence of leprosy in the Jequitinhonha river valley in the State of Minas Gerais, Brazil. According to methodology proposed by the Panamerican Health Organization/World Health Organization, it was estimated that 328 cases failed to be diagnosed in the period 1998-2002. The results show that elimination programs are unable to detect all the cases in the area and show the need to intensify control strategies for its eradication.

Key Words: Leprosy-Epidemiology; Leprosy-Diagnosis; Brazil

RESUMEN

La larga evolución clínica del mal de Hansen condiciona el diagnóstico tardío y resulta en predominio oculto. La estimación de ese valor es importante para que nos acerquemos al predominio real y lograr, entonces, su eliminación. El objeto de este estudio es estimar el predominio oculto del mal de Hansen en el Valle del Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais. Según la metodología propuesta por la OPAS/OMS se estimó que 328 casos dejaron de ser diagnosticados entre 1998 y 2002. Los resultados señalan que los programas de eliminación no están logrando captar todos los casos existentes en el área e indican que se deben intensificar las estrategias de control para su eliminación.

Palabras Clave: Lepra- epidemiología; lepra-diagnóstico; Brasil

¹ Enfermeiro, doutor em Enfermagem, Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da UFMG

² Aluno do Curso de Graduação em da UFMG, Bolsista de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq.

³ Aluna do Curso de Graduação em da UFMG, Bolsista de Iniciação Científica do PROBIC/FAPEMIG

⁴ Aluna do Curso de Graduação em da UFMG

Endereço para correspondência: Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - CEP: 30 130-100 Tel.: (31) 3248 9862 - e-mail: xicolana@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução crônica, transmitida pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por lesões na pele e comprometimento dos nervos periféricos. Quando não diagnosticada e tratada oportunamente, acaba evoluindo para as incapacidades e deformidades, que acarretam problemas como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. Também é responsável pelo estigma e preconceito contra seus portadores.(1)

Esse continua sendo um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Em 1991, a Organização Mundial de Saúde-OMS propôs a eliminação da hanseníase, ou seja, que os países endêmicos alcançassem uma taxa de prevalência menor que 1/10.000 habitantes até o ano de 2000. Para esse fim utilizou-se uma estratégia que inclui a detecção de casos, tratamento com poliquimioterapia (PQT/OMS) e disponibilidade de medicamentos para todos os casos, além de ações de monitoramento.(2)

Nessa ocasião, Minas Gerais ocupava o 1o lugar no Brasil em número absoluto de casos, com 34.944 doentes e taxa de prevalência de 22,21/10.000 hab. Além do trabalho que vinha sendo realizado, o Estado deveria fazer um esforço adicional para atingir esta meta e, para tanto, elaborou o "Plano de Emergências" (1991 a 1994) e o "Plano de Eliminação da Hanseníase" (1995-2000) com metas e estratégias claras para alcançar os objetivos. As principais metas foram: aumentar a cobertura, através de capacitação de pessoal; aumentar o percentual de casos em poliquimioterapia; diagnosticar e tratar todos os casos novos esperados; conhecer a prevalência real, através de adequação do sistema de informação e eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000.(3)

Apesar dos esforços nacional e estadual, não se conseguiu atingir a meta em 2000. Ao final desse ano o Brasil apareceu nas estatísticas da OMS como o 2o país em número absoluto de casos em registro ativo, com 77.676 casos conhecidos, o que representava 86% dos casos das Américas e uma prevalência de 4,68 doentes por 10.000 habitantes. Sendo assim, o prazo de eliminação foi revisto e prorrogado até o ano de 2005.(4)

Em 2001, Minas Gerais apresentou uma taxa de prevalência de 2,5 casos por 10.000 habitantes e uma detecção de 1,46/10.000 hab. Com o objetivo de intensificar o combate à endemia e de forma a causar impacto sobre o problema no menor espaço de tempo possível, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estabeleceu áreas prioritárias, nas quais se insere o Vale do Jequitinhonha, cujas elevadas taxas de prevalência e detecção em alguns de seus municípios os colocam como uma região com níveis

endêmicos considerados muito altos.(1)

O Vale é a região mais pobre do Estado e uma das mais pobres do país, sendo que seus municípios detêm alguns dos piores indicadores sociais e de saúde do Brasil. Waldman et al. (5) afirmam que o comportamento epidemiológico da hanseníase é muito influenciado, de um lado pelo nível de desenvolvimento socioeconômico e pelas condições de vida de uma população e, de outro, pela qualidade dos serviços de saúde na implementação de programas de controle.

Em relação aos programas de controle, vários fatores influenciam negativamente em seus resultados, identificando-se como um dos principais a permanência de casos não diagnosticados – prevalência oculta – responsável pela manutenção de fontes de contágio na população. A estimativa desse valor é um importante elemento para aproximarmos do conhecimento da prevalência real, definirmos estratégias apropriadas e assim alcançarmos sua eliminação.

Neste sentido, estabelecemos como objetivo deste trabalho estimar a prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, para o ano de 2003, referente ao acumulado no período entre 1998 a 2002.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico, configurado como ecológico, do tipo transversal, tendo como cenário o Vale do Jequitinhonha, composto por 51 municípios e com uma população total de cerca de 670 mil habitantes. Essa região foi escolhida dada a sua relevância epidemiológica em relação ao controle da endemia no Estado.

Suárez e Lombardi (6) afirmam que a única forma de se conhecer a prevalência real da hanseníase seria avaliando toda a população, método que se torna inviável devido ao seu alto custo e à distribuição irregular da população. No entanto, existem outros métodos que permitem estimar tal prevalência. Neste trabalho utilizamos a metodologia proposta pelas Organizações Pan-Americana e Mundial de Saúde (7), que leva em conta o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico. Cabe lembrar que as incapacidades físicas em hanseníase podem ser classificadas em graus 0, 1 e 2, de acordo com o comprometimento neural. Para o grau 0 estão classificados os doentes sem qualquer tipo de incapacidade funcional; grau 1, aqueles que apresentam perda de sensibilidade protetora e o grau 2 aqueles que, além da perda de sensibilidade, apresentam complicações tais como: úlceras tróficas, garras, reabsorções ósseas em mãos e ou pés ou, ainda, lesões oculares diversas.(1)

O método proposto está resumido na Tabela 1.

Tabela 1 – Metodologia para estimar a prevalência oculta da hanseníase

INDICADORES	ANOS	1	2	3	4	5	TOTAL
	a) casos novos						
b) avaliados							
c) incapacitados I e II							
d) % de incapacitados (c/b)%							
e) estimativa de casos não detectados (d/a)%							

Fonte: OPAS/OMS

Essa metodologia considera como diagnóstico precoce aquele realizado antes que o indivíduo desenvolva qualquer grau de incapacidade física. Em contrapartida, os casos novos diagnosticados já com alguma incapacidade (inclusive grau I) são identificados como diagnóstico tardio. A estimativa dos casos não detectados é feita com base no percentual de incapacitados entre os doentes avaliados (c/b), aplicado ao total de casos novos (a). Assim, a prevalência real estimada seria o resultado da soma das prevalências conhecida e oculta.

Levando-se em conta o período médio de incubação da doença, utilizam-se, como base de cálculo, os cinco anos anteriores ao ano que se pretende calcular. Dessa forma, estabeleceu-se como período de estudo os anos compreendidos entre 1998 e 2002, entendendo-se também que as informações epidemiológicas relacionadas à hanseníase são extremamente sensíveis à capacidade operacional dos serviços e programas de controle, incluindo o próprio sistema de informação, e que variações operacionais que porventura tenham ocorrido estariam diluídas nesse intervalo.

A fim de se obter uma visão mais ampla da situação epidemiológica da hanseníase na região, foram também analisados outros indicadores epidemiológicos tais como:

taxa de detecção geral e em menores de 15 anos, distribuição segundo forma clínica e percentual de casos diagnosticados através de busca ativa. Como referência foram utilizados os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde.(1)

Utilizaram-se informações das fichas de notificação de casos de hanseníase de residentes no Vale, disponíveis na Coordenadoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Foram analisadas 722 fichas e coletados dados como: município de residência, município e data da notificação, forma clínica, modo de descoberta e grau de incapacidade física ao diagnóstico.

As taxas de detecção geral e em menores de 15 anos foram calculadas com base nas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a região.

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

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta o número de casos e as taxas de detecção de hanseníase no Vale do Jequitinhonha, separadas por microrregião e por ano de notificação.

Tabela 2 – Número de casos e taxa de detecção* da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, por microrregião – Período de 1998 a 2002

Microrregião	1998		1999		2000		2001		2002	
	Nº casos	Taxa detec	Nº casos	Taxa detec	Nº casos	Taxa detec	Nº casos	Taxa detec	Nº casos	Taxa detec
Almenara	83	4,95	90	5,38	82	5,35	75	4,34	76	4,38
Araçuaí	35	2,40	26	1,78	36	2,37	45	2,97	32	2,10
Capelinha	9	0,50	10	0,55	20	1,10	8	0,43	7	0,37
Diamantina	5	0,62	9	1,12	17	2,08	13	1,59	12	1,47
Pedra Azul	8	0,93	4	0,47	8	0,94	7	0,84	4	0,47

* Taxa de detecção por 10.000 habitantes

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Hanseníase – Período 1998-2002

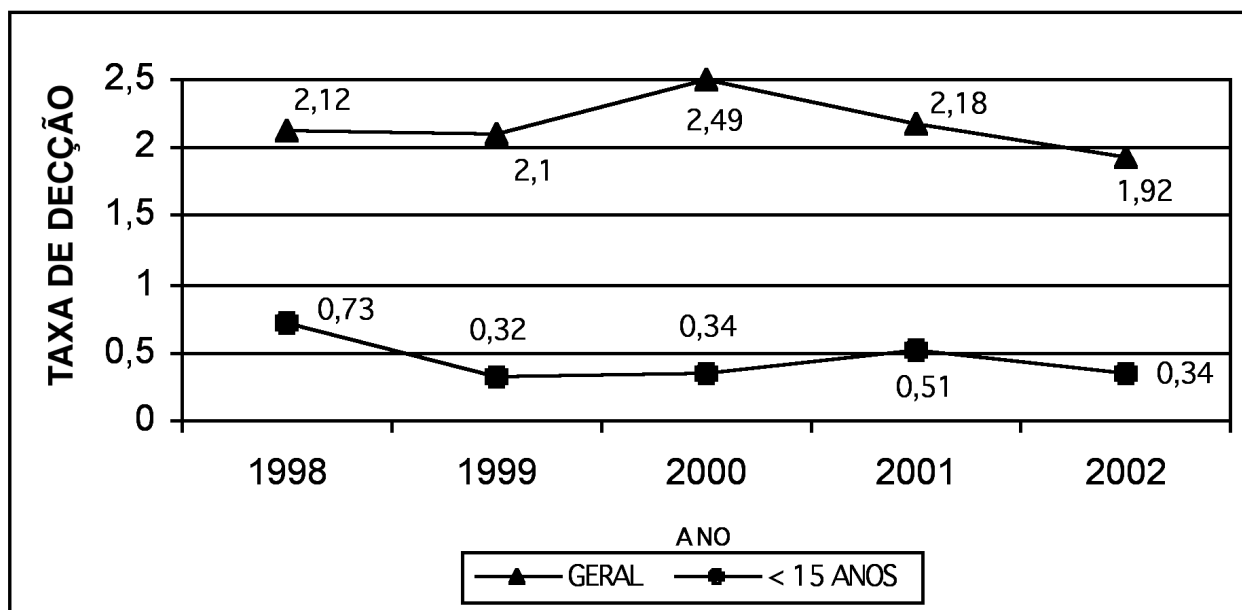
A partir da análise da Tabela 2 observa-se que há uma queda nas taxas de detecção em todas as microrregiões, exceto Diamantina, quando se consideram os valores dos períodos inicial e final. Tais resultados sugerem duas hipóteses: a primeira seria uma diminuição da força de transmissão da endemia; já a segunda refere-se a falhas no processo de diagnóstico e/ou registro dos casos.

Além disso, percebe-se que há um acúmulo de casos nas microrregiões de Almenara e Araçuaí, que juntas são responsáveis por 80,4% do total de notificações, apesar de representarem apenas 46,5% da população do Vale. Esse valores, quando avaliados isoladamente, indicam baixa incidência da hanseníase nas microrregiões de Capelinha, Diamantina e Pedra Azul e alta nas demais. No entanto, outros indicadores

devem ser avaliados antes de se chegar a uma conclusão.

Um parâmetro comumente utilizado para se avaliar a expansão da endemia é a taxa de detecção em menores de 15 anos (Gráfico 1). Este constitui um importante indicador epidemiológico, pois indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença.(8)

Gráfico 1 – Taxa de detecção* de hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha. Período de 1998 a 2002



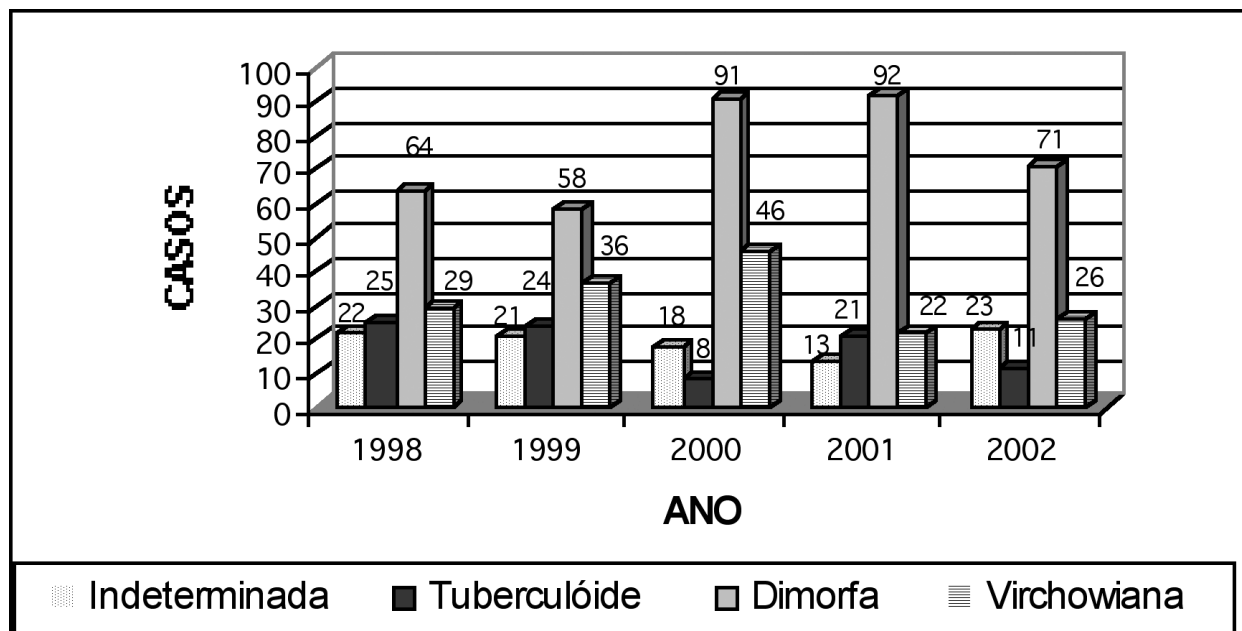
* Taxa de detecção por 10.000 habitantes

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Hanseníase – Período 1998-2002

A variação da taxa em menores de 15 anos praticamente acompanha a detecção geral, o que poderia reforçar a hipótese de diminuição da endemia. Porém, apesar da queda verificada, a taxa de detecção em menores

de 15 anos ainda apresenta valores considerados altos para essa faixa etária (1), o que indica a oportunidade de exposição precoce ao M. leprae e a persistência da cadeia de transmissão.

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de hanseníase no Vale do Jequitinhonha segundo forma clínica. Período de 1998 a 2002.



Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Hanseníase – Período 1998-2002

Observando o Gráfico 2, nota-se que há um predomínio das formas clínicas multibacilares – dimorfa e virchowiana – (74,2%) sobre as paucibacilares – indeterminada e tuberculóide – (25,8%). Para Lombardi et al. (8), esses resultados podem ser vistos, dentro de um enfoque epidemiológico, como um indicativo de estabilização da endemia ou tendendo a uma situação de baixa prevalência, contradizendo os dados observados em alguns municípios do Vale. Por outro lado, o pequeno

número de casos diagnosticados na forma indeterminada – fase inicial da doença e a desejável de se fazer o diagnóstico – somada ao predomínio das formas multibacilares – principalmente a virchowiana – sugere que esteja ocorrendo um diagnóstico tardio e corrobora a suspeita de prevalência oculta.

Além da sua magnitude, a hanseníase deve ser pensada também pela sua transcendência em função do sofrimento humano, discriminação social e prejuízos econômicos que

vêm sempre associados à doença, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada.

De acordo com a Tabela 3, vê-se que todas as microrregiões apresentam altos percentuais de casos

diagnosticados já com algum grau de incapacidade, chegando a 100% em Diamantina e Pedra Azul, em diferentes anos do estudo.

Tabela 3 – Grau de incapacidade entre os casos novos no Vale do Jequitinhonha, por microrregião. Período de 1998 a 2002

Microrregião	% Incapacitados (graus 1 e 2)				
	1998	1999	2000	2001	2002
Almenara	24,09	24,44	51,25	60,00	67,10
Araçuaí	37,14	32,00	17,64	40,00	31,25
Capelinha	66,66	50,00	30,00	37,50	57,14
Diamantina	40,00	60,00	94,11	84,61	100,00
Pedra Azul	37,50	100,00	100,00	42,85	50,00

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Hanseníase – Período 1998-2002

A porcentagem de casos com incapacidade física de grau 2 entre os casos novos avaliados é de 13,65%, valor considerado alto segundo parâmetros do Ministério da Saúde (1). Conhecendo as características da hanseníase e seu tempo de evolução podemos concluir que está ocorrendo um diagnóstico tardio da doença no Vale do Jequitinhonha. Quando se avaliam simultaneamente as Tabelas 2 e 3, observa-se que Almenara e Araçuaí, que são responsáveis por um maior número de notificações, apresentam percentuais mais baixos de incapacitados se comparados às outras microrregiões. Isso é um sinal de que nessas os serviços responsáveis pela prevenção e controle da hanseníase estão mais bem organizados, mas ainda muito aquém do necessário para que se tenha um combate efetivo da doença.

Nos últimos anos muita ênfase vem sendo dada à prevenção e ao tratamento das incapacidades físicas como

forma de diminuir os danos resultantes da doença. Ressalta-se, entretanto, ser o diagnóstico precoce a medida mais eficaz para controlar a expansão da epidemia e também para prevenir as deformidades, evitando-se assim os problemas citados anteriormente.

A busca ativa de casos constitui a principal ferramenta para se atingir o diagnóstico precoce. Ela engloba o exame dos comunicantes e de coletividade. O primeiro, também denominado exame de contatos, refere-se à avaliação dos indivíduos que residem ou tenham residido com o doente nos últimos 5 anos, sendo este o grupo de maior risco para contrair a doença. O segundo trata do exame de grupos específicos: em prisões, quartéis, escolas etc.(1)

A Tabela 4 traz os casos de hanseníase distribuídos segundo modo de descoberta.

Tabela 4 – Distribuição dos casos de hanseníase no Vale do Jequitinhonha, segundo modo de descoberta. Período de 1998 a 2002

Modo de Descoberta	Ano					TOTAL	
	1998	1999	2000	2001	2002		
	N	N	N	N	N	N	%
Demanda Espontânea	81	92	100	99	86	458	63,43
Encaminhamentos	43	37	36	35	26	177	24,52
Exame de coletividade	0	1	9	0	3	13	1,80
Exame de contatos	12	8	16	13	12	61	8,45
Outros	4	2	2	1	4	13	1,80
Total	140	140	163	148	131	722	100,00

Fonte: Fichas de Notificação de Casos de Hanseníase – Período 1998-2002

Pode-se ver na Tabela 4 a baixa porcentagem de casos descobertos por meio do exame de contatos (8,5%). Considerando que este é o principal instrumento para evitar-se o acúmulo de casos não detectados (prevalência oculta) e a instalação de incapacidades físicas, o percentual encontrado deveria ser maior.

Pinto Neto et al.(9) afirmam que, apesar da importância dos comunicantes na cadeia epidemiológica da hanseníase, as atividades relacionadas ao controle dos

mesmos têm sido pouco valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde.

Para Lana(10) a passividade dos métodos de detecção pode ser erroneamente interpretada como diminuição da taxa de detecção, contribuindo para elevar a prevalência oculta, ou seja, para ampliar o "iceberg epidemiológico" da epidemia hanseniana.

A estimativa do valor da prevalência oculta é um importante elemento para se conhecer a prevalência real

e a partir daí planejar ações com o objetivo de detectar e tratar todos os pacientes e agir sobre os focos de transmissão.(6)

A partir dos cálculos realizados e utilizando-se a metodologia proposta pela OPAS/OMS, estima-se que 328 casos deixaram de ser diagnosticados e/ou registrados

Tabela 5 – Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha no ano de 2003.

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
a) casos novos	140	140	163	148	131	722
b) avaliados	140	140	159	148	131	
c) incapacitados 1 e 2	44	46	77	80	79	
d) % de incapacitados	31,43	32,86	48,43	54,05	60,31	
e) estimativa de casos não detectados	44	46	79	80	79	328

Fonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária / Secretaria de Estado da Saúde

no período. Somando-se a esses os 722 casos conhecidos, obtém-se uma prevalência real estimada de 1050 doentes.

Isso significa que, do total de casos existentes no Vale do Jequitinhonha, apenas 68,8% foram descobertos, sendo que 31,2% permanecem não identificados, atuando como fontes de contágio e dando continuidade à cadeia de transmissão da hanseníase na região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As altas taxas de detecção na população geral e em menores de 15 anos evidenciam a pressão endêmica da hanseníase no Vale do Jequitinhonha. O predomínio das formas clínicas multibacilares e o alto percentual de casos diagnosticados com incapacidade indicam que está ocorrendo diagnóstico tardio e a persistência da cadeia de transmissão da doença na região.

A explicação mais provável para o retardo no diagnóstico estaria na baixa cobertura populacional das ações de controle da doença, isto é, na precariedade do acesso da população a serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças em geral e, especificamente, ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos casos de hanseníase.

Os resultados obtidos mostram que os programas de eliminação não estão sendo capazes de captar todos os casos existentes na área, fato que contribui para agravar a situação epidemiológica da doença e aponta para a necessidade de se intensificarem as estratégias de controle para a eliminação desse problema de saúde pública.

O combate à hanseníase deve fundamentar-se em políticas públicas efetivas por meio das seguintes medidas: construção de sustentabilidade econômica, política e social do Plano de Eliminação; descentralização das ações de controle por meio do Programa Saúde da Família; sensibilização popular e capacitação dos profissionais de saúde. Além disso, algumas diretrizes epidemiológicas devem ser adotadas, como a definição de áreas prioritárias de risco; investigação de eventos-sentinela para hanseníase em "áreas silenciosas" e a busca ativa de casos.

A fim de subsidiar o planejamento de estratégias cada vez mais específicas, pretende-se continuar a investigação realizando uma análise espacial mais detalhada da distribuição dos casos nesta região, utilizando-se a ferramenta do geoprocessamento em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Coronário; 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 10)
2. WHO. Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. Genebra: 1995.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Área Técnica de Hanseníase Seminário Estadual de Hanseníase. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2002.
4. Organização Panamericana de Saúde, OMS. Bol. Eliminação da Hanseníase das Américas 2000; 8: 4.
5. Waldman EA, Silva LJ, Monteiro CA. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. Inf Epidemiol SUS 1999; 8 (3): 5-47.
6. Suárez REG, Lombardi C. Estimado de prevalência de lepra. Hansen Int 1997; 22 (2): 31-5.
7. Organização Panamericana de Saúde, OMS. Bol. Eliminação da Hanseníase das Américas. 1998; 6: 4.
8. Lombardi C, Ferreira J, Motta CP, Oliveira MLWR. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: IMESP/SAESP; 1990.
9. Pinto Neto JM., Villa TCS, Mencaroni DA, Gonzales TC, Gazeta CE. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. Hansen Int 2002; 27 (1): 23-8.
10. Lana FCF, Meléndez, JGV, Branco AC. Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG – Período de 1990 a 2000. Hansen Int 2002; 27 (2): 83-92.