



ENDEMIAS HANSÊNICA EM MENORES DE 15 ANOS E A AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO EM JUAZEIRO, BAHIA: ESTUDO DE SÉRIES TEMPORAIS

Thais Silva Matos⁽¹⁾, Lílian Ramine Ramos de Souza Matos⁽²⁾, Naiara Kássia Macêdo da Silva Bezerra⁽³⁾, Pollianna Tavares de Barros⁽⁴⁾, Carlos Dornels Freire de Souza⁽⁵⁾

¹ Mestranda em Ciências Biológicas e da Saúde- Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF.
E-mail: thaysjua@hotmail.com

² Mestranda em Ciência Biológicas e da Saúde- Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF.
E-mail: lilian.ramine@gmail.com

³ Mestranda em Ciência Biológicas e da Saúde- Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF.
E-mail: namasil@hotmail.com

⁴ Mestranda em Ciência Biológicas e da Saúde- Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF.
E-mail: polliannatavaresbarros@hotmail.com

⁵ Professor Assistente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas –UFAL, campus Arapiraca.
E-mail: carlos.freire@arapiraca.ufal.br

RESUMO: Introdução: A hanseníase é uma doença negligenciada de elevada magnitude no Brasil, que ocupa o posto de único país do mundo que ainda não conseguiu eliminar a doença como problema de saúde pública. É doença infecciosa crônica que tem afinidade pela pele e nervos periféricos, com alto potencial incapacitante, sobretudo em populações mais vulneráveis, como é o caso dos menores de 15 anos. O município de Juazeiro, Bahia, é uma das 40 cidades prioritárias para intervenção no país. **Objetivo:** Analisar o comportamento temporal dos indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de Hanseníase no município de Juazeiro. **Métodos:** Estudo ecológico de séries temporais. Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase diagnosticados no município, entre os anos de 2003 e 2012. Foram calculados os indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Para análise de tendência foi aplicado o modelo de regressão linear. As tendências foram classificadas em estacionária, crescente e decrescente. **Resultados:** A tendência estacionária foi identificada nos indicadores coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos e proporção de indivíduos com grau de incapacidade física avaliada. A tendência crescente foi observada nos indicadores de proporção de contatos examinados e proporção de recidivas. A tendência decrescente foi observada na proporção de abandono. Pode-se associar os bons resultados encontrados a ação efetiva das Unidades Básicas de Saúde, assim como expansão das equipes no município estudado. **Conclusão:** Os indicadores de magnitude demonstraram tendência estacionária, expondo que a doença ainda está longe de ser vencida. Os bons indicadores de avaliação da qualidade apresentados tendem a se manter ou a melhorar, evidenciando os esforços no enfrentamento ao problema.

Palavras-Chave: Hanseníase, Saúde pública, Criança.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a hanseníase mantém-se como um processo infeccioso de elevada magnitude e transcendência, sendo o país, o segundo do mundo em número absoluto de casos e o primeiro em coeficiente de detecção (BRASIL, 2012). Causada pelo *Mycobacterium leprae*, é uma doença infecciosa crônica que tem afinidade pela pele e nervos periféricos, com alto potencial incapacitante, sobretudo em populações mais vulneráveis, como é o caso dos



menores de 15 anos (BRASIL, 2012; WHO, 2005), nessa população, a hanseníase gera muito mais do que lesões físicas. O preconceito, a exclusão, a ampliação da vulnerabilidade e o estigma são elementos que não podem ser esquecidos (BRASIL, 2012; SHETTY; et al, 2013). A presença da doença em menores de 15 anos é também um dos mais importantes indicadores, uma vez que sinaliza para a manutenção da cadeia epidemiológica de transmissão (WHO, 2008; ORTIZ, et al, 2012).

A Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) do Ministério da Saúde vêm empreendendo esforços no sentido de atingir a meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública no Brasil.

O município de Juazeiro, estado da Bahia, é considerado um dos 253 municípios prioritários no Brasil, segundo o Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015 do Ministério da Saúde, através da Portaria 2.556, de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012). Em 2013, 40 municípios, dentre os quais está Juazeiro, Bahia, concentraram 24% de toda a carga da doença do Brasil, sendo considerados pela Portaria 3.097, de 16 de dezembro de 2013, como os mais prioritários, e contemplados com recursos federais para projetos de intervenção (BRASIL, 2013).

O combate à hanseníase enquanto problema de saúde pública deve incluir políticas que vão além de ações pontuais, devendo haver participação de todas as instâncias do sistema de saúde, conforme defendem Cunha, et al (2004). Nesse momento, entra em cena a atenção primária como porta de entrada dos pacientes nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Desse modo, este trabalho tem como objetivo descrever a endemia hanseníase em menores de 15 anos e cotejar indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família com indicadores epidemiológicos relacionados à hanseníase no município de Juazeiro, Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico exploratório com desenho de séries temporais, utilizando dados referentes aos casos de hanseníase em menores de 15 anos em Juazeiro, Bahia, diagnosticados entre os anos de 2003 e 2012.

Na análise de tendência foi realizada regressão linear, para os coeficientes de detecção na população geral e em menores de 15 anos, número de equipes de saúde da família, unidades de saúde notificantes, unidades de saúde que acompanharam pacientes no período estudado e proporção de cobertura da atenção primária. Para a distribuição espacial das



unidades de saúde da família foram coletadas coordenadas geográficas (latitude e longitude). Em seguida, um banco de dados foi criado e as unidades de saúde georreferenciadas. Utilizada a malha cartográfica disponibilizada pela secretaria de obras públicas do município, atualizada no ano de 2014.

Foram calculados ainda os indicadores de acompanhamento e avaliação da hanseníase, a partir de dados coletados no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis – SINAN. Os dados demográficos relativos à distribuição da população, necessários para o cálculo dos indicadores, foram obtidos através de consulta *online* a *home page* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

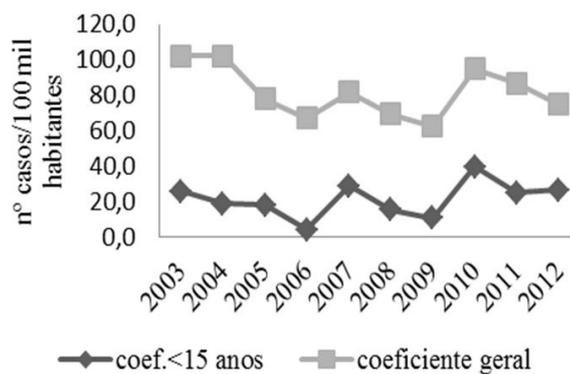
Por utilizar dados secundários, extraídos de sistemas de informação de domínio público, este trabalho dispensou a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presença da hanseníase em menores de 15 anos reflete não somente a magnitude e a tendência da doença, mas também a força de transmissão recente da endemia. Neste estudo, 7,8% dos casos notificados foram em indivíduos menores de 15 anos, sinalizando para a manutenção da cadeia de transmissão da endemia hanseníase no município. Na Índia, 9,7% dos casos foram encontrados em menores de 15 anos, segundo Shetty, et al (2013); e no Egito, a proporção foi de 9,7%, segundo El-Dawela, et al (2012).

Estudos brasileiros apresentam dados semelhantes aos encontrados neste trabalho. No vale do Jequitinhonha, a proporção de menores de 15 anos doente foi igual a 7,8% (LANA, et al; 2007). Considerando esse cenário, Aquino et al, (2003) e Gomes et al, (2005) reforçam a constatação de que em áreas endêmicas as crianças são expostas precocemente a alta carga bacilar.

Ainda no que concerne a presença da hanseníase na infância, não há tendência de alteração na sua magnitude. Conforme **figura 1**, não é observado declínio no coeficiente de detecção em menores de 15 anos, não havendo tendência significativa de mudança no comportamento temporal. Os valores encontrados classificam o município como hiperendêmico, o que enseja a adoção de políticas públicas para o controle da doença.



Parâmetros – Coef. Detecção Geral	Parâmetros – Coef. Detecção < 15
Hiperendêmico: $\geq 40/100$ mil hab.	Hiperendêmico: $\geq 10,00/100$ mil hab.
Muito alto: 20 a 39,99/100 mil hab.	Muito alto: 5,00 a 9,99/100 mil hab.
Alto: 10 a 19,99/100 mil hab.	Alto: 2,50 a 4,99/100 mil hab.
Médio: 2 a 9,99/100 mil hab.	Médio: 0,5 a 2,49/100 mil hab.
Baixo: $< 2/100$ mil hab.	Baixo: $< 0,5/100$ mil hab.

Figura 1. Série temporal dos coeficientes de detecção geral e em menores de 15 anos, Juazeiro, Bahia, entre 2003 e 2012.

A manutenção da carga da hanseníase em menores de 15 anos, sobretudo a partir do ano de 2010 tem relação com as políticas de enfrentamento à doença implantada no município. Nesse período, o projeto de busca ativa de hanseníase em escolares, financiado através do Programa de Educação para Saúde – PET/SAUDE, entre 2010 e 2012, permitiu identificar precocemente novos casos. Em 2013, o Plano Municipal de Enfrentamento à Hanseníase foi elaborado e implantado no município e metas de hanseníase foram incluídas no Plano Municipal de Saúde.

Resultados semelhantes são apresentados por Coelho Junior (2010) em estudo realizado em Jacundá, estado do Pará, onde a implantação das primeiras unidades de saúde da família permitiu o diagnóstico de casos de hanseníase, passando, o município, a ser considerado hiperendêmico para a doença em menores de 15 anos.

Se por um lado, a magnitude medida através do coeficiente detecção em menores de 15 anos sugere uma possível lacuna nos programas destinados à eliminação; por outro pode indicar maior capacidade dos serviços de saúde em identificar novos casos. Nesse âmbito, a elevação do número de equipes de saúde da família parece ter sua parcela de responsabilidade nesse processo, segundo colocam Pena et al, (2009) em estudo compreendendo todo o país, e Cunha (2012), em estudo realizado no Rio de Janeiro, onde a doença passou a ser hiperendêmica após a implantação de unidades de saúde da família.

A ampliação da rede de atenção primária e o aumento da cobertura, conforme **figura 2**, é também considerada uma oportunidade de melhoria na capacidade técnica em identificar

casos novos da doença (CUNHA, 2012; BRASIL, 2013). Se por um lado, essa ampliação eleva os coeficientes de detecção e prevalência da doença, por outro, rompe a cadeia epidemiológica de transmissão, cujos resultados serão observados nos anos subsequentes, talvez cinco ou dez anos depois.

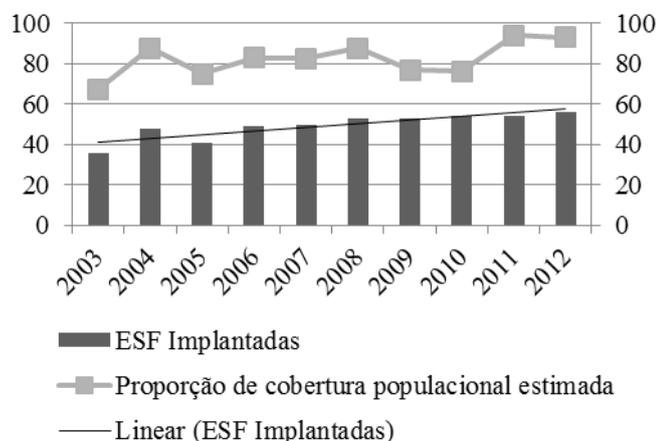


Figura 2. Série temporal do número de equipes de saúde da família implantadas e percentual de cobertura, Juazeiro, Bahia, entre 2003 e 2012.

O aumento da cobertura, embora demonstre impactar nos indicadores epidemiológicos da hanseníase, sobretudo na magnitude, precisa ser analisado com a devida atenção, pois por si só, conforme estudo de Atkinson e Haran (2004) não significa melhora no serviço de saúde. Desse modo, é importante que as unidades de saúde estejam aptas a diagnosticar, principalmente de forma oportuna e tratar de modo adequado.

Em nosso estudo, observamos um aumento significativo de unidades acompanhando pacientes, o que sinaliza para a descentralização do tratamento, embora ainda deficiente, já que menos de 30% das unidades municipais acompanharam pacientes em 2012. Embora haja aumento no número de unidades de saúde notificando, essa tendência não apresenta significância estatística.

Por outro lado, a ampliação da cobertura da atenção primária possibilita que a assistência dada aos pacientes ocorra mais próxima da sua residência, de modo que a adesão ao tratamento seja facilitada (CUNHA, 2012; BOSSERT, 2000). Nesse sentido, o município vem realizando, anualmente, desde 2010, treinamento com todos os profissionais das equipes de atenção primária. Ações semelhantes são apresentadas por Cunha (2012), em estudo realizado no Rio de Janeiro.

O modo como a equipe conduz as ações de combate à hanseníase é determinante para



o sucesso dos planos de enfrentamento à doença. Nesse âmbito, merecem destaque os indicadores de qualidade, preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, através da Portaria 3.125 de 07 de outubro de 2010. Tais indicadores são considerados, atualmente, excelentes ferramentas para o monitoramento das ações de enfrentamento à hanseníase em nosso país.

A proporção de casos curados entre os casos novos diagnosticados no período objetiva avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até o completo tratamento medicamentoso. Nos anos analisados, este indicador foi considerado como “bom”, com 97,6% de cura, superior a outras localidades, como mostra estudo de Imbiriba et al (2008) onde a proporção de cura em Manaus, Amazonas, entre 1998 e 2005, foi de 87,8% e Souza et al (2013) em Fortaleza, Ceará, segundo os quais a proporção entre 2007 e 2008 foi de apenas 72,8%.

Outros indicadores importantes para mediar à qualidade do atendimento prestado aos doentes são a proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado. Enquanto que no primeiro indicador, o município foi classificado com “bom” (99%), no segundo, a classificação foi “regular” (83,6%).

Em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro por Flach et al (2010) a proporção de indivíduos avaliados no momento do diagnóstico foi menor ao encontrado em nosso estudo, demonstrando deficiência operacional que deve urgentemente ser corrigida, uma vez que incapacidades físicas em menores de 15 anos podem acarretar danos negativos extensos. Nesse indicador, o município de Juazeiro apresenta boa capacidade operacional.

A proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes é um indicador utilizado para avaliar a qualidade do atendimento e do acompanhamento de casos novos até a completitude do tratamento. A partir de 2008, a proporção de abandono foi de 0% e, considerando o período, o abandono foi de 1,6%, sendo considerado bom. Diferente do nosso achado, Alencar et al (2008) registraram taxa de abandono em Fortaleza que variou entre 9,6%, em 2000, e 34,9%, em 2004.

O exame de contatos de casos novos de hanseníase é um dos indicadores mais importantes para o diagnóstico precoce de indivíduos, bem como para a redução do risco de adoecimento futuro. A proporção de contatos examinados dentre os registrados permite avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase. No período estudado, observa-se melhora considerável desse indicador, uma vez que a partir do ano de 2008, o município foi classificado sempre como “bom”, muito superior àquela apresentada por Alencar



et al (2008) entre os anos de 2002 e 2007, no município de Fortaleza, Ceará, cuja proporção foi de apenas 45,5%.

A boa qualidade dos indicadores no município, muito acima de indicadores apresentados em outros estudos, parece ter estreita relação com a ampliação da rede de atenção primária do município de Juazeiro e das políticas de enfrentamento à doença, embora seja sabido que muito ainda há por fazer na qualificação dos serviços prestados aos doentes.

CONCLUSÃO

A hanseníase ainda consiste num grave problema de saúde pública no município de Juazeiro, cuja magnitude mantém-se muito elevada, merecendo atenção especial a população menor de 15 anos doente, sobretudo em razão do alto potencial incapacitante. Conforme apresentado, o município tem melhorado seus indicadores de qualidade ao longo dos últimos dez anos.

Um dos fatores associados é a ampliação da rede de atenção primária municipal, tanto com a instalação de novas unidades de saúde quanto com a ampliação de cobertura da estratégia saúde da família, além da implantação da Universidade Federal do Vale do São Francisco que, através do eixo extensão-ensino tem impactado na realidade local.

Embora muitas ações tenham sido desenvolvidas para ampliar o acesso da população às unidades de saúde, bem como ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno, a região ainda demanda de intensificação de ações para a eliminação da doença, justificada pelo padrão de hiperendemicidade observado.

É preciso que os gestores possam se sensibilizar para a importância da consolidação da política de atenção primária e ampliação da rede como elemento de enfrentamento à hanseníase e demais doenças negligenciadas, uma vez que, conforme ficaram demonstrados, os indicadores de qualidade dos serviços melhoraram à medida que estes serviços são posicionados mais próximos à população.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C.H.M; BARBOSA, J.C; RAMOS, A.N. et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995–2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 694–700, 2008.

AQUINO, D..MC; CALDAS, A.J.M; SILVA, A.A.M; COSTA, J.M.L. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia



do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n.1, p.57-64, 2003.

ATKINSON, S; HARAN, D. **Back to basis**: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north- east Brazil. *Bulletin of World Health Organization*, v. 82, n.11, p.:822-827, 2004.

BOSSERT, J.T. La Descentralización de los Sistemas de Salud em Latinoamerica: um estúdio comparativo de Chile, Colômbia y Bolívia. Harvard School of Public Health. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Boletins Epidemiológicos**. Acesso em 17 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.097, de 16 de dezembro de 2013. **Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios com alta carga da doença para implantação, implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da hanseníase e esquistossomose, como problemas de saúde pública**. Diário Oficial da União, nº 244, terça-feira, 17 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COELHO JUNIOR, J.M.S. Tendência da incidência de hanseníase em menores de 15 anos em Jacundá-Pará e sua relação com a implantação dos serviços de saúde. [Dissertação de mestrado] – Universidade Federal do Pará. 2010.

CUNHA MD. Estatística espacial na investigação epidemiológica de fatores associados à detecção de casos de hanseníase no Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado]- Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP. 2012.

CUNHA, S.S; RODRIGUES, L.C; DUPRE, N.C. Currente strategy for leprosy control in Brazil: time to pursue alternative preventive strategie? **Pan American Journal Public Health**, v.16, p. 362-365, 2004.

EL-DAWELA RE, MOHAMED AS, Yousef F. Analysis of newly detected leprosy in Sohag Governorate, Upper Egypt, 2004-2008. **Lepr Rev**, v.83, n.1, p.71-9, 2012.

FLACH, D.M.A.M; ANDRADE, M; VALLE, C.L.P; PIMENTEL, M,I,F; MELLO, K.T. Análise da série histórica do período de 2001 a 2009 dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, no estado do RJ. **Hansenologia Internationalis**, v.35, n.1, p.13-20, 2010.

GOMES, C.C.D; PONTES, M.A.D.A; GONÇALVES, H.D.S. et al. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com



hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol**, v.80 (Suppl 3), p.283-8, 2005.

IMBIRIBA, E.B; HURTADO-GUERRERO, J.C; GARNELO, L; LEVINO, A; CUNHA, M.D.A.G; PEDROSA, V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p.1021-1026, 2008.

LANA, F.C.F; AMARAL, E.P; LANZA, F.M; LIMA, P.L; CARVALHO, A.C.N; DINIZ, L.G. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, p.696-700, 2007.

ORTIZ, D.M.B; BOLLA, D.E; LEZCANO, L; ALDAMA, A; MENDONZA, G; MARINEZ G.B; GUGLIELONE, C. Lepra infantil: Estudio clinico y epidemiologico en dos servicios de dermatología del Paraguay. Periodo 2005-2011. Fontilles, **Leprology Review**, v.28, n.4, p. 293-301, 2012.

PENNA, M.L; OLIVEIRA, M.L; PENNA, G.O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. **Leprosy Review**, v.80, p. 332-344, 2009.

SHETTY, V.P; GHATE, S.D; WAKADE, A.V; THAKAR, U.H; THAKUR, D.V; D'SOUZA E. Clinical, bacteriological, and histopathological characteristics of newly detected children with leprosy: A population based study in a defined rural and urban area of Maharashtra, Western India. Indian **Journal Dermatologic Venereo Leprology**, v.79, p. 512-517, 2013.

SOUZA, V.B; SILVA, M.R.F; SILVA, L.M.S; TORRES, R.A.M; GOMES, K.W.L; FERNANDES, M.C. et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. **Revista Brasileira de promoção da saúde**, v.26, n.1, p. 110-116, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy situation, beginning of 2008. **Weekly Epidemiol Record**, v.83, n.33, p. 293-300, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities: plan period: 2006-2010. Geneva: WHO; 2005.