
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Possuir um caso de hanseníase entre cada 10.000 habitantes até o ano 2000 é a meta que os países endêmicos se comprometeram a implementar a partir de 1990. Em termos gerais, nos 16 países que concentram 90% dos casos conhecidos do mundo, o Brasil ocupa a desconfortável posição de apresentar as menores reduções dos coeficientes de prevalência, um aumento inexplicável dos coeficientes de detecção e, ainda, uma baixa cobertura de MDT nos últimos anos quando comparado com os demais países endêmicos. A base do Programa de Hanseníase do Brasil é a detecção dos casos, tratamento e prevenção de incapacidades. Tendo-se quatro objetivos prioritários de aumentar a captação de pacientes; detectar e tratar todos os casos novos e elegíveis com MDT; instalar um sistema de informação eficiente e conhecer a prevalência real,

O momento atual é particularmente importante na história da hanseníase. Existe hoje tratamento adequado que, mantido suficiente nível de cobertura, pode levar à eliminação desta doença como problema de saúde no mundo já no início do próximo século (Daumerie, 1995a).

Com relação à doença no Brasil, devido às características de país em desenvolvimento, com diferenças sociais e regionais marcantes, os esforços esbarram em problemas administrativos e operacionais. O Brasil dispõe de estrutura técnica e administrativa montada para a execução do programa, resultado de inúmeros esforços no sentido de capacitar o país frente a esse problema. Entretanto, **não se atingiu o resultado desejado de reduzir sensivelmente a prevalência** da doença em virtude de alguns fatores identificados, tais como: **centralização do atendimento e das informações, com pouco retorno destas ao nível local; e a definição de procedimentos complexos para as atividades de rotina.**

A centralização faz parte de uma antiga cultura administrativa e gerencial. Campos Melo (1937) resume uma proposta não explicitamente centralizadora, mas que propõe uma padronização dos procedimentos regionais: *"O problema da lepra é dos que podem encontrar solução definitiva, desde que haja trabalho bem orientado e uniformidade de ação em todo o território da União, controlada nos seus termos mais gerais por um organismo central com atribuições de âmbito nacional, que, sem centralizar, coordene as*

secções estaduais, num trabalho descentralizado em seus aspectos administrativos, mas padronizados por meio de resoluções comuns que sejam executadas em todas as regiões."

A implementação dessas linhas de ação, quando sujeitas às restrições da cultura administrativa do país, aos problemas sociais e às restrições de recursos, conduziram a uma estrutura fortemente centralizadora.

Embora avanços tenham sido realizados quanto aos métodos de análise dos dados, ainda interpreta-se o perfil epidemiológico como semelhante a 20 anos atrás isto é, que no Brasil a hanseníase está em expansão. Possivelmente esta interpretação está mascarada pela forma uniforme para todo o país como os planos de metas e diretrizes são traçadas pelo Programa de Controle de Hanseníase, conforme foi observado na história das políticas adotadas para o controle da hanseníase no Brasil. Soma-se a isso, a agregação dos dados que nunca permitiram distinções entre diferentes áreas.

A carência crônica de informações de qualidade, que não é um problema específico da área médica, constituindo-se numa dificuldade nacional no que se refere a sistematizar e institucionalizar procedimentos que propiciem a obtenção de dados confiáveis é um fator importante à realização de uma análise epidemiológica a partir dos dados existentes. No caso da hanseníase, esse problema tem sido minimizado com a utilização de análise de coorte (Daumerie, 1992) levando a uma visão mais precisa da evolução da doença no país e, conseqüentemente, facilitando o planejamento e a implementação de ações específicas.

A análise da **qualidade dos dados**, mostrou que sua qualidade **pode estar superavaliando a endemia de hanseníase**. No caso do aumento do **coeficiente de prevalência**, foi aventada a possibilidade deste fato ser resultado da inclusão incorreta de pacientes com um tempo maior de tratamento *que* o recomendado. Por último, a continuação da análise do coeficiente de prevalência conclui que problemas no cálculo desse indicador o tornam uma referência fraca para medir a demanda dos serviços de saúde no país. Mesmo que os coeficientes de prevalência tenham diminuído nos últimos anos, os **níveis ainda não satisfatórios, por conta de uma presença marcante de casos que abandonaram o tratamento, apresentando valores duas vezes maiores que o estimado**.

O método centralizado de análise das informações *de* hanseníase pode ainda estar provocando a dificuldade de monitorar o tratamento, levando a alta freqüência de abandono do tratamento e o desconhecimento sobre, não só da situação individual, como também da sua própria área de abrangência. O Brasil, assim, ainda tem pela frente uma

dívida acumulada de mais de 50% de sua prevalência por conta dos casos em abandono do tratamento.

A utilização do **indicador razão da prevalência/incidência** para o tratamento parece ser um **indicador mais sensível para indicar a real prevalência de casos de hanseníase que ainda necessitam de tratamento quimioterápico.**

Entretanto, em seu todo, o Brasil, parece estar saindo da crise de inoperância anterior a década de 80 e entrando numa nova etapa caracterizada por um desempenho mais consistente. No últimos anos da década de 80, foram implantadas medidas efetivas em relação ao tratamento para controlar as fontes de infecção, restabelecendo a credibilidade da cura da hanseníase e reduzindo as incapacidades físicas. Essas medidas foram suportadas por um amplo programa de capacitação de recursos humanos incluindo o aperfeiçoamento do sistema de informação.

Paralelamente ao declínio dos coeficientes de prevalência, o Brasil vive um **aumento dos coeficientes de detecção na maioria dos estados, interpretado como um perfil de expansão da endemia. As inúmeras estratégias promovidas pelo Programa Nacional, como o aumento da cobertura de serviços, não são consideradas como um dos fator explicativo desse incremento.** O programa de capacitação que treinou mais de 45.000 técnicos para implementar MDT-OMS nos últimos 8 anos, pode ser uma explicação coerente para o aumento da sensibilidade do diagnóstico de hanseníase no país. Também não é considerado, o aumento substancial da integração entre várias categorias profissionais provenientes de diferentes áreas de atuação com técnicos do programa de hanseníase através do programa de capacitação de gerentes, que em 3 anos preparou mais de 500 gerentes.

Dessa forma **não prevê-se ainda, que as atuais estratégias adotadas pelo Programa possam aumentar em muito mais os coeficientes de detecção nos próximos anos sem que necessariamente esteja ocorrendo aumento da transmissão, logo, falência do programa de controle.** Prevendo-se, assim antecipadamente, que, com o aumento constante dos coeficientes de detecção, o plano de eliminação não se concretizará.

O aumento dos coeficientes brutos de detecção de hanseníase no Brasil é resultante de variações do padrão de transmissão é também de mudanças operacionais do programa. A associação positiva entre o aumento dos coeficientes de detecção ajustados e o número de técnicos treinados, assim como a associação negativa

entre os coeficientes de detecção ajustados e a proporção de pacientes novos com incapacidade igual ou superior ao grau 2, indica que a descoberta dos casos tornou-se mais precoce. A associação negativa entre o coeficiente de detecção e o percentual de forma clínica tuberculóide reforça a hipótese de que o aumento do coeficiente de detecção no Brasil nos últimos dez anos é devido ao maior potencial para o diagnóstico e, conseqüentemente, para a descoberta dos casos novos. A hipótese de expansão da endemia também é enfraquecida pela associação entre os coeficientes de detecção ajustado e os coeficientes de detecção em menores de quinze anos. Esse perfil é tão claro que mesmo a existência de lacunas importantes na coleta e processamento de dados agregados, referentes à grupos etários menores, impossibilitando um melhor ajuste do coeficiente de detecção de modo que o fator idade seja melhor controlado e avaliado, não esconde a importância dos fatores operacionais no aumento dos coeficientes de detecção. Entretanto, os coeficientes brutos de detecção impossibilitam que comparações entre as áreas sejam feitas. Assim, o aumento do potencial para a descoberta de novos casos de hanseníase, decorrente das novas estratégias adotadas pelo programa, poderia ser uma explicação coerente para o aumento dos coeficientes de detecção de casos novos observados no Brasil nos últimos 10 anos. A análise dos dados obtidos em períodos anteriores, com um sistema de coleta de informações em transição como foi visto, pode levar à uma avaliação menos precisa da tendência da endemia. A tendência crescente desse coeficiente não é necessariamente decorrente de um aumento na probabilidade de adoecer.

Dessa forma, os coeficientes de prevalência e detecção isoladamente não são os indicadores mais sensíveis nem específicos para mensurar a magnitude nem tão pouco a força de morbidade dessa patologia.

Pode-se esperar que a tendência inicie um caminho de declínio relacionado com a eficiência das atividades do programa, pela inexistência real de casos novos devido a uma estrutura endêmica de diferentes idades de evolução no Brasil. O esgotamento de fontes de casos darão lugar a um relativo aumento de casos nas faixas etárias mais idosas caracterizando padrões endêmicos mais antigos como foi verificado no município do Rio de Janeiro. Face a esse padrão, considera-se que os estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul tendem a apresentar um padrão de evolução semelhante entre si.

Como explicar esse padrão? Essas áreas consideradas hoje sob controle foram justamente aquelas em que as prioridades do programa estavam todas voltadas para a

detecção e efetivo tratamento dos casos conhecidos há mais de 40 anos através de um trabalho sistematizado. As políticas adotadas nesses estados permitem uma aproximação de que **o tratamento MDT OMS para pacientes de hanseníase, nos países do terceiro mundo, é o único recurso para a interrupção da cadeia de transmissão. É o paciente tratado que impedirá o aumento no número de casos.**

Nessa linha de análise que indicador aproximaria a detecção do padrão endêmico da hanseníase no Brasil? A partir dos dados coletados em serviço, **o indicador coeficiente específico por idade do diagnóstico aquele que mostra "em quem" o agravo está ocorrendo, parece ser então, o mais apropriado para expressar o aspecto da saúde pública relacionado ao controle da transmissão, de forma que o programa possa através das informações disponíveis eliminar as condições que favorecem a sua transmissão princípio básico do controle das doenças transmissíveis. O coeficiente de detecção por idade, além de refletir a precocidade ou não de exposição ao *Mycobacterium leprae*, determinada pelo maior ou menor nível de endemicidade local (Léchat,1983; Nossitou, 1976) e que sua variação, pode, portanto, mostrar as mudanças na dinâmica de transmissão da doença. Contando com as informações disponíveis, **o coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos parece ser o indicador que apresenta a maior sensibilidade, dado** que no seu numerador só estão incluídos os indivíduos que realmente adoeceram nesse período da vida, enquanto que no coeficiente de detecção bruto estão incluídos, além dos casos que adoeceram com mais de quinze anos e foram diagnosticados precocemente, aqueles casos que adoeceram na faixa de 014 anos mas que o sistema não foi capaz de detectar anteriormente.**

O indicador coeficiente específico por idade discriminou regiões de modo que as intervenções gerenciais propostas sejam adequadas ao perfil de cada situação em questão. Os dados permitiram isolar quatorze estados como área prioritária para o Programa de Controle da Hanseníase. Pretendeu-se, com isso, chamar atenção para a necessidade da construção e utilização de um modelo de análise compatível com estratégias de controle diferenciadas explicitando a necessidade de estudos que possibilitem o conhecimento da ocorrência da doença.

Como foi visto, **são necessárias a desagregação dos dados e a análise em conjunto de indicadores referentes ao grupo pediátrico para permitir distinguir diferenças regionais de forma que distintas prioridades e distintas atividades sejam**

propostas. Assim, as atividades diretamente relacionadas ao diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades devem respeitar quem está em *maior risco* e onde vive.

O coeficiente de detecção por faixas etárias no município do Rio de Janeiro apontou no sentido de um efeito de corte, onde o aumento dos coeficientes bruto de detecção foi o produto da maior frequência do diagnóstico da doença nos grupos com idade mais avançada, ou seja a expressão clínica da doença naqueles indivíduos que adquiriram a infecção há vários anos antes da introdução de regimes terapêuticos eficazes e quando a execução das diversas atividades profiláticas do controle não eram amplamente sistematizadas. Esse achado caracteriza o município do Rio de Janeiro como uma área em que atualmente os níveis de transmissão são muito baixos.

É de esperar-se, portanto, que com a descentralização do conhecimento sobre a hanseníase, o aperfeiçoamento do sistema de informações, o aumento da cobertura de MDT OMS e com a definição do papel de cada nível do sistema de saúde, o Brasil tenha condições de eliminar a hanseníase no início do século 2000.