
CAPÍTULO 2

Séries Temporais dos Indicadores de Morbidade da Hanseníase.

**"Realmente, clama aos céus saber-se que no Brasil, apesar dos serviços especializados mantidos a peso de ouro, nas diversas esferas da administração pública, federal e estaduais, cresce de ano para ano, de mais de cinco mil doentes, a nossa população leprótica".
(Extraído da "Declaração de princípios"
IV Congresso de Leprologista, Belo Horizonte, 1956, apud Diniz, 1958)**

Neste capítulo, analisam-se as séries temporais de dados referentes à hanseníase, discutindo-se os indicadores utilizados e sua importância em diferentes tipos de estudos. Apesar das restrições inerentes ao estudo de séries históricas de longa duração, devido ao fato da inserção de variações consideráveis de condutas e procedimentos ao longo do tempo, apresento a série histórica dos coeficientes brutos de detecção de casos novos e coeficiente de prevalência e demais indicadores epidemiológicos e operacionais de avaliação do programa, construídos a partir das informações colhidas de documentos históricos e relatórios dos programas (Diniz, 1958; Gonçalves, 1982; 1987; MS/DNS/SNL, 1963b; MS/DNS/SNL, 1967; MS, 1984a a 1986a; 1987 a 1989; 1990c; 1991b; 1992d; 1993a; 1994b; 1995a; Silva, 1971). A primeira série histórica apresentada refere-se aos coeficientes brutos de detecção de casos novos. Segundo a seção de epidemiologia do Departamento Nacional de Leprosia (MS/DNS/SNL, 1967), para fins de informatização e estudo, fixou-se o ano de 1946 como de

partida do sistema de informação do programa de hanseníase, porque até essa época não havia uma generalização da terapêutica sulfônica nem uma padronização das informações. E dessa época que surgem as informações referentes ao coeficiente de detecção e coeficiente de detecção segundo a forma clínica (Diniz, 1958).

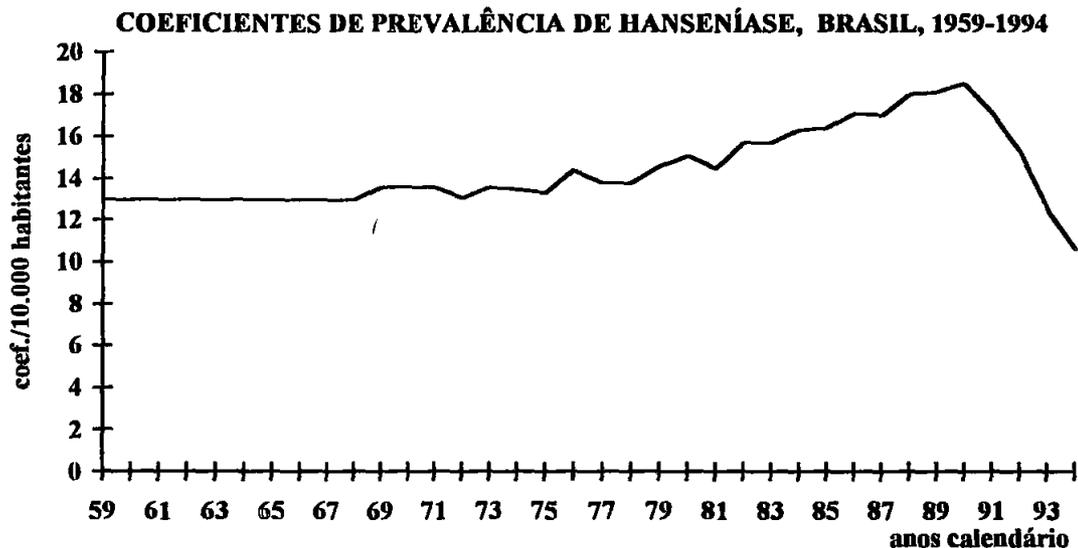
Para o indicador coeficiente de prevalência, a série histórica inicia-se em 1959 porque, após levantamento bibliográfico, não se obtiveram dados anteriores a esse ano.

Para os indicadores coeficiente de detecção por idade, as informações são disponíveis a partir de 1982 e em duas faixas: 0 a 14 anos e 15 anos e mais. Para o indicador operacional proporção de pacientes em abandono do tratamento, a série inicia-se em 1959.

Coeficiente de prevalência

O coeficiente de prevalência é o indicador que permite avaliar a demanda por serviços de saúde (Kleinbaum et al, 1982). O coeficiente de prevalência deve ser calculado a partir do número total de casos existentes de uma enfermidade ativa num determinado período (Kramer, 1957). Este indicador esteve praticamente constante durante o período de 1959 a 1975, com coeficientes de prevalência em torno de 13,6/10.000 habitantes. A partir de 1976, começa a ascender, atingindo 15,1/10.000 habitantes em 1980, e alcança seu pico máximo no ano de 1990, quando se observa uma prevalência de 18,5/10.000 habitantes. Somente a partir de 1991 a prevalência apresenta um movimento, de declínio, voltando a 15,3/10.000 habitantes em 1992 e 10,9/10.000 habitantes em 1994, onde se observa o menor coeficiente até hoje registrado . (figura 6).

Figura 6



A aplicação de uma terapêutica em larga escala tem grande influência sobre o indicador prevalência de casos de hanseníase. Este também é influenciado pelos distintos procedimentos adotados nos serviços de saúde em relação à alta, ou em relação aos doentes *fora de controle* (Bechelli & Dominguez, 1970). A prevalência requer cautela, quando da sua interpretação, em virtude das dificuldades na definição clara do conceito de doença ativa na hanseníase. Em algumas regiões, o conceito de doença ativa vem assumindo um caráter mais administrativo do que clínico. Doentes ativos são hoje sinônimos de casos em *registros ativos* dos serviços de saúde. Sabe-se, por exemplo, que esta prevalência estará *inflada*, devido à manutenção no registro de casos inativos e pacientes fora de controle, produzindo, assim, um número superestimado de pacientes que precisam de tratamento.

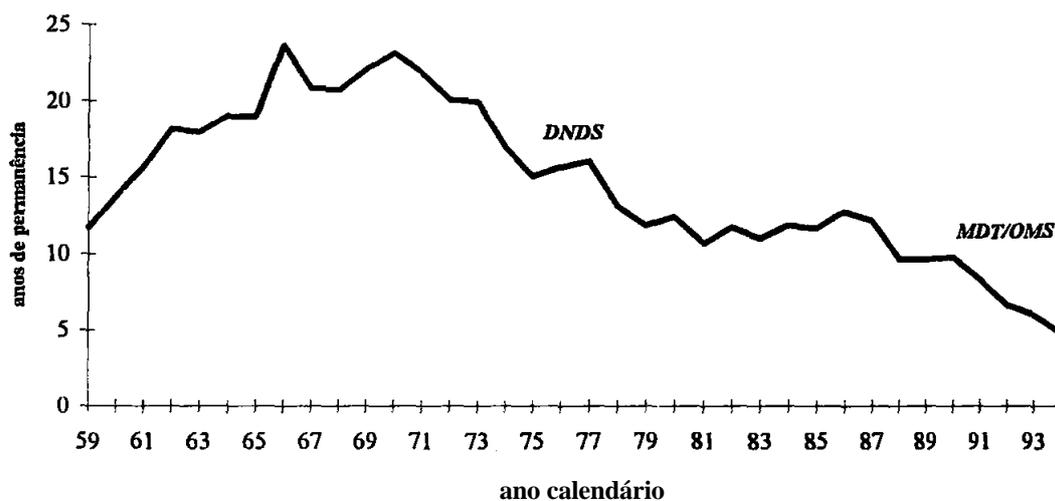
Os casos inativos, quando são mantidos em registro ativo, especialmente os das formas tuberculóide e indeterminada, os pacientes desaparecidos, os que migraram ou os que morreram e para os quais os serviços não dispõem de informações o coeficiente de prevalência calculado não corresponde à prevalência de ponto, indicador proposto para mensurar a

magnitude da endemia (Bechelli & Dominguez, 1972). Dessa forma, o coeficiente de prevalência não permite, a rigor, mensurar a real magnitude da hanseníase e sim a magnitude do problema administrativo, refletindo a (in)capacidade dos serviços de saúde de acompanharem os portadores da doença. Os *casos prevalentes* deveriam ser os pacientes efetivamente em tratamento

Com o advento da multidrogaterapia de dose fixa, o conceito de *alta por cura* foi redefinido e está diretamente relacionado ao tempo estimado para as drogas bactericidas tornarem uma população x de *M. leprae* inviável. Perdeu-se, por um lado, a dimensão clínica do conceito de cura, porém, reconhece-se que a *cura bacteriológica* ou a inviabilidade bacteriana seja um critério mais objetivo, que certamente poderá contribuir para que o coeficiente de prevalência expresse melhor o número de pacientes com doença ativa necessitando de tratamento.

Tempo de permanência no registro ativo

De acordo com o proposto pelo V Congresso Internacional de Lepra (Cuba, 1948), o cálculo da estimativa do tempo de duração da doença, na época em que não existia uma terapêutica com perspectiva de cura, era calculado através da razão entre o intervalo entre o diagnóstico e a morte do paciente. Com o advento do tratamento com Dapsona, após a década de 40, e a multidrogaterapia, na década de 80, esse indicador passou a ser interpretado, não como o tempo de duração da doença, mas o tempo médio de permanência dos pacientes no registro ativo ou o intervalo entre o diagnóstico e a saída do registro ativo, sendo, portanto, uma aproximação do tempo de permanência no registro ativo. Nesse estudo, foi calculado o tempo de permanência no registro ativo a partir da razão do número de casos prevalentes e incidentes a cada ano de avaliação.

Figura 7**RAZÃO ENTRE OS CASOS PREVALENTES E DETECTADOS DE HANSENÍASE, BRASIL, 1959-1994**

Na figura 7, observa-se uma diminuição acentuada do tempo de permanência dos pacientes no registro ativo ao longo dos anos. No período do regime terapêutico DNDS, o tempo de permanência nunca foi inferior a 10 anos. Desde o início da aplicação de MDT- OMS, esse tempo vem diminuindo até atingir quatro anos no ano de 1994.

Coefficiente bruto de detecção

O coeficiente de incidência constitui um indicador epidemiológico que permite estimar a força da transmissão da doença (Lechat & Vanderveken, 1984; Lechat et al., 1986) pois, quando aferido ao longo dos anos, possibilita a análise da tendência temporal da endemia, além da avaliação do impacto das ações de controle sobre a transmissão. Entretanto, devido ao longo período de incubação da doença e da defasagem entre o início dos sintomas e a detecção dos casos, seria necessário realizar estudos de seguimento populacionais, ou de *coortes*, para calcular a incidência da doença em uma determinada região. Esses estudos, altamente

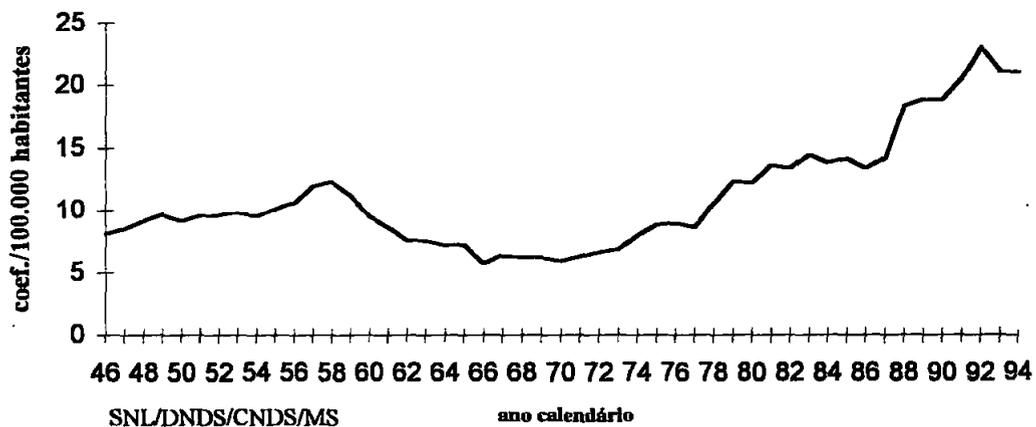
dispendiosos, são impraticáveis na maioria das áreas endêmicas pois consomem muito tempo e pessoal especializado.

Por esta razão, o que termina por ser registrado é o que denomina-se de *incidência de registro* (Fontes, 1967) ou *coeficiente de detecção de casos*, isto é, os casos novos diagnosticados em uma Area e período de tempo determinados (Lechat & Vanderveken, 1984; Lechat et al., 1986).

A figura 8 registra as variações do coeficiente bruto de detecção no período de 1946 a 1994. No início da serie, em 1946, observa-se um coeficiente bruto de detecção da ordem de 8,4/100.000 habitantes que, em 1958, ascendeu para 12,3/100.000 habitantes. No período compreendido entre 1960 e 1975, esse coeficiente apresenta uma redução acentuada, apresentando valores entre 5,7 e 8,0/100.000 habitantes. A partir de 1974, este indicador esboça unia linha ascendente atingindo dois picos: o primeiro, em 1989-90, e o segundo, em 1992, com um coeficiente de 23,1/100.000 habitantes. A partir de então, o coeficiente bruto de detecção cai para 21,7, em 1993, e 21,13 por 100.000 habitantes, para o ano de 1994.

Figura 8

**COEFICIENTES BRUTOS DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE,
BRASIL, 1946-1994**



O coeficiente de detecção pode ser considerado tanto um indicador epidemiológico como de avaliação dos programas de controle, na medida em que reflete, não somente uma idéia aproximada da incidência real da doença, mas também a eficácia das ações desenvolvidas para a descoberta de novos casos, principalmente quando se trata de uma doença com um forte estigma social. Assim como na tuberculose, o coeficiente de detecção é hoje um indicador que mede a capacidade dos serviços de saúde de diagnosticar os casos de hanseníase, sendo um dos mais úteis instrumentos de avaliação dos programas de controle (Gerhardt Filho & Hijjar, 1993).

Desde que os casos sejam diagnosticados precocemente, ao longo do tempo, o coeficiente de detecção aproximar-se-á do coeficiente de incidência. Uma maneira de validar o coeficiente de detecção como indicador da incidência de casos a cada ano é através do cálculo da mediana dos intervalos de tempo entre o início dos sintomas e a detecção do casos, relativo a todos os pacientes, a cada ano.

Outro indicador que avalia a proximidade entre os dois coeficientes é a proporção de pacientes com incapacidade entre os casos novos diagnosticados (Lechat & Vanderveken, 1984; Lechat et al., 1986). As deformidades aparecem lentamente, por isso são encontradas em pacientes que contraíram a doença muito antes do caso ser diagnosticado e registrado. A medida que a descoberta dos casos torna-se mais precoce, a proporção de pacientes com deformidades entre os novos casos deverá tender para zero (Lechat & Vanderveken, 1984; Lechat et al., 1986) e, conseqüentemente, o coeficiente de detecção traduzirá realmente a incidência da doença.

Ainda em relação à avaliação da superposição do coeficiente de detecção com o coeficiente de incidência, pode-se utilizar o cálculo da proporção de casos novos paucibacilares detectados, com uma só mácula, entre todos os casos novos paucibacilares detectados. Quando se intensifica a busca de casos, estes são detectados em uma fase precoce e esta proporção aumenta.

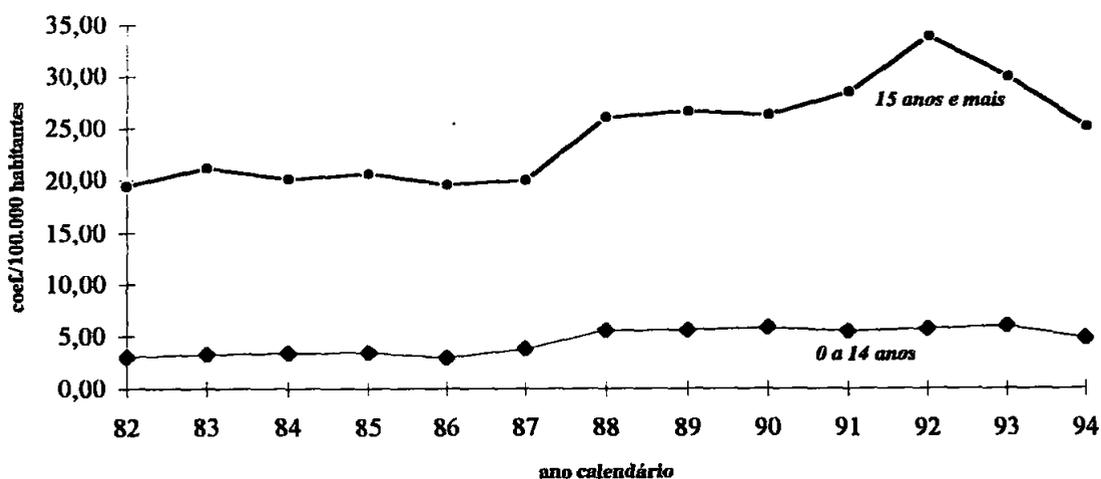
Coeficientes específicos por idade

O cálculo dos coeficientes específicos por idade, sexo e forma *clínica, ton* importância epidemiológica porque podem expressar *riscos de exposição* diferentes e estarem relacionados ao nível de endemidade local (Doull et al., 1942; Irgens, 1980). A análise desses indicadores tem ajudado a avaliar a tendência da endemia em circunstâncias epidemiológicas diversas (Irgens, 1980; Irgens, 1982; Irgens et al., 1990; Albuquerque, 1987; Andrade, 1990).

Na série temporal do coeficiente de detecção de 0 a 14 anos, para o período 1982- 1994, ele apresenta variações de 3,01 a 6,00 por 100.000 menores de 0 a 14 anos. De contra partida, o coeficiente de detecção em maiores de 15 anos tem um patamar quatro vezes superior. O menor coeficiente observado foi para o ano de 1984: 20,04/100.000 habitantes maiores de 15 anos. O maior valor foi observado em 1992: 33,96/100.000 habitantes maiores de 15 anos (figure 9).

Figura 9

COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE SEGUNDO IDADE NO ANO DE DIAGNOSTICO, BRASIL, 1982-1994



O coeficiente de detecção por idade reflete a precocidade ou não de exposição ao *M leprae*, determinada pelo maior ou menor nível de endemicidade local (Lechat et al., 1983; Nossitou et al., 1976). A variação do coeficiente de detecção de casos específicos por grupos etários pode, portanto, refletir mudanças na dinâmica de transmissão da doença.

Tem-se observado uma relação inversa entre nível de endemicidade e a média de idade dos casos novos detectados a cada ano (Irgens, 1980; 1982). Em áreas com altos níveis de endemicidade, no ambiente domiciliar, existe um *risco* maior de se adquirir a infecção em idades precoces. Este *risco diminui* em virtude de um menor número de pessoas infectadas, em um mesmo domicílio, em áreas de menor endemicidade. Por outro lado, nesta última situação, o risco de infecção na comunidade permanece enquanto existirem indivíduos infectados na área (Irgens, 1982, Irgens et al., 1990).

E importante lembrar, contudo, que a média de idade de início da doença varia com a estrutura etária da população, enquanto o coeficiente de detecção específico por grupos etários, calculado com base nos grupos populacionais, respeita essa estrutura (Lechat & Vanderveken, 1984). Portanto, a análise da tendência temporal deste coeficiente deve levar em conta a tendência específica por grupo etário.

Sabe-se que, durante um período analisado, ocorrem modificações nos coeficientes específicos por idade (Léchat & Vanderveken, 1984). A ausência de dados referentes à idade em outras faixas etárias do diagnóstico não permite reconstituir as inúmeras coortes de forma a separarem o efeito da idade e da tendência temporal. A falta de informações referentes à idade dos pacientes e à data de aparecimento dos primeiros sintomas, que permitiriam calcular o tempo de duração da doença até o diagnóstico, impossibilitam, também, esse tipo de análise.

A limitação em relação ao tipo e qualidade das informações coletadas não se resume à questão da idade. Do mesmo modo, não é usual o registro do tempo de início dos primeiros sintomas, com o objetivo de calcular o tempo médio de demora na detecção dos casos a cada ano e sua variação ao longo do tempo, à semelhança do que vem sendo realizado em outros países (Irgens, 1982) e em situações isoladas, no Brasil (Albuquerque, 1989; Andrade, 1990).

Esses dados, juntamente com a informação sistemática e consolidada a respeito do *modo de detecção* - ou seja, se a detecção do caso foi produto de alguma atividade de busca dos programas, através de esclarecimento dos profissionais de saúde ou da população, ou se foi demanda espontânea aos serviços de saúde - permitiriam uma avaliação mais precisa do papel dos fatores operacionais na tendência dos indicadores *de* morbidade.

Seria portanto oportuno analisar os dados referentes aos métodos de detecção utilizados, assim como ter informações que possibilitem estimar a proximidade do coeficiente de detecção da incidência real dos casos.

Coeficiente de detecção específico por sexo

Outro indicador de auxílio à interpretação dos coeficientes de detecção é o coeficiente de detecção específico por sexo. Em relação à distribuição de casos por sexo, não é raro, na literatura, o relato de uma maior frequência de casos entre os homens e, atualmente, admite-se que o *risco* de exposição seria o fator responsável pela diferença encontrada (Irgens, 1980; Doull, 1962). Esta hipótese é reforçada pelo fato de se encontrarem entre crianças, igualmente expostas ao *risco* de contágio intra-domiciliar, coeficientes de morbidade semelhantes quando comparados por sexo (Doull et al., 1942; Doull, 1962; Irgens, 1980; 1982).

Outra observação é que em situações de declínio da endemicidade, quando a importância da transmissão na comunidade aumenta em relação à transmissão intra-domiciliar, os homens são mais frequentemente acometidos pela hanseníase, talvez em decorrência de uma maior mobilidade social. Em situações onde as mulheres vêm apresentando uma mobilidade social progressivamente maior, em decorrência de uma maior inserção no mercado de trabalho, como é o caso de algumas áreas urbanas do Brasil, tem-se encontrado coeficientes de detecção semelhantes ou mesmo mais elevadas em mulheres (Albuquerque, 1989; Andrade, 1990) quando se considera o sexo dos casos.

Coefficiente de detecção específico por formas clínicas

Quanto ao coeficiente de detecção de casos novos específico por formas clínicas, alguns autores tem verificado que o predomínio de casos tuberculóides está positivamente relacionado ao nível de endemicidade (Newell, 1966; Beiguelman, 1981; Fine, 1981). A proporção de casos novos de hanseníase da forma tuberculóide seria, portanto, um indicador de tendência da endemia (Ferreira, 1983; MS, 1986b).

Contudo, a construção de coeficientes de detecção por formas clínicas requer uma padronização de métodos e critérios de classificação de casos, que permita a construção de séries unificadas para os estados e países, além de assegurar a compatibilidade entre séries oriundas de locais diferentes (MS, 1988).

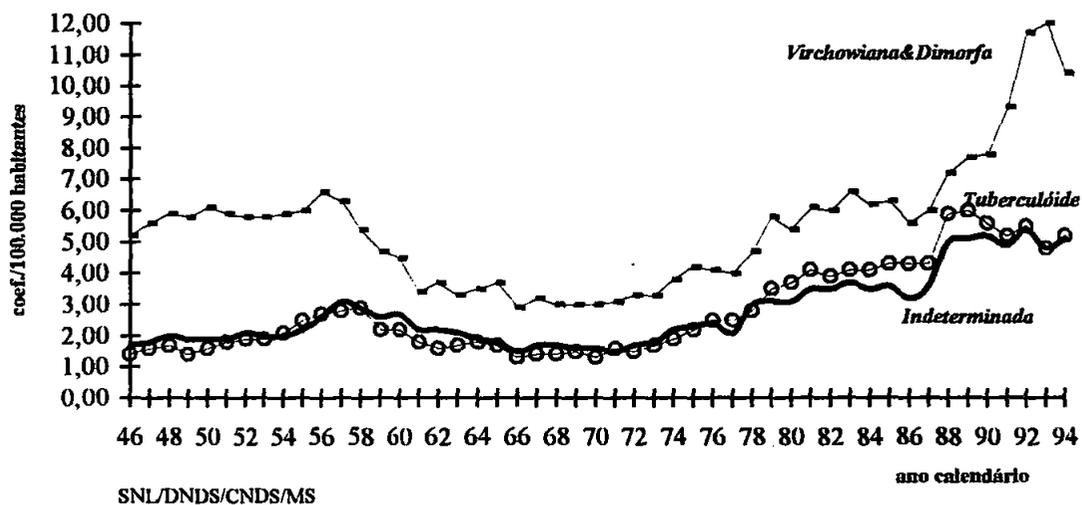
Os casos virchowianos e dimorfos com baciloscopia positiva são classificados como multibacilares (MB) e os tuberculóides e indeterminados são classificados e tratados como paucibacilares (PB), independente do resultado dos testes de Mitsudina (MS, 1994d).

Em relação às formas clínicas, os coeficientes de detecção específico por casos virchowianos e dimorfos, mantêm uma tendência ascendente durante a primeira década, atingindo, em 1956, 6,6/100.000 habitantes. Após isso, decresce de maneira mais ou menos constante, chegando, em 1966, a 2,9/100.000 habitantes, quando volta a apresentar uma tendência à ascensão, mais evidente a partir de 1978, alcançando o pico máximo em 1993, com 12,0/100.000 habitantes (figura 10).

Os coeficientes de detecção de casos das formas tuberculóide e indeterminada apresentam um comportamento semelhante entre si, mantendo-se abaixo ou em torno de 3,0/100.000 habitantes no período de 1946 a 1978. A partir daí, ambos os coeficientes de detecção (formas indeterminada e tuberculóide) ascendem, atingindo os maiores níveis entre 1988 e 1994 (figura 10).

Figura 10

**COEFICIENTES DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE SEGUNDO A
FORMA CLÍNICA, BRASIL, 1946-1994**



As tabelas 5a e 5b mostram a tendência de aumento percentual da média anual dos coeficientes de detecção por forma clínica e do número absoluto de casos diagnosticados para o período 1965-1974 a 1985-1994. A forma virchowiana e dimorfa apresentaram valores superiores às demais formas clínicas nos 3 períodos estudados. A tendência ascendente das formas tuberculóides é superior, quando comparada com as demais formas virchowiana e indeterminadas, tanto nos coeficientes, como no número absoluto, no período 1965-1974 a 1985-1994.

TABELA 5A : CASOS DE HANSENÍASE NO BRASIL 1965-1974 A 1985-1994 SEGUNDO A FORMA CLÍNICA.

Detecção	Forma clínica	Períodos			Percentual total
		65-74	75-84	85-94	
Média anual do número de casos diagnosticados	Virchowiana e Dimorfa	3034	6453	12294	305,21
	Tuberculóide	1409	4027	7413	426,12
	Indeterminada	1574	3031	6772	330,24

TABELA 5B : DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE NO BRASIL 1965-1974 A 1985-1994 SEGUNDO A FORMA CLÍNICA.

Detecção	Forma clínica	Períodos			Percentual total
		65-74	75-84	85-94	
Média anual do coeficientes bruto de detecção	Virchowiana e Dimorfa	3,26	5,42	8,35	156,13
	Tuberculóide	1,51	3,38	5,03	233,11
	Indeterminada	1,69	3,05	4,60	172,19

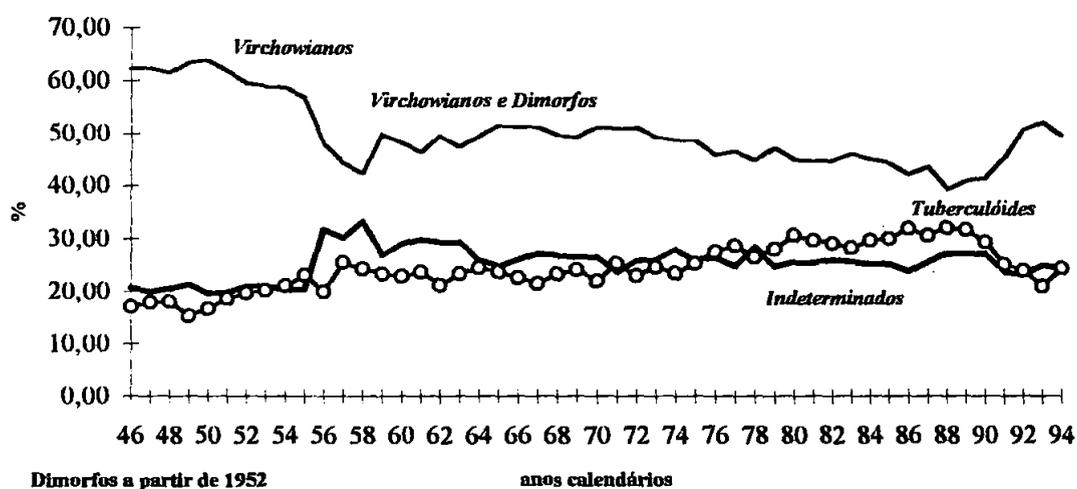
Entre as três formas clínicas, o menor aumento observado dos coeficientes foi dos coeficientes de detecção das formas virchowianas e dimorfas, 156,13%, contra 233,11% e 172,19% dos coeficientes de forma tuberculóide e indeterminada, respectivamente. O aumento percentual dos coeficientes de detecção das formas tuberculóides foi 1,5 vezes maior que o aumento percentual dos coeficientes de detecção das formas virchowianas e dimorfas.

Embora a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária - MS recomende a classificação de Madri (MS, 1994c), alguns estados implantaram em seus programas de capacitação noções a cerca da classificação de Ridley-Jopling (Ridley & Jopling, 1966), modificando assim o perfil da frequência, principalmente dos multibacilares ao longo dos últimos 5 anos. Invalidam-se, dessa forma, os resultados encontrados nos indicadores epidemiológicos de: percentagem de casos multibacilares entre os casos novos detectados no ano; percentagem de casos paucibacilares curados com sequelas (coorte); percentagem de casos multibacilares curados com sequelas (coorte); percentagem de recidivas entre casos

paucibacilares (coorte); percentagem de recidivas entre casos multibacilares (coorte). Invalidam-se também nos indicadores operacionais: percentagem de casos paucibacilares que completaram MDT-OMS entre os que deveriam ter completado (coorte); percentagem de casos multibacilares que completaram MDT-OMS entre os que deveriam ter completado (coorte).

Figura 11

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE SEGUNDO A FORMA CLÍNICA, BRASIL, 1946-1994



Na figura 11, apresentam-se os casos novos distribuídos por forma clínica. As formas virchowiana e dimorfo, em toda série, variaram entre 62 e 41%, ocorrendo os mais altos índices no período 1946 a 1955. Chama atenção o padrão semelhante de distribuição das formas tuberculóides e formas indeterminadas. As formas tuberculóides aumentaram de 17% em 1946 a 32% em 1988. A partir de 1988 retoma o padrão da década de 70 onde o percentual nunca ultrapassa a faixa de 27%. A distribuição das formas indeterminadas, nesses 48 anos, apresentou uma variação de 19% a 31%.

Os altos coeficientes de casos multibacilares (virchowianos e dimorfos) podem resultar de detecção de casos antigos acumulados, geralmente correspondentes às pessoas de idade mais elevada (OMS, 1960). Esta detecção poderia ter ocorrido após a intensificação das atividades de busca e divulgação do conhecimento da hanseníase.

O aumento dos coeficientes de detecção da forma indeterminada, a partir de 1979, poderia também reforçar a hipótese da intensificação das atividades de busca.

Percentual de pacientes em abandono do tratamento

Constitui-se atualmente, como informação relevante para diversos aspectos operacionais do programa, o indicador operacional percentual de pacientes em abandono do tratamento. É importante salientar que esse indicador apresenta **o número acumulado de pacientes** que não comparecem a unidade de saúde para receberem seu tratamento, a partir de 1 até 10 anos para os casos multibacilares e de 5 anos para os paucibacilares.

Como relatado anteriormente, em relação às informações referentes aos pacientes atendidos no ano, a disponibilidade de dados não é contínua em relação à coleta, ao processamento e sua análise, tanto a nível estadual como a nível central. Apresentam-se duas séries. 1959 a 1975 e 1981 a 1994, com ausência de dados para o ano de 1991 e 1992. Na primeira série, de 1959 a 1975, ou seja, período de monoterapia sulfônica, entre os casos do registro ativo em tratamento, 20 a 33 % estavam em abandono do tratamento (figura 12)

Para o período 1981 a 1990, parte com o regime DNDS e outra já com MDT-OMS implantado na rotina, verificam-se os altos percentuais de abandono do tratamento, que chegam a mais de 60% do total de casos do registro ativo (figura 13).

Em 1993 e 1994, o índice de abandono foi de 43% para todos os tipos de esquemas terapêuticos (MS, 1994b; MS, 1995a).

Os altos índices de abandono (pacientes não atendidos) observados no Brasil, apontam, para a necessidade de reforçar o fluxo de informação entre o nível local e o nível central e a

atividade de seguimento dos casos. Reforçam também a necessidade de redimensionar o conceito de casos prevalentes.

Figura 12

**DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM ABANDONO DO
TRATAMENTO, BRASIL, 1959-1975**

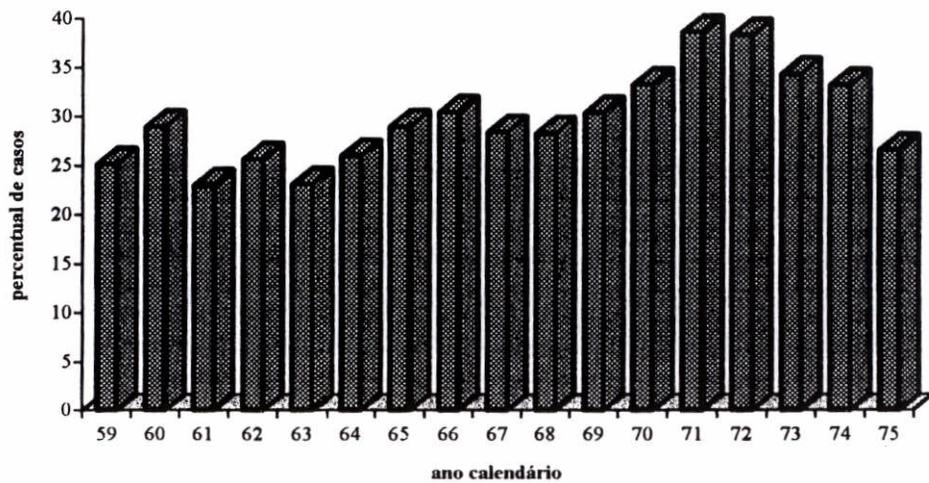
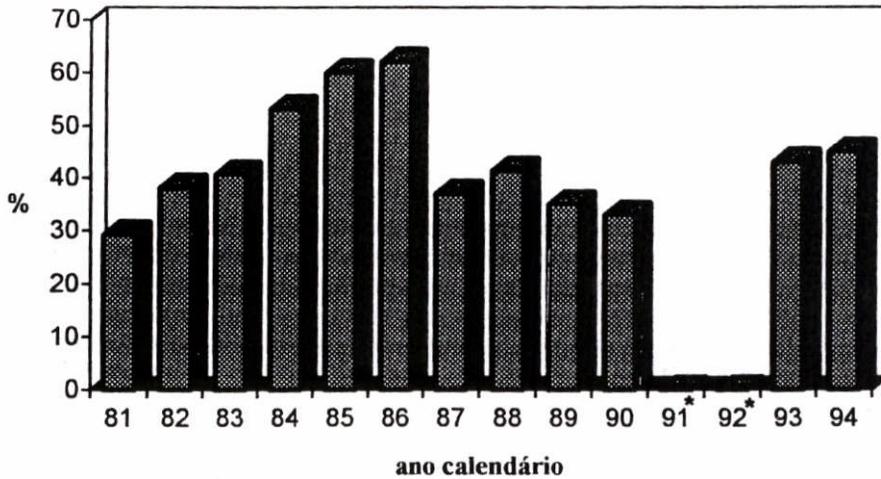


Figura 13

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM ABANDONO DO TRATAMENTO, BRASIL, 1981-1994



* 1991, 1992 dados não disponíveis

A demora dos dados referentes a data do Último exame em chegar até o nível central pode, de certa forma, mascarar a magnitude do problema expresso pelos pacientes não atendidos. Assim como na notificação, em que os casos diagnosticados no ano, em virtude das falhas no fluxo da informação, não chegam ao nível central a tempo, as informações do acompanhamento dos casos também chegam muito atrasadas.

O indicador percentual de pacientes em abandono do tratamento é, portanto, um marcador da falência das ações de vigilância epidemiológica do Programa de Hanseníase, não só em relação aos casos, como para diagnóstico precoce dos contatos, uma das maiores fontes de casos novos.

Além disso, fica prejudicada a ação eficaz do tratamento, quando os casos são bacilíferos, para o grupo de pacientes que abandonam o tratamento, promovendo a interrupção da cadeia epidemiológica, assim como a própria prevenção de uma possível incapacidade física.

Percentual de pacientes em abandono do tratamento nas coortes de multibacilares e paucibacilares

Em relação ao abandono do tratamento segundo as coortes de multibacilares diagnosticadas em 1991, o percentual de abandonos para esse grupo não ultrapassou 20% e para os paucibacilares 18%. A análise de coorte permite então, mostrar um índice mais real dos abandonos recentes quando comparados com a análise dos abandonos acumulados na prevalência de período.

Alta estatística

A alta estatística é outro indicador que precisaria ser ajustado: dez anos de abandono do tratamento é um período de tempo excessivo. Como as atividades de controle da hanseníase visam essencialmente tratar e curar os pacientes, ou seja, efetuar ações de intervenção na cadeia epidemiológica e proteção da comunidade, a aplicação de estratégias de prevenção do abandono, voltadas para a educação em saúde, e de busca ativa de pacientes irregulares e sem controle, deve ser estimulada (Claro, 1993).

Considerações Finais

A utilização de dados de serviços de saúde para realização de estudos epidemiológicos vem sendo estimulada como uma atividade sistemática e permanente para avaliar e reorientar decisões. Para isto, torna-se evidente a necessidade de desenvolver métodos e procedimentos adequados que permitam minimizar as limitações quanto ao tipo, quantidade e qualidade das informações coletadas nos serviços. A qualidade dos dados para a construção dos indicadores de coeficiente de incidência e de prevalência é ainda uma limitação no avanço dos estudos epidemiológicos da hanseníase.

Na prática, não dispomos de dados referentes as características dos casos novos detectados por sexo, idade e formas clínicas, que constituem informações importantes para a análise de tendência da endemia.

O indicador razão da prevalência/incidência para o tratamento com dose fixa pode ser um indicador auxiliar para o monitoramento da atividade seguimento dos casos, considerando que a detecção-duração do tratamento indicaria a real prevalência de casos de hanseníase que ainda necessitam de tratamento quimioterápico. A prevalência seria, então, no máximo, duas vezes o número de casos multibacilares (MB), já que o tratamento poliquimioterapia tem uma duração máxima de 3 anos para os multibacilares e de 1 ano para os paucibacilares (PB).

Três indicadores poderiam servir de marcadores para o monitoramento do acompanhamento do tratamento:

- a) a razão de casos prevalentes/casos novos diagnosticados;
- b) o percentual de altas por cura por regime terapêutico (coortes);
- c) o percentual de pacientes recuperados segundo o regime terapêutico que abandonaram o tratamento.

A definição e padronização destas informações, imprescindíveis para o sistema de aumentarão a capacidade de interpretação e a sistematização do uso dos indicadores como prática rotineira e permanente para avaliar e reorientar decisões para o controle da endemia no Brasil.

A vigilância epidemiológica deve constituir-se em uma função básica dos serviços, ao nível local, regional e nacional. A consolidação dos dados não deve ser um fim por si mesmo e, sim, ser sempre acompanhada da interpretação e explicação dos fatos. Aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica da hanseníase significa aumentar a capacidade de detecção precoce dos casos e de manutenção dos pacientes em tratamento até a cura.

Do mesmo modo, não é usual o registro da data de aparecimento dos primeiros sintomas de modo que seja possível calcular a demora na detecção dos casos e analisar a sua variação ao longo dos anos, a semelhança do que vem sendo realizado em outros países (Irgens, 1982) e em situações isoladas no Brasil (Albuquerque, 1989; Andrade, 1990).

É também papel da epidemiologia auxiliar os serviços de saúde da forma como aproveitar e interpretar as informações produzidas pelos indicadores epidemiológicos e operacionais por meio do esclarecimento das prováveis origens de seus problemas no domínio da terminologia, na qualidade dos dados coletados e em sua análise, de forma que o programa de controle, de posse dessas informações, possa empregar os meios mais adequados para efetuar as intervenções necessárias.