

PERFIL DOS CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS NA 14ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ APÓS DESCENTRALIZAÇÃO DO PROGRAMA PARA O NÍVEL MUNICIPAL

Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho*
Thaís Aidar de Freitas Mathias**
Patrícia Barbosa Lincoln***

RESUMO

O estudo, de caráter descritivo, envolveu 61 casos de hanseníase notificados no Programa de Controle da Hanseníase na 14ª Regional de Saúde do Paraná, e teve como objetivo descrever as características clínicas e operacionais e a distribuição segundo gênero e grau de alfabetização dos casos notificados no ano de 2002. As informações foram buscadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação durante o mês de maio de 2004. Para análise da realidade utilizaram-se as variáveis sexo, escolaridade, modo de entrada dos casos, classificação operacional, forma clínica, avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico, exame de contatos, baciloscopia, percentual e coeficiente de detecção de casos diagnosticados por município e evolução clínica. Observou-se a predominância de analfabetos entre as mulheres (37,5%), e a maioria dos casos foi classificada como multibacilar; entretanto o percentual de pessoas com incapacidades físicas foi de 14,7%. Houve ainda falhas na classificação das variáveis e baixa frequência de realização do exame clínico dos contatos (45,9%), e o percentual de cura entre os casos novos diagnosticados foi muito pequeno (18,0%). Conclui-se que os municípios precisam empregar esforços para realizar o diagnóstico, classificação, tratamento e acompanhamento dos casos conforme recomendação do Ministério da Saúde, considerando-se que a descentralização do programa ocorreu recentemente.

Palavras-chave: Hanseníase. Epidemiologia. Descentralização.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, e encontra como ambiente favorável à sua propagação o baixo nível de vida da população⁽¹⁾. São considerados de alta prevalência os países que apresentam mais de cinco casos a cada 10.000 habitantes⁽²⁾. Essa doença é um importante problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo, persistindo como endemia em 15 países ao final do ano 2000, com prevalência de 4,6 casos por 10.000 habitantes no Brasil. Sabe-se também que 94% dos casos novos conhecidos nas Américas são notificados pelo Brasil⁽³⁻⁴⁾.

A hanseníase é uma doença endêmica em países subdesenvolvidos, correlacionada com as condições socioeconômicas e principalmente com a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde.

Historicamente, a hanseníase é considerada

pela sociedade com preconceito e estigma, caracterizando-se como uma doença cercada por misticismo, o que muitas vezes leva o doente ao isolamento, dificultando o tratamento adequado. No intuito de desmistificar, diagnosticar e tratar a doença, o Ministério da Saúde definiu como estratégia o controle da hanseníase na atenção básica, prevendo essa atividade na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), e desse modo o diagnóstico e o tratamento da hanseníase passaram a ser responsabilidades fundamentais da estratégia da Saúde da Família, passo integrante da descentralização do tratamento⁽⁵⁾.

A distribuição do número de casos da doença apresenta-se de forma heterogênea entre as áreas geográficas, sendo necessário que se conheça a situação epidemiológica local para a definição de ações prioritárias conforme cada situação⁽⁶⁾.

No Paraná, a prevalência da hanseníase em 1994 foi de 15 casos por 10.000 habitantes,

*Enfermeiro. Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus de Foz do Iguaçu-PR. E-mail: reisobrinho@unioeste.br

**Enfermeira. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR. E-mail: tafmathias@uem.br

***Enfermeira. Setor de Clínica Médica do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu-PR. E-mail: titalincoln@yahoo.com.br

número que declinou sensivelmente, atingindo em 2004 a prevalência de 2,7 casos para cada 10.000 habitantes. Por outro lado, na Regional de Saúde de Paranaíba o coeficiente de prevalência no ano de 2004 foi de 6,5 casos para cada 10.000 habitantes⁽⁷⁾.

A Secretaria de Saúde do Paraná ratificou com o Ministério de Saúde o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, tendo como meta de eliminação o coeficiente máximo de prevalência de 1 caso para cada 10.000 habitantes. Para atingir essa meta foram necessárias a adoção de ações específicas e a definição de regiões prioritárias no Estado. A partir de um estudo de tendência, as regiões de Guarapuava, Ponta Grossa, União da Vitória, Cianorte, Apucarana, Campo Mourão e Paranaíba foram definidas como prioritárias. Para acelerar as medidas de eliminação da doença foram intensificadas as atividades de supervisão, treinamento, aquisição de materiais e divulgação de sinais e sintomas como forma de esclarecimento à comunidade⁽⁷⁾.

Por ser tema de interesse público e pela necessidade de atingir a meta de eliminação da doença proposta ao Brasil pela *World Health Organization*⁽²⁾, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná vem estimulando ações gerais e complementares⁽⁷⁾, tais como:

- aumentar o número de equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família capacitados para atuar nas ações de controle da hanseníase;
- curar 85% dos casos novos de hanseníase;
- garantir a manutenção da disponibilidade dos medicamentos específicos e antígenos;
- implantar em todos os municípios do Estado a poliquimioterapia/OMS multibacilar 12 doses, conforme a Portaria 816/MS de 26/07/2000;
- implementar as ações de vigilância epidemiológica nas Regionais de Saúde e estimular a sua organização nos municípios;
- melhorar o acesso à informação sobre a hanseníase através de discussões junto aos Conselhos Municipais de Saúde, com produção de materiais educativos e campanhas;

- articular-se e elaborar convênios com a ONG Netherland Leprosy Relief e o Ministério da Saúde;
- supervisionar as equipes regionais e municipais;
- capacitar as equipes de atenção básica para detecção precoce, diagnóstico e tratamento da hanseníase;
- implementar o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) em todos os municípios do Estado;
- baixar os índices de abandono de tratamento da hanseníase no Estado;
- garantir que as ações de controle, ou seja, diagnóstico e tratamento, prevenção, sejam ampliadas para 100% dos municípios do Estado, que atualmente é de 90%.

Para ter êxito nessa empreitada, foi empregado como fator decisivo na estratégia de eliminação da hanseníase no Paraná a descentralização dos programas de saúde para as esferas locais de governo, os municípios. Aos países que ainda não atingiram a meta de eliminação a OMS recomenda a descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades para o nível municipal⁽⁸⁾. Ademais, a cobertura dos serviços de saúde que realizam o diagnóstico e tratamento da hanseníase é pequena, muitas vezes concentrados nos centros urbanos, e para a eliminação da doença os recursos diagnósticos e terapêuticos devem estar os mais próximos possíveis dos usuários⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nesse contexto, é mister considerar o resultado da experiência de descentralização no controle da doença segundo os contextos institucionais e materiais em que esta foi produzida, a fim de identificar a distribuição dos casos de hanseníase entre os municípios da 14ª Regional de Saúde do Paraná e inferir sobre a estratégia adotada.

Neste sentido, o presente estudo pretende descrever as características clínicas e operacionais do processo e a distribuição de acordo com sexo e grau de alfabetização dos indivíduos atingidos pela hanseníase notificados pelos municípios da 14ª Regional de Saúde do Paraná, levando em conta que os dados desta pesquisa foram produzidos pelos municípios no

primeiro ano de municipalização do Programa de Controle da Hanseníase.

Para tal objetivo, os dados serão analisados em consonância com as variáveis contidas na ficha de notificação da hanseníase, as quais poderão apontar a real situação da doença na região. A realização do presente estudo se justifica pela necessidade de conhecer o perfil das pessoas atingidas pela hanseníase e notificadas durante o ano de 2002, ano em que o Programa de Controle da Hanseníase passou à responsabilidade dos municípios.

MATERIAL E MÉTODO

Efetou-se um estudo descritivo com 61 casos de hanseníase notificados no período de 1º janeiro a 31 de dezembro de 2002 pelos municípios da 14ª Regional de Saúde de Paranavaí, cuja população total, de acordo com Censo Demográfico de 2000 (IBGE)⁽¹¹⁾, é de 250.131 habitantes. A sede é localizada na cidade de Paranavaí, no Noroeste do Paraná, distante aproximadamente 540km da capital do Estado, a qual conta 76.740 habitantes, tem como principais atividades econômicas a avicultura, mandiocultura e a citricultura e se constitui como pólo regional econômico e de saúde.

Foram utilizadas as variáveis sexo, escolaridade, modo de entrada dos casos, classificação operacional, forma clínica, avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico, exame de contatos, baciloscopia, número de casos diagnosticados por município e evolução clínica.

As informações foram obtidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Regional de Saúde de Paranavaí e transportadas para uma planilha de cálculos e analisadas no *software* Estatística – Windows 7.0. Os dados foram avaliados a partir de critérios epidemiológicos, clínicos e conforme as normas da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde⁽⁴⁾.

A escolha do ano de 2002 para a realização deste estudo justifica-se pelo fato de ter sido este o primeiro ano de municipalização do Programa de Controle da Hanseníase. Ressalta-se que as equipes de Saúde da Família de cada município receberam, antes da descentralização, uma

capacitação promovida pela 14ª Regional de Saúde do Paraná para atuar no controle da hanseníase.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contidas na Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Parecer n.º 390/2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 61 pessoas notificadas no Programa de Controle da Hanseníase, 73,7% são do sexo masculino, o que configura maior incidência entre os homens, já evidenciada em outros estudos^(1,6). Nesta investigação foi encontrado alto percentual de pessoas analfabetas, situação mais prevalente entre as mulheres (Tabela 1), o que reforça a idéia de que a doença acomete mais as pessoas de baixo nível escolar⁽³⁾, fato que pode diminuir a oportunidade de acesso às informações relativas à saúde-doença.

Tabela 1. Distribuição de casos notificados no Programa de Controle da Hanseníase segundo sexo e grau de alfabetização, 14ª RS, Maringá-PR, 2002.

Sexo	Analfabeto		Alfabetizado		Ignorado/Branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	6	37,59	9	56,3	1	6,2	16	100,0
Masculino	12	26,6	31	69,0	2	4,4	45	100,0

Quanto à condição de entrada dos pacientes no programa, 81,9% se constituíram de casos novos, 6,5% de recidivas, 3,2% foram transferidos de outros municípios do Paraná e 6,5% permaneceram com essa variável em branco ou ignorada no sistema de informação.

Ao considerar a classificação operacional dos casos notificados, observou-se que 9,8% foram classificados na categoria de paucibacilar (PB) 85,3% na de multibacilar - MB e 4,9% ficaram com a informação em branco ou ignorada (Tabela 2).

Em relação à forma clínica, a maioria dos casos foi diagnosticada como dimorfa e virchowiana (68,7%) e 3,5% permaneceram em branco/ignorados. As formas clínicas indeterminada e tuberculóide⁽⁴⁾ configuram os casos PB, e a dimorfa, e virchowiana, os casos MB (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de casos notificados no Programa de Controle da Hanseníase conforme classificação operacional e forma clínica, 14^a RS, Maringá-PR, 2002.

Classificação Operacional	N	%	Forma Clínica	N	%
Paucibacilar	6	9,8	Indeterminada e tuberculóide	17	27,8
Multibacilar	52	85,3	Dimorfa e virchowiana	42	68,7
Sem informação	3	4,9	Sem informação	2	3,5
TOTAL	61	100,0		61	100,0

Verificou-se um maior número de casos MB, o que corrobora outros estudos⁽¹²⁾, e segundo a literatura, revela diagnóstico tardio^(6, 13).

Um caso de hanseníase é classificado como PB quando um indivíduo apresentar um ou mais dos critérios listados a seguir: baciloscopia negativa, até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido, ou quando sua forma clínica for indeterminada ou tuberculóide. São casos MB aqueles com baciloscopia positiva, e/ou com mais de cinco lesões de pele, e/ou com mais de um tronco nervoso acometido, ou cuja forma clínica tenha sido classificada como dimorfa ou virchowiana. O tempo de tratamento de um caso PB é de seis meses e o de MB, de doze meses⁽⁴⁾.

Ao comparar-se a classificação da forma clínica com a classificação operacional, encontrou-se uma disparidade significativa entre as classificações (Tabela 2). A divisão dos casos em PB e MB norteia o tipo e a duração do tratamento e também orienta o profissional de saúde na prestação da assistência. Dessa forma, a inclusão errônea do indivíduo no grupo PB ou no MB pode levá-lo a ser tratado com esquema medicamentoso não específico à sua necessidade.

A predominância de casos MB (85,2% dos registros) é similar aos resultados encontrados em um trabalho realizado em São Carlos (SP)⁽¹⁴⁾, porém difere dos resultados encontrados no Mato Grosso⁽¹⁾ e em estudo realizado pelo Ministério da Saúde no Brasil⁽¹⁵⁾, entre os quais prevaleceram as formas PB. A presença de formas MB, além de representar diagnóstico tardio, indica polarização para formas que apresentam maior potencial incapacitante. Apesar de ser grande o percentual de casos MB, assim como no Estado do Paraná⁽¹⁶⁾, neste estudo

foram encontrados 70,5% de pessoas com grau 0 (zero) de incapacidade física, percentual que, não obstante, difere acentuadamente do encontrado entre pessoas atingidas pela hanseníase no Noroeste do Paraná⁽¹⁷⁾, embora tenha sido significativo o percentual de casos sem informação no banco de dados para a variável grau de incapacidade física (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de casos notificados no Programa de Controle da Hanseníase de acordo com classificação do grau de incapacidade física no início do tratamento, 14^a RS, Maringá-PR, 2002.

Grau de incapacidade	N	%
0	43	70,5
I	4	6,5
II	5	8,2
Ignorado/branco	9	14,8
TOTAL	61	100,0

A avaliação do grau de incapacidade física foi realizada em 85,2% dos casos no início do tratamento, valor superior aos encontrados em Buriticupu, MA⁽¹³⁾ e no Noroeste do Paraná⁽¹⁷⁾ onde menos de 75% dos casos novos foram avaliados e destes 14,5% apresentaram algum tipo de incapacidade física, sendo classificados em graus I e II. Na Regional de Saúde de Paranaíba foram encontrados valores semelhantes, 14,8% dos casos com incapacidades, todos eles classificados como MB, diferentemente dos resultados encontrados no município de Buriticupu (MA)⁽¹³⁾, para os quais as formas PB e MB apresentam resultados semelhantes enquanto causadores de deformidades.

Ao se comparar o percentual de 14,7% referente aos portadores de deformidades (graus I e II) encontrados nesta pesquisa com o resultado (7,0%) de um estudo com casos novos de hanseníase realizado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾ no Brasil, nota-se que o percentual da Regional de Saúde de Paranaíba é aproximadamente duas vezes maior (Tabela 3). Isso leva a considerar que, possivelmente, nessa região os pacientes tenham procurado os serviços de saúde tardiamente, por dificuldade de acesso ao serviço ou desconhecimento dos sinais e sintomas da doença, concorrendo para o diagnóstico tardio e propiciando, ademais, a instalação de deformidades físicas⁽¹⁷⁾.

O exame clínico dos contatos (indivíduo que mora no mesmo domicílio do paciente com hanseníase ou residiu com ele nos últimos cinco anos) foi realizado em 24,5% dos casos que foram notificados em um estudo no Maranhão⁽¹³⁾, já nesta pesquisa foram avaliados 45,9% dos contatos, percentual que, não obstante, ainda é inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Os outros casos não foram submetidos ao exame clínico ou não tinham contatos, provavelmente porque o serviço de saúde deixou de realizar a avaliação ou foram registrados como não tendo comunicante, pois o campo no sistema de informação para esse registro é o mesmo para as duas situações, deixando ambígua a interpretação da informação.

No que tange ao resultado da baciloscopia, foram encontrados 68% de casos com classificação clínica dimorfa (MB) e com baciloscopia negativa (Figura 1).

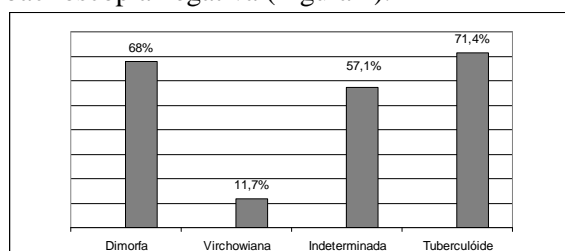


Figura 1. Percentual de casos notificados no Programa de Controle da Hanseníase com baciloscopia negativa segundo forma clínica, 14ª RS, Maringá-PR, 2002.

Nas formas clínicas indeterminada e tuberculóide são comuns casos com baciloscopia negativa, porém nesta pesquisa foi encontrado alto percentual de casos nas formas clínica dimorfa e virchowiana com baciloscopia negativa (mesmo considerando-se que entre os casos dimorfos existe período em que não se encontra bacilo em amostra de linfa). Essa frequência de baciloscopia negativa não é corriqueira, porque são casos MB, caracterizados pela sua alta carga bacilar, e também considerados como formas relevantes na transmissão da hanseníase, tendo-se atualmente o período de tratamento de 12 meses, enquanto no passado durava toda a vida⁽¹⁸⁾.

Os 61 casos novos notificados foram oriundos de 18 municípios; os demais municípios (10) da 14ª Regional da Saúde do

Paraná permaneceram em silêncio epidemiológico.

Os que apresentaram maior detecção foram Paranavaí, Querência do Norte e Loanda, segundo o percentual do total dos casos notificados. Quando se consideram os casos novos por 10.000 habitantes, o município de Inajá possui o maior coeficiente de detecção, seguido dos municípios de Porto Rico e São Pedro do Paraná (Tabela 5).

Tabela 5. Número, percentual e coeficiente de detecção de casos notificados no Programa de Controle da Hanseníase de acordo com o município da residência, 14ª RS-PR, 2002

Cidade	N	%	Detecção 10.000 hab.
Alto Paraná	2	3,2	1,5
Diamante do Norte	2	3,2	3,4
Inajá	4	6,5	13,4
Loanda	6	9,8	3,0
Marilena	4	6,5	5,9
Nova Londrina	2	3,2	1,5
Paraíso do Norte	5	8,2	5,0
Paranavaí	17	27,8	2,2
Porto Rico	2	3,2	8,2
Querência do Norte	8	13,1	6,8
Santa Mônica	1	1,6	3,1
São Carlos do Ivaí	1	1,6	1,6
São João do Caiuá	1	1,6	1,6
São Pedro do Paraná	2	3,2	7,6
Santa Cruz de M. Cast	1	1,6	1,2
Santo Antônio do Caiuá	1	1,6	3,5
Tamboara	1	1,6	2,3
Terra Rica	1	1,6	0,7
TOTAL	61	100	-

Os parâmetros de endemicidade para o coeficiente de detecção da hanseníase por 10.000 habitantes recomendados pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁾ são assim classificados: graus < 0,20, baixos; 0,20 | 1, médios, 1 | 2, altos; 2 | 4, muito altos; ≥ 4, hiperendêmicos. A 14ª Regional de Saúde do Paraná apresentou um município com parâmetro médio, 5 com parâmetro alto, 6 com muito alto e 6 municípios com parâmetro hiperendêmico.

Os coeficientes de detecção são indicadores de transmissibilidade da hanseníase e devem ser observados com critério, já que o baixo coeficiente de detecção pode ser, na verdade, falta de busca ativa, possibilitando falsa indicação de ausência da doença. Por outro lado, as localidades com elevados coeficientes de detecção precisam garantir a continuidade do

tratamento dos casos diagnosticados e realizar a avaliação dos contatos domiciliares⁽¹⁶⁾.

No estudo realizado em Buriticupu (MA)⁽¹³⁾, encontrou-se o percentual de 58,4% de cura entre os casos novos notificados. Na 14ª Regional de Saúde do Paraná esse percentual foi de apenas 18,1%, e no Brasil⁽¹⁵⁾ foi de 66,0%, valores inferiores aos 75% considerados aceitáveis pelo Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾. Desse modo, é preocupante a presença de 81,9% dos casos novos sem informação quanto à evolução clínica (cura, óbito, transferência ou abandono) no sistema de informação no momento da busca dos dados realizada em maio de 2004, o que compromete comparações com outros estudos realizados, além de demonstrar limitação na alimentação desse sistema de informação e desconfiança quanto à qualidade das informações.

CONCLUSÃO

Conclui-se, por meio do estudo do perfil dos inscritos no Programa de Controle da Hanseníase no primeiro ano da municipalização das ações de assistência à hanseníase na Regional de Saúde de Paranaíba, que algumas variáveis - como modo de entrada dos casos e avaliação de incapacidades físicas - obtiveram resultados positivos quando comparados aos de outros estudos e aos parâmetros do Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária - DNDS. Entretanto, foram detectadas falhas na classificação das formas clínicas, na classificação operacional, na realização do exame clínico dos contatos e no resultado da baciloscopia, além da presença de municípios que permaneceram em silêncio epidemiológico, da falta de registro de informações sobre a evolução dos casos (tipo de cura) e de informações ignoradas e em branco.

Os municípios tiveram capacidade para realizar o diagnóstico e o tratamento da

hanseníase, no entanto as falhas no registro das informações prejudicaram a interpretação real da situação e a falta de registro dos dados sugere desconfiança quanto à qualidade da assistência. Essa evidência é clara no registro da evolução dos casos, uma vez que apenas 18,3% constavam como curados, enquanto o restante não tinha informação no sistema de informação.

Fica reconhecido que o Programa de Controle da Hanseníase na 14ª Regional de Saúde de Paraná, observado pelas variáveis estudadas no ano de 2002, necessita ser implementado diante da meta de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública; contudo cabe salientar também que o ano escolhido para o estudo foi o primeiro em que a assistência à hanseníase foi realizada pelos municípios.

A condição essencial para atingir a meta de eliminação da hanseníase é a inserção integral do tratamento nos serviços de atenção primária, o que na prática ocorre mediante a estratégia de descentralização. Para fazer frente a esse desafio é preciso o empenho das três esferas de governo (federal, a estadual e a municipal), especialmente ao gestor municipal, o qual, por estar mais próximo do usuário, deve oferecer a garantia de acesso às informações pertinentes à prevenção, diagnóstico, tratamento integral e reabilitação a todos os pacientes e em todas as unidades de saúde. Na prática da atenção básica, atualmente é possível, com a descentralização do poder decisório, avançar na disseminação do conhecimento, mediante o aumento do número de profissionais conscientes do problema e do caráter público da hanseníase.

Investigações futuras dirigidas ao nível municipal podem identificar as fragilidades e medir o impacto das atividades e procedimentos do Programa de Controle da Hanseníase, permitindo que ocorra a efetiva descentralização das responsabilidades segundo as diferentes necessidades e realidades.

CHARACTERIZATION OF CASES OF HANSEN'S DISEASE REPORTED TO THE 14TH HEALTH DISTRICT OF PARANÁ AFTER A PROGRAM DECENTRALIZATION

ABSTRACT

This was a descriptive study involving 61 cases of Hansen's disease notified in the Program of Control of Hansen's disease in the 14th Regional of Health of Paraná. The purpose was to describe the clinical and operational characteristics and the distribution of the cases notified in 2002 according to gender and degree of literacy. Data was obtained from the National Surveillance Diseases System - SINAN during the month of May of 2004. For analysis of the reality the variables used were: gender, education, way the cases were admitted,

operational classification, clinical form, evaluation of physical incapacities in the diagnosis, exam of contacts, bacilloscopy, percentile and coefficient of detection of cases diagnosed by municipal district, and clinical evolution. The predominance of illiteracy was observed among the women (37.5%), and the majority of cases were classified as multibacillary; however the percentile of people with physical incapacities was of 14.7%. There were errors in the classification of the variables, low frequency of clinical exams of the contacts (45.9%), and the percentile of cure among the diagnosed new cases was very low (18.0%). It was concluded that the municipal districts need to make efforts on the accomplishment of diagnosis, classification, treatment and attendance of the cases according to the recommendations of Ministry of Health, being considered that the decentralization of the program occurred recently.

Key words: Leprosy. Epidemiology. Decentralization.

PERFIL DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE HANSEN NOTIFICADOS EN LA 14ª REGIONAL DE SALUD DE PARANÁ DESPUÉS DE DESCENTRALIZACIÓN DEL PROGRAMA PARA EL NIVEL MUNICIPAL

RESUMEN

El estudio, de carácter descriptivo, envolvió 61 casos de enfermedad de Hansen notificados en el Programa de Control de la enfermedad de Hansen en la 14ª Regional de Salud de Paraná, y tuvo como objetivo describir las características clínicas y operacionales y la distribución según el género y grado de alfabetización de los casos notificados en el año de 2002. Las informaciones fueron buscadas en el Sistema de Información de Agravios de Notificación durante el mes de mayo de 2004. Para análisis da realidade se utilizaron las variables sexo, escolaridad, modo de entrada de los casos, clasificación operacional, forma clínica, evaluación de incapacidades físicas en el diagnóstico, examen de contactos, baciloscopia, porcentual y coeficiente de detección de casos diagnosticados por municipio y evolución clínica. Se observó la predominancia de analfabetos entre las mujeres (37,5%), y la mayoría de los casos fue clasificada como multibacilar; sin embargo el porcentual de personas con incapacidades físicas fue de 14,7%. Hubo aun fallas en la clasificación de las variables y baja frecuencia de realización del examen clínico de los contactos (45,9%), y el porcentual de cura entre los casos nuevos diagnosticados fue muy pequeño (18,0%). Se concluye que los municipios necesitan emplear esfuerzos para realizar el diagnóstico, clasificación, tratamiento y acompañamiento de los casos conforme recomendación del Ministerio de la Salud, considerándose que la descentralización del programa ocurrió recientemente.

Palabras clave: Lepra. Epidemiología. Descentralización.

REFERÊNCIAS

1. Munhoz Junior S, Fontes CJF, Meirelles SMP. Avaliação do programa de hanseníase em municípios Mato-grossenses. *Rev Saúde Pública* 1997 jun; 31(3): 282-7.
2. WHO (World Health Organization). Guia para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública. Geneva: WHO/LEP, 2000.
3. Araújo GM. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003 mai-jun; (36): 373-82.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Secretaria Políticas de Saúde. Hanseníase atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, DF, 2001.
5. Brasil. Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - Sus 01/2001. *Diário Oficial [da Republica Federativa do Brasil]* 10 jan 2001; Seção I, p. 641.
6. Silva Sobrinho RA. Perfil epidemiológico da hanseníase no Estado do Paraná em período de eliminação. 2007. [Dissertação de Mestrado]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2007.
7. Paraná. Secretaria de Estado de Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. Estratégias de eliminação da hanseníase no estado do Paraná. [Acessado em 10 de Mar. 2007] Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>
8. Sansarricq H. Leprosy elimination – urgent action required. *International Journal of Leprosy* 1998 jun; (67): 60-3.
9. Andrade VLG. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. *Bol Pneumol Sanit* 2000 jun; (8): 47-51.
10. Souza WV, Barcellos CC, Brito AM, Carvalho MS, Cruz OG, Albuquerque MF et al. Aplicação do modelo bayesiano empírico na análise espacial da ocorrência de hanseníase. *Rev Saúde Pública* 2001 mar-abr; (35): 474-80.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Senso demográfico. [Acessado em 10 Mar. 2007] disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
12. Silva Sobrinho RA, Gomes EA, Mathias TAF. Hanseníase: a importância da integração entre ensino e serviço. In: *Anais do I Congresso Internacional de Saúde do Centro de Ciências da Saúde - UEM, 2005; out 5-8; Maringá, Brasil. Maringá:CCS, 2005.*
13. Aquino CMD, Santos SJ, Costa LMJ. Avaliação de programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003 jan-fev; (19): 119-125.

14. Zambon DV, Kaneko AK, Pedrazzani SE. Avaliação Epidemiológica e Operacional do Programa de Controle da Hanseníase na Região de São Carlos - SP no período de 1983 a 1988. Rev Bras Enferm 1990 jan-fev; (43): 88-95.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Informações epidemiológicas e operacionais. Brasília; 1999.
16. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2008 fev; 24(2): 303-14.
17. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2007 nov-dez; 15(6): 1125-30.
18. Junqueira TB, Oliveira HP. Lepra/hanseníase-passado-presente. Ciência Cuidad Saúde 2002 jul-dez; 1(2):263-6.

Endereço para correspondência: Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300. Loteamento Universitário, CEP 85870-650, Foz do Iguaçu - PR. E-mail: reisobrinho@unioeste.br

Data de recebimento: 16/11/2007

Data de aprovação: 15/09/2008