
INTRODUÇÃO

O aperfeiçoamento do sistema de informação do Programa de Hanseníase faz parte das estratégias do "Plano de Eliminação da Hanseníase" (MS, 1991a).

A hanseníase, doença crônica infecciosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (Hansen, 1873) que afeta principalmente os nervos periféricos e a pele, é curável, se diagnosticada e tratada precocemente. Em 1996, o número estimado de casos de hanseníase no mundo é de 1,8 milhões (WHO, 1995). A hanseníase, pela transmissão ainda ativa, é considerada como um problema de saúde pública na África, Sul e Sudeste da Ásia e nas Americas (Noordeen, 1993) promovendo a ocorrência de novos casos e a incapacidade física. O principal objetivo do Programa de Hanseníase, a nível populacional, é interromper a cadeia de transmissão e, a nível individual, deter a evolução da doença e prevenir incapacidade física.

Nas últimas décadas, o programa de controle da hanseníase tem passado por vários períodos de avaliação e reformulação das estratégias adotadas. Como medidas revolucionárias de controle pode-se citar a introdução da sulfonoterapia na década de 40 e da multidrogaterapia (MDT/OMS) em 1982, ou Poliquimioterapia (PQT-OMS) terminologia adotada pelo Brasil. Reflexo dessa estratégia foi a adoção da hanseníase como uma das doenças prioritárias em 1987, durante a 40^o Assembléia Mundial de Saúde, resultando no fortalecimento de vários aspectos do controle através da mobilização de recursos para as atividades de controle e pesquisa (WHO, 1988)

É justamente sob a atual perspectiva da existência de um tratamento de ampla aceitação por parte dos pacientes e uma reduzida taxa de recaída (WHO, 1994, 1995) que se propõe uma estratégia de integração do programa nos serviços gerais de saúde. Para viabilizar essa integração, na 44^o Assembléia da Organização Mundial de Saúde, adotou-se a resolução de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no ano 2000, estabelecendo

como objetivo para o coeficiente de prevalência sua redução para valor abaixo de um caso por 10.000 habitantes (WHO, 1991).

A condição identificada como essencial para atingir esta meta é o aumento da cobertura de MDT-OMS, que se dá, na prática, através do aumento da oferta de serviços de saúde, que, por sua parte, ocorre por meio da descentralização do tratamento da hanseníase. Como decorrência dessa linha de ação, a aceitação da multidrogaterapia (MDT) nos anos 80 e a firmeza do compromisso dos países endêmicos em cumprir o objetivo de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, reduziu o número de casos em 30% nos últimos 5 anos.

A organização das atividades da luta contra a hanseníase no Brasil teve seu início em 1925 com o isolamento compulsório. A construção de modelo de atenção aos portadores de hanseníase passou por várias fases desde o isolamento, passando pela descentralização, isto é, o atendimento aos pacientes na rotina a nível de atenção primária, até a consolidação do tratamento específico com duração definida (WHO, 1982).

Consta como uma das principais mudanças, a estruturação do sistema de informação através do aperfeiçoamento do registro de casos por município de residência e da elaboração dos informes estatísticos segundo os índices recomendados no Congresso Internacional de Hanseníase do Cairo em 1938, e na II Conferencia Pan-Americana de Hanseníase (Fontes, 1948). Dentre os indicadores de avaliação, os coeficientes de prevalência e detecção eram rotineiramente os índices mais utilizados.

O atendimento aos pacientes de hanseníase é fortemente centralizado pelo Programa de Controle de Hanseníase e a participação do setor privado é praticamente inexistente. Em alguns estados o apoio de organizações não governamentais (ONG) se faz presente. A descoberta de casos, predominantemente através da detecção passiva, é realizada, em sua grande maioria, por dermatologistas. Embora haja uma alta taxa de procura de serviços para diagnóstico de lesões cutâneas, cuja causa não é previamente identificada pela população, raríssimos são os casos de autodiagnóstico de hanseníase. Programa de Capacitação de Recursos Humanos do Programa de Controle da Hanseníase para desenvolver suas atividades utiliza diferentes métodos de capacitação para as categorias de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais. Estimula-se

o uso de material auto-instrucional, que possibilita o treinamento nos próprios serviços onde os profissionais atuam.

No período recente de transformação da qualidade da assistência, o Brasil tem privilegiado a implantação da multidrogaterapia, a implementação dos centros de prevenção e reabilitação de incapacidades físicas e o treinamento em larga escala de técnicos para execução destas atividades. Um dos pontos fundamentais no conjunto destas transformações é a implementação do sistema de informação e vigilância, ao nível nacional, e em vários estados da federação.

O Sistema de Informações do Programa da Hanseníase do Brasil será integrado, dentro em breve, ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), envolvendo mais de 34 tipos de doenças de notificação compulsória, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade no país (MS, 1993b). Apesar de ser uma doença de notificação compulsória em todas as 27 Unidades Federadas do Brasil desde 1943, a integração ao SINAN pretende garantir a padronização da notificação com maior agilização da operação do sistema, a partir da informatização dos dados. No final de 1995, apenas quinze estados possuíam bancos de dados do Programa completamente informatizados. O processo de informatização dos dados do programa de hanseníase vem sendo lento e não existe uma padronização nem da estrutura dos bancos nem do "software".

A avaliação e monitorização das ações do programa são feitas através da análise dos indicadores essenciais recomendados pela Coordenação Nacional do Programa de Hanseníase-MS-Brasil (MS, 1994a) por meio de compilação de dados que, na maioria dos estados, ainda é feita de forma manual. Tradicionalmente, o nível local é um gerador de informações que não analisa e não conhece os resultados obtidos por seu trabalho. Quando os dados são analisados, essas informações não retornam ao nível local, mas é a partir deles e de informações referentes ao acompanhamento dos casos que se constroem os indicadores operacionais. A análise destes indicadores é usada para o entendimento do comportamento epidemiológico da endemia e, também, para subsidiar as intervenções gerenciais do Programa de Controle da Hanseníase.

Dados mais recentes revelam que, no Brasil, vem se registrando o aumento dos coeficientes de detecção e de prevalência de casos de Hanseníase. Em 1992, técnicos que procederam à Avaliação Independente do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase no Brasil, concluíram que o Brasil era um país de prevalência elevada, com endemia em expansão (MS, 1992d). As análises efetuadas diagnosticaram que o aumento, na magnitude dos coeficientes brutos de detecção de casos de hanseníase, indicavam a expansão da endemia, mesmo sendo reconhecida a influencia dos fatores operacionais como limitantes da validade desses indicadores epidemiológicos. Entretanto, considerou-se que os resultados do estudo de tendência utilizando os **coeficientes brutos de detecção anual de casos para o período 1985-1991, associados à análise dos indicadores proporção de casos em menores de quinze anos, distribuição por forma clinica e percentagem de casos novos detectados cujo grau de incapacidade foi avaliado no ano**, eram suficientes para apoiar o diagnóstico de endemia em expansão (MS, 1992d).

Chama a atenção o fato de que o Brasil seria o único país a apresentar tal comportamento em meio a uma tendência mundial de declínio dos níveis de endemicidade (Fine, 1992). Em 1994, existiam no Brasil 160.617 casos conhecidos, o que corresponde a uma prevalência de 10,52/10.000 habitantes, representando 8,9% dos pacientes conhecidos no mundo.

Como a agregação dos dados não tem permitido distinções entre diferentes áreas, nem tão pouco permite a identificação de quem está em "maior risco" e onde vive, as diretrizes são traçadas de forma uniforme para todo o país, conforme se observará na história das políticas adotadas para o controle da hanseníase no Brasil.

Após acompanhar a história da humanidade desde os tempos mais antigos, a hanseníase chega ao final do século XX com a previsão de ser eliminada rapidamente. A identificação do padrão de evolução da doença no Brasil, através da medida do seu crescimento (ou decréscimo), distinguindo as diferenças entre os estratos da população e entre diferentes regiões, visa conhecer o modelo da endemia do melhor modo possível e, daí, permitir tomar as medidas adequadas para conter sua evolução ou acelerar sua extinção como problema de saúde pública.

Origem do trabalho

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária com apoio da Organização Mundial da Saúde iniciou em 1990 o projeto de supervisões diretas aos estados do país contando com a participação de cinco supervisores nacionais. Durante os anos de 1990 a 1994, através da supervisão nos estados Ceará, Paraíba, Pernambuco, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, onde tornaram-se evidentes as diferenças regionais da hanseníase encontradas no Brasil, algumas questões foram levantadas, originando as hipóteses levantadas nesta tese.

Objetivo

O objetivo desse trabalho é analisar os indicadores de morbidade da hanseníase e sua utilização na interpretação da evolução da endemia no Brasil.

A estrutura do trabalho

Essa tese é composta por seis estudos descritivos apresentados em cinco capítulos. No primeiro capítulo trabalha-se sobre a revisão histórica da hanseníase, dando atenção especial às políticas adotadas pelo programa. Fornece-se a descrição da rotina e construção dos indicadores essenciais do Programa de Controle da Hanseníase no Brasil. Nesse mesmo capítulo descreve-se as principais fontes de dados dos estudos ecológicos realizados nessa tese. Finalmente verifica-se a qualidade dos dados dos indicadores de morbidade da hanseníase. Estes indicadores e suas características serão referenciados nos capítulos seguintes.

No segundo capítulo, examina-se a tendência da hanseníase no Brasil, com uma revisão da conceituação dos indicadores mais utilizados e finaliza-se interrogando: o aumento observado dos coeficientes de detecção pode ser em decorrência da intensificação nas ações de detecção dos casos?

No terceiro capítulo, o segundo estudo ecológico procura demonstrar a associação entre o aumento dos coeficientes ajustados de detecção e as estratégias adotadas pelo Programa Nacional no período 1987-1994. Nesse capítulo, identifica-se, dentre os indicadores essenciais, a partir das informações existentes, o indicador coeficiente de

detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos como o mais sensível para a definição de níveis de endemicidade.

A seguir, analisa-se a tendência da hanseníase nos estados do país através do fator prognóstico de risco, o indicador coeficiente **de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos**. Propõe-se um modelo de discriminação de áreas de diferentes níveis endêmicos de hanseníase do Brasil a partir de análise de "cluster" e análise fatorial, de modo que as intervenções gerenciais propostas sejam adequadas ao perfil de cada situação em questão.

Por fim, no quinto capítulo, pela disponibilidade de dados em todas as faixas etárias, no quarto estudo, analisou-se a tendência da hanseníase no município do Rio de Janeiro utilizando-se o indicador **coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos**. A partir desta análise, além de mostrar *em quem* o agravo está ocorrendo definiu-se três padrões de distribuição de casos por idade relacionados com o estágio da evolução da endemia.

Na conclusão do trabalho é apresentada justificativa para o crescimento dos coeficientes brutos de detecção considerando a forte influência da melhoria do sistema de diagnóstico da doença no país. Dentro do escopo desta análise, também se discutem os padrões regionais e os altos índices da doença em indivíduos jovens. Com relação à escolha do melhor indicador para *medir* a evolução da hanseníase, fazem-se propostas distintas dos tradicionais indicadores coeficiente de detecção bruto e de prevalência.