



Organização Pan-Americana da Saúde



Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

OPAS/DPC/CD/288/04

Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM)

(Brasil, 2003)

em colaboração com o
Instituto Lauro de Sousa Lima e a
Fundação Alfredo da Matta

(Brasília, DF, janeiro 2004)

Índice

Apresentação	iii
Agradecimentos.....	iv
Abreviações	v
Resumo executivo	vi
I. Indicadores de Eliminação	vi
II. Integração de serviços de Poliquimioterapia PQT com Serviços de Saúde Geral	ix
Acessibilidade a PQT.....	xi
III - Qualidade dos Serviços com PQT.....	xii
Introdução.....	1
Objetivos específicos	2
Metodologia	2
Resultados.....	3
I - Indicadores de Eliminação.....	5
Prevalência.....	5
Detecção.....	8
II. Integração de serviços de Poliquimioterapia PQT com Serviços de Saúde Geral	15
Acessibilidade a PQT.....	19
Disponibilidade de <i>blisters</i>	23
III. Qualidade dos serviços com PQT	24

Apresentação

Essa publicação é uma contribuição da OPAS/OMS e do Ministério da Saúde do Brasil para ampliar e promover o acesso a informações de abrangência nacional sobre a hanseníase.

Os dados apresentados são resultado de um monitoramento utilizando a metodologia LEM (monitoramento da Eliminação da Hanseníase), realizado nos 27 Estados do país de junho a agosto de 2003 por técnicos dos Centros Colaboradores da OPAS/OMS - Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Mata.

O exercício de monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM) baseia-se em um estudo transversal realizado em unidades de saúde aleatoriamente selecionadas e em entrevistas realizadas com pacientes e profissionais de saúde. O LEM é um método de avaliação independente e formal com indicadores padronizados pela OMS, no qual são coletados dados que complementam os sistemas rotineiros de informação e permitem conhecer com maior detalhamento o desempenho dos serviços de saúde, a qualidade da assistência oferecida, o acesso e a cobertura de tratamento Poliquimioterápico (PQT) estadual, regional e municipal. Esses indicadores possibilitam medir aspectos específicos da Eliminação da Hanseníase, disponibilizando aos gestores informações que auxiliem na tomada de decisões e na implementação de planos de ações como, por exemplo:

- Validade interna das informações sobre prevalência e detecção (bruta e específica);
- Integração dos serviços de PQT no sistema geral de saúde por meio da disponibilidade de *blisters* de PQT;
- Cobertura geográfica de serviços de PQT; e
- Qualidade dos serviços de PQT avaliados segundo a análise de Coortes.

A coordenação da execução e elaboração dos relatórios de cada um dos Estados das Regiões Norte e Nordeste foi realizada sob a responsabilidade da Fundação Alfredo da Matta e, nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, pelo Instituto Lauro de Souza Lima.

A elaboração e sistematização dos indicadores atendem às recomendações da OMS para a compreensão do perfil epidemiológico e operacional do país relativo a hanseníase. Espera-se que o esforço de todos os profissionais envolvidos com essa publicação contribua principalmente para ampliar e promover o acesso da população aos serviços de diagnóstico e tratamento para que a Hanseníase seja eliminada como problema de saúde pública no Brasil.

*Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)
Brasília, janeiro de 2004*

Agradecimentos

Em nome dos Diretores dos Centros de Colaboração da OPAS OMS de Hanseníase no Brasil Instituto Lauro de Souza Lima e Alfredo da Matta, Dr. Marcos Virmond e Dra. Maria da Graça Cunha agradecemos a inestimável colaboração dos profissionais e monitores que fizeram possível a realização do LEM.

Aos Secretários de Saúde Estaduais e municipais que proporcionaram aos monitores as melhores condições de trabalho possível.

O valioso auxílio e apoio dos Coordenadores de Estado e municípios na facilitação das visitas e a coleta dos dados pelos monitores.

Destacamos a dedicação e o empenho de Luiz Carlos Mello, Marcos Virmond, Valderiza Pedrosa, Megumi Sadahiro e Felicien Gonçalves Vasquez nas várias etapas desse exercício.

Agradecemos também o suporte técnico do Dr. D. Daumerie da OMS, Dr. D. Lobo, do Dr. S. Manoncourt da OMS Índia e Dra. Rosa Castalia F. Ribeiro Soares na redação e elaboração desse relatório.

Muito obrigado aos profissionais da OPAs Brasil em especial ao Dr. Luiz Gerardo Castellanos que sob sua dinâmica liderança, foi possível coordenar e terminar esta tarefa a tempo.

Ao governo do Brasil que facilitou a realização do monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase no Brasil.

Abreviações

ATDS	Área Técnica de Dermatologia Sanitária
CN	Caso novo de hanseníase
FUAM	Fundação Alfredo da Mata
ILSL	Instituto Lauro de Souza Lima
LEM	Monitoramento da Eliminação da Hanseníase
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
P/D	Prevalência/detecção
PB	Paucibacilar
PQT	Poliqimioterapia
RA	Casos registrados para tratamento.
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	Unidade Federada
US	Unidade Sanitária de Saúde

Resumo executivo

Como parte do processo de cooperação entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, realizou-se, de maneira uniforme e simultânea, nos 27 Estados do país, de junho a agosto de 2003, o exercício de monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM), coordenado e executado nos Estados das Regiões Norte e Nordeste pelos Centros Colaboradores de Hanseníase da OPAS OMS - Fundação Alfredo da Matta e, nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, o Instituto Lauro de Souza Lima.

O exercício de monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM) baseia-se em um estudo transversal realizado em unidades de saúde aleatoriamente selecionadas e em entrevistas realizadas com pacientes e profissionais de saúde. Os 29 monitores do LEM Brasil 2003 coletaram dados para a construção de indicadores-chave nos seguintes temas:

1. Análise dos indicadores de eliminação: validade interna da informação sobre prevalência e detecção (geral e específica) e análise de tendências, baseado na análise das informações existentes e revisão/melhoria dos registros de hanseníase.
2. Disponibilidade de *blisters* de PQT e cobertura geográfica dos serviços de PQT: baseados em um estudo transversal dos serviços de saúde selecionados aleatoriamente.
3. Qualidade da atenção ao paciente: diagnóstico e regularidade ao tratamento, revisão dos prontuários e registros de hanseníase. A qualidade dos serviços de PQT será analisada com base em análise de coorte.

Nas visitas de campo, os monitores cobriram 153 municípios. Visitando 247 unidades sanitárias de saúde, examinaram 31.058 prontuários (11.765 eram novos de 2002), que equivalem a 28% do total de casos novos detectados em 2002. Os monitores também observaram 13.974 *blisters*, qualificando suas condições de armazenamento e validade. Nesses municípios, os monitores entrevistaram 952 pacientes e mais de 200 profissionais para analisar a qualidade de serviços de PQT.

As principais observações do LEM 2003 foram:

I. Indicadores de Eliminação

A diferença entre a prevalência declarada pelo Governo do Brasil e a padronizada pela OMS para o ano de 2002 é de 1,19 (4,17 MS) contra 2,98 (padrão OMS), que representa um excesso de 27.340 casos. Essa diferença aumenta a prevalência do Brasil em mais de 28%.

Os Estados das Regiões Sudeste e Sul apresentaram taxas de prevalências inferiores a 1/10.000 habitantes, com exceção do Espírito Santo (região sudeste), com 4,92 e o Paraná (região sul), com 1,2, apontando o potencial de confirmar o nível de eliminação em 2005 (1 caso/10.000 habitantes).

Dados do MS apontam que 10 estados apresentam coeficientes de prevalências superiores a 5 por 10.000 habitantes, refletindo um nível de magnitude hiperendêmico em grande parte do país. Taxas de prevalência segundo o padrão OMS indicam apenas 7 estados (Rondônia, Acre, Roraima, Pernambuco, Sergipe, Espírito Santo e Mato Grosso) nessa condição.

Coeficientes de prevalências hanseníase (Ministério da Saúde, Padrão OMS e LEM-Brasil, 2002)

	ATDS(*)	Brasil (padrão OMS)	LEM (&)	LEM (padrão OMS)
<i>Brasil</i>	4,17	2,98	2,67	2,20
<i>Região Norte</i>	7,43	6,00	5,90	5,09
Rondônia	9,41	8,16	11,23	10,23
Acre	5,71	5,25	10,53	9,13
Amazonas	6,51	4,86	5,89	4,69
Roraima	14,53	10,47	12,79	11,80
<i>Região Nordeste</i>	6,04	5,37	4,89	3,45
Ceará	5,70	3,86	5,92	0,70
Paraíba	4,84	2,68	2,70	2,22
Pernambuco	8,51	7,85	8,91	4,87
Alagoas	2,00	0,99	3,65	3,17
Sergipe	3,42	5,56	3,25	3,24
Bahia	4,36	1,50	2,82	2,62
<i>Região Sudeste</i>	2,41	1,64	1,17	1,16
Minas Gerais	2,98	1,83	0,78	0,74
Espírito Santo	5,84	5,57	4,92	4,76
Rio de Janeiro	3,86	1,93	0,74	0,71
São Paulo	1,29	1,10	0,19	0,19
<i>Região Sul</i>	1,42	0,82	0,57	0,55
Paraná	3,13	1,58	1,25	1,20
Santa Catarina	0,63	0,61	0,88	0,85
Rio Grande do Sul	0,22	0,22	0,38	0,37
<i>Região Centro-Oeste</i>	11,77	4,77	4,78	4,60
Mato Grosso	24,81	11,39	6,71	6,22
Mato Grosso do Sul	4,05	3,61	2,81	2,61
Goiás	12,65	3,73	8,35	7,94
Distrito Federal	1,49	0,41	0,98	0,95

Excluídos Amapá, Tocantins, Pará, Piauí, Maranhão e Rio Grande do Norte por ausência de dados dos abandonos na Coordenação Estadual.

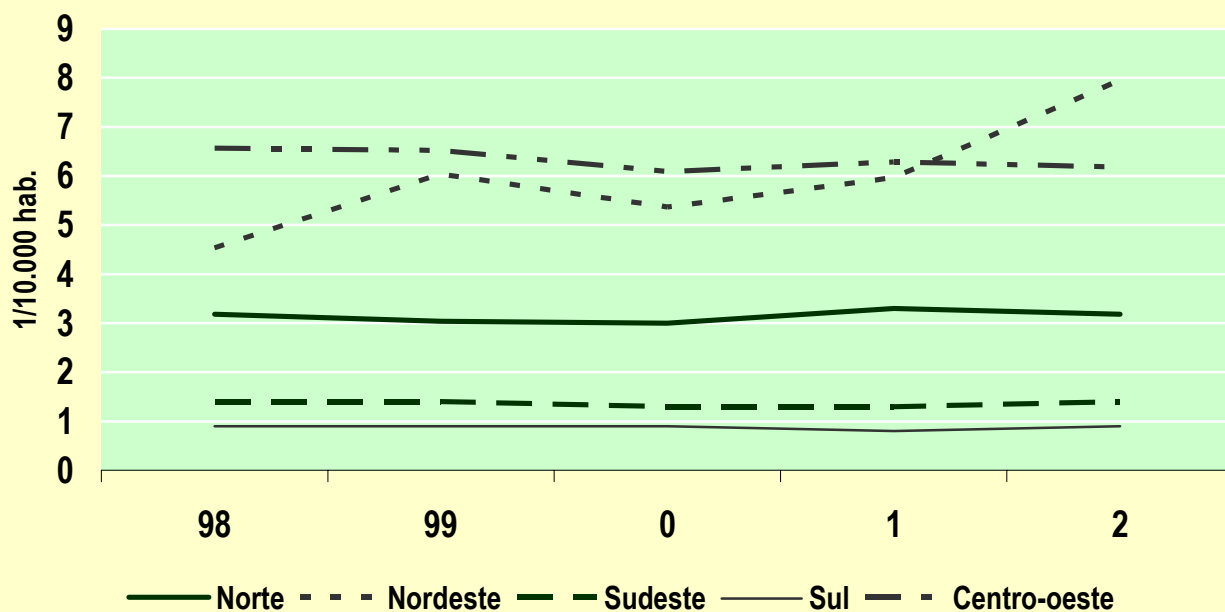
Fonte: (*) Área Técnica de Dermatologia Sanitária – Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

(&) N° de pacientes registrados para tratamento no momento da visita Formulário 7 fornecido pelos monitores FUAM&ILSL - julho 2003/ População residente nos municípios visitados pelo LEMX10.000.

LEM padrão OMS – (N° de pacientes registrados para tratamento no momento da visita Formulário 7 fornecido pelos monitores FUAM&ILSL – abandonos) / População residente nos municípios visitados pelo LEMX10.000.

A detecção nos últimos 5 anos está estável nas Regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e comportamento ascendente somente para a Região Nordeste. Os coeficientes das Regiões Centro-Oeste e Nordeste são 3 vezes superiores aos das Regiões Sul e Sudeste.

Coeficientes de detecção hanseníase segundo as regiões (Brasil, 1998–2002)



Fonte: Relatórios regiões LEM 2003 – Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Matta.

A observação dos 11.765 prontuários dos casos novos de 2002 mostrou que 19% dos casos novos apresentavam no momento do diagnóstico uma única lesão. Com exceção do Pará e Roraima, todos os Estados da Região Norte, Rio de Janeiro, Piauí, Alagoas, Sergipe e Paraíba apresentam uma proporção superior a 25% de lesão única entre os casos novos. Esse indicador de parâmetro ainda não definido pode idealmente indicar que a rede de saúde está diagnosticando os casos na fase inicial da doença como também, indiretamente alertando que esteja ocorrendo, em algumas áreas um excesso de casos falso positivos.

A constatação de que 56% dos casos novos serem multibacilares (MB) com predomínio na Região Centro-Oeste (70%), requer um estudo de validade de casos. Reforçam essa necessidade o achado que 10% dos casos novos de 2002 classificados como MB apresentavam lesão única no momento do diagnóstico.

Na maioria dos Estados do país, o diagnóstico ainda está sendo feito pela rede de saúde um ano depois do surgimento dos primeiros sintomas.

A proporção de incapacidades (grau maior ou igual a 2) entre casos novos foi de 5% com a maior frequência do diagnóstico tardio no Rio Grande do Sul (13%), seguida de Mato Grosso (12,5%) e Santa Catarina com 11,36%.

Dados informados pelos Coordenadores de Estado são coincidentes com as informações do LEM: as crianças (0-14 anos) com hanseníase correspondem a 7,70% dos casos novos. O cálculo dos coeficientes específicos por idade, sexo e forma clínica, tem importância epidemiológica porque podem expressar *riscos de exposição* diferentes e estarem relacionados ao nível de endemicidade local. Estados da Região Norte e Nordeste chegam a ultrapassar a margem de 10% de crianças.

Como resultado da detecção diferenciada por gênero, o Brasil, como os demais países, apresenta predomínio de homens em quatro das cinco regiões.

II. Integração de serviços de Poliquimioterapia PQT com Serviços de Saúde Geral

Mais de 60% (3.521) dos municípios do país possuem pelo menos um residente diagnosticado de hanseníase em 2002.

A cobertura de serviços de PQT (diagnóstico+tratamento+alta) do Brasil era em agosto de 2002 de apenas 16%. A cobertura ideal ($\geq 85\%$ das instalações de saúde) apenas foi observada no Estado do Rio Grande do Norte. A Região Norte possui a maior cobertura - 32% das Unidades de Saúde possuem serviço de PQT, para as demais quatro regiões a cobertura foi inferior a 30%. Vinte e um estados apresentaram cobertura inferior a 50%, sendo que em 9 deles menos de 10% das instalações de saúde visitadas estavam provendo diagnóstico e tratamento.

Cobertura(*) de serviços de PQT segundo as Unidades Federadas e suas Capitais (Brasil, 2003)

Estados	%US com serviço de PQT	Capitais	%US com serviço de PQT
Acre	6,58	Rio Branco	1,30
Alagoas	28,74	Maceió	20,99
Amazonas	26,98	Manaus	30,50
Bahia	25,83	Salvador	11,34
Ceará	23,55	Fortaleza	17,05
Distrito Federal	19,12	Brasília	17,57
Espírito Santo	21,33	Vitória	21,33
Goiás	6,17	Goiânia	4,12
Minas Gerais	3,06	Belo Horizonte	3,06
Mato Grosso do Sul	57,78	Campo Grande	80,00
Mato Grosso	50,33	Cuiabá	71,08
Pará	7,27	Belém	6,06
Paraíba	22,01	João Pessoa	9,03
Pernambuco	25,36	Recife	12,57
Piauí	2,13	Teresina	1,20
Paraná	1,76	Curitiba	18,18
Rio Grande do Norte	96,55	Natal	100,00
Rio de Janeiro	21,97	Rio de Janeiro	21,97
Rondônia	18,37	Porto Velho	23,33
Roraima	43,88	Boa Vista	52,38
Rio Grande do Sul	3,75	Porto Alegre	0,43
Santa Catarina	2,58	Florianópolis	2,02
Sergipe	48,68	Aracajú	20,30
São Paulo	7,15	São Paulo	7,15
Tocantins	54,55	Palmas	90,24

Fonte: Coordenação Estadual/Municipal – formulário 4 – LEM.

(*)No. Total de US que têm Serv. de PQT/No. de US X100.

Excluída Amapá serviços de PQT – Unidades de Saúde que oferecem diagnóstico+tratamento+alta.

Das 2.189 Unidade Saúde da Família (USF) dos municípios visitados, 22% (485) realizam diagnóstico e tratamento. A maioria dessas USF está nos municípios amostrados de Estados

como Rio Grande do Norte, Bahia, Ceará e Tocantins e realiza o diagnóstico e o tratamento. Por outro lado, várias Unidades Saúde da Família não atendem casos de hanseníase, inclusive as das Capitais, dos Estados do Acre, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Brasília.

Cobertura(*) de serviços de PQT nas Unidades Saúde da família segundo as Unidades Federadas e suas Capitais (Brasil, 2003)

	Unidades Saúde da Família	Unidades Saúde da Família ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase	Cobertura Unidade saúde da Família com serviço PQT
Brasil	2.189	485	22,16
Região Norte	386	105	36,27
Rondônia	26	15	57,69
Acre	45	0	0,00
Amazonas	192	30	15,63
Roraima	60	26	43,33
Pará	11	1	9,09
Tocantins	52	33	63,46
Região Nordeste	727	311	41,19
Maranhão	3	1	33,33
Ceará	71	53	74,65
Rio Grande do Norte	20	20	100,00
Paraíba	167	44	26,35
Pernambuco	165	49	29,70
Alagoas	84	30	35,71
Sergipe	183	84	45,90
Bahia	34	30	88,24
Região Sudeste	529	8	1,51
Minas Gerais	486	0	0,00
Espírito Santo	14	4	28,57
Rio de Janeiro	54	2	3,70
São Paulo	29	4	13,79
Região Sul	300	0	0,00
Paraná	8	0	0,00
Santa Catarina	181	0	0,00
Rio Grande do Sul	111	0	0,00
Região Centro-Oeste	219	26	11,87
Mato Grosso	46	22	47,83
Mato Grosso do Sul	22	0	0,00
Goiás	130	4	3,08
Distrito Federal	21	0	0,00

Excluídos Amapá e Piauí.
Fonte: formulário 4 monitores LEM 2003.

Acessibilidade a PQT

As variações entre as distâncias dos serviços de diagnóstico e tratamento da residência dos pacientes no país são muito amplas. Enquanto para Rondônia, Roraima, Pará e Alagoas as distâncias não ultrapassam 5kms, tendo, portanto, a melhor acessibilidade geográfica. No Amazonas, essas distâncias são de 10 kms, e, em Pernambuco, de 16 kms. Já no Amapá e no Ceará, as distâncias entre as residências e a Unidade Sanitária chegam a ultrapassar 25Kms. A melhor acessibilidade geográfica foi observada na Região Norte e Nordeste (5Kms).

Não se observou correlação entre as distâncias percorridas e o custo para os pacientes chegarem até as Unidades Sanitárias. Em geral, os pacientes gastam menos de 3 reais (1 dólar) para irem até a Unidade de Saúde pegar a dose supervisionada. As diferenças de custos entre as regiões são muito pequenas. Somente em quatro Estados (Amapá, São Paulo, Paraná e Mato Grosso) os pacientes gastam mais de 10 reais. O gasto máximo é de 18 reais para os residentes de São Paulo e 16 reais do Paraná.

Em quase 80% das instalações de saúde visitadas, o diagnóstico e o tratamento estavam disponíveis em todos os dias de funcionamento do mês, variando de 30% em Mato Grosso do Sul e São Paulo para 100% em Rondônia, Amazonas, Roraima, Tocantins, Maranhão, Bahia, Mato Grosso e Goiás.

Categoria profissional que realiza o diagnóstico e prescreve o tratamento segundo os Estados (Brasil, LEM, 2003)

Estados	Categoria profissional	
	Realiza o diagnóstico	Prescreve o tratamento
Acre	m/e/nmédio	m/e/nmédio
Amapá	m/e	m/e
Amazonas	m/nmédio	m/nmédio
Pará	m/e/nmédio	m/e/nmédio
Rondônia	m/e	m/e
Roraima	m/e	m/e
Tocantins	m	m
Alagoas	m/e	m/e
Bahia	m/e	m/e
Ceará	m	m
Maranhão	m	m
Paraíba	m/e	m/e
Pernambuco	m/e	m/e
Piauí	m/nmédio	m/nmédio
Rio Grande do Norte	m/e	m/e/nmédio
Sergipe	m	m
Minas Gerais	m/e	m
Espírito Santo	m	M
Rio de Janeiro	m	m/e
São Paulo	m/e	m/e
Paraná	m/e/nmédio	M
Santa Catarina	m	M
Rio Grande do Sul	m/e	m/e
Mato Grosso	m/e/nmédio	m/e/nmédio/nmédio
Mato Grosso do Sul	m/e/assist.social/nmédio	m/e/assist.social/nmédio
Goiás	m/e/nmédio	m/e
Distrito Federal	m/e	m/e

m = médico

e =enfermeiro

nmédio = nível médio

assist. social = assistente social

Fonte: formulário 10 monitor LEM.

As incapacidades são atendidas por fisioterapeutas, enfermeiras ou auxiliares de enfermagem. A categoria profissional que mais atende às incapacidades físicas é a de enfermagem.

A pesquisa mostrou que quem realiza o diagnóstico e prescreve o tratamento nos Estados do Tocantins, Ceará, Maranhão, Sergipe, Espírito Santo e Santa Catarina, são profissionais médicos, enquanto, nos demais estados, essas atividades são desenvolvidas também pela enfermagem, assistente social e profissional de nível técnico.

Ainda observa-se na Região Sul e Centro-Oeste uma predominância de unidades sanitárias especializadas de 84% e 67%, respectivamente.

Somente nos Estados do Amapá e da Paraíba, a quantidade de *blisters* de boa qualidade foi inferior a 90%. Na maioria dos estados, 100% dos *blisters* examinados se encontravam com boa qualidade e não foram relatadas queixas em relação ao manuseio dos mesmos. Entretanto, verificou-se, em algumas unidades da Região Sul, a existência de *blisters* com data de validade vencida.

Oitenta e cinco por cento das Unidades Sanitárias visitadas atendem casos de reação. Enquanto nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste a totalidade das Unidades de Saúde realizam esse procedimento, na Região Norte, principalmente em Roraima e no Amapá, nem todas as unidades visitadas dispõem de esteróides, e menos da metade das Unidades atendem reação. No Rio Grande do Sul, Tocantins, Alagoas e Rio Grande do Norte, a ocorrência de Unidades que atendem reação é inferior a média nacional. O médico, em algumas Unidades, não é o profissional que fornece os esteróides para casos de reação.

A disponibilidade de *blisters* MB-adulto PQT foi menor do que 2, e de MB-criança, superior a 5 paciente-meses. A disponibilidade de MB-adulto era superior ou igual a 3 paciente-meses (quantidade recomendável) no Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraíba e Alagoas. No Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Amazonas foram encontrados mais de 6 *blisters* de MB adulto. No Rio Grande do Sul não foi encontrado nenhum blister infantil. Excesso de MB-criança foi observado em grande parte do país.

A disponibilidade de *blisters* paucibacilar PB-adulto é maior do que MB. Na maioria dos Estados essa situação muito provavelmente resultou em desabastecimento de *blisters* de MB durante o ano de 2003.

Quarenta por cento das instalações de saúde visitadas, não dispõem de pelo menos 3 meses de tratamento PQT para todas as categorias. Essa disponibilidade variou de menos de 1 um blister no Ceará e em Santa Catarina, para mais de 25 no Amazonas. A proporção de instalações de saúde com pelo menos 3 meses de PQT em relação a número de casos de hanseníase, era de 34,6% para MB-adulto, 84,2% para MB-criança, 67,74, 1% para o PB-adulto e 50,8% para PB-criança.

III - Qualidade dos Serviços com PQT

Mais de 20% dos casos MB diagnosticados em 2001 nas Unidades Sanitárias visitadas de Alagoas, Distrito Federal e Pernambuco e dos PB do Distrito Federal e no Amapá em julho de 2003 continuavam a receber mais de 12 para MB ou 6 doses para PB.

Com exceção do Amapá, com taxa de abandono de 24%, nenhum outro estado apresentou taxas superiores aos 12%.

As taxas de cura do país são inferiores a 80%.

Brasília, janeiro de 2004

Introdução

O Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM) é um método de avaliação independente e formal com indicadores padronizados pela OMS, no qual são coletados dados que complementam os sistemas rotineiros de informação e permitem conhecer com maior detalhamento o desempenho dos serviços de saúde, a qualidade da assistência oferecida, o acesso e a cobertura de PQT local, estadual, regional e nacional. Esses indicadores possibilitam medir aspectos específicos da Eliminação da Hanseníase, disponibilizando aos gestores informações que auxiliem na tomada de decisões e na implementação de planos de ações.

Como parte do processo de cooperação entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, visando a aprofundar o conhecimento sobre o progresso da Eliminação da Hanseníase nos Estados brasileiros, realizou-se, de maneira uniforme e simultânea, nos 27 Estados do país, de junho a agosto de 2003, o LEM. Monitores independentes dos Centros Colaboradores da OPAS/OMS - Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Mata coletaram informações para auxiliar as autoridades sanitárias e gerentes de programa a conhecer e avaliar o progresso para eliminação da hanseníase com base nas seguintes informações:

- Validade interna das informações sobre prevalência e detecção (bruta e específica);
- Integração dos serviços de PQT no sistema geral de saúde por meio da disponibilidade de *blisters* de PQT;
- Cobertura geográfica de serviços de PQT; e
- Qualidade dos serviços de PQT avaliados segundo a análise de Coortes.

O exercício de monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM) baseia-se em um estudo transversal realizado em unidades de saúde aleatoriamente selecionadas e em entrevistas realizadas com pacientes e profissionais de saúde.

A coordenação da execução e elaboração dos relatórios de cada um dos Estados das Regiões Norte e Nordeste foi realizada sob a responsabilidade da Fundação Alfredo da Matta e, nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, do Instituto Lauro de Souza Lima.

Neste relatório, apresenta-se em tabelas e gráficos, para o Brasil, grande região e unidades da federação, uma análise a partir dos dados fornecidos pelos Centros Colaboradores. A elaboração e sistematização dos indicadores atendem às recomendações da OMS para a compreensão do perfil epidemiológico e operacional do país relativo a hanseníase. Espera-se que essa contribuição possa ampliar e promover o acesso da maioria da população aos serviços de diagnóstico e tratamento, além de melhorar as condições econômicas e sociais da comunidade.

O objetivo é que as informações de abrangência nacional sobre a hanseníase possibilitem o monitoramento da política de eliminação.

Objetivos específicos

- Avaliar atividades de Eliminação com indicadores-chave em todos os Estados do país;
- Avaliar o progresso da integração de atividades de eliminação com os serviços gerais de saúde;
- Avaliar a qualidade de serviços de PQT;
- Identificar potenciais obstáculos de implementação e fazer recomendações práticas para melhoria.

Metodologia

Os 29 monitores com formação em saúde pública, clínica e controle de Hanseníase foram selecionados e treinados pelos Centros Colaboradores, Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Matta.

Em todos os Estados, foi realizado contato com a coordenação estadual do programa e solicitado apoio e colaboração para a execução do exercício LEM.

Para a seleção da amostra, foram usados como unidade amostral pacientes novos no ano de 2002 e de 2001 para a construção das Coortes de MB e PB.

A amostra de municípios é estratificada e aleatória.

Os municípios com menos de 10 casos novos relatados nos anos de 2001 e 2002 (exceto para a Região Sul) não foram considerados.

No mínimo 3 municípios foram sorteados aleatoriamente para cada um dos Estados até completar a amostra de 200 casos novos (100 MB e 100 PB). A capital de cada Estado foi incluída obrigatoriamente, acrescentando-se 50 casos para cada uma delas, que é o valor mínimo para garantir a normalidade dos dados. Foi definido que 200 era o número mínimo de prontuários a serem examinados e que 50 pacientes deveriam ser entrevistados em cada Estado.

A partir do total de Unidades de Saúde em cada Município, fornecido pelos Coordenadores Estaduais, estabeleceu-se um número mínimo de Unidades a serem sorteadas. Para o sorteio, foi utilizada uma tabela de números aleatórios. Foram sorteadas as Unidades de Saúde que fizeram parte da amostra e, em seguida, estratificou-se o total da amostra proporcionalmente ao total de pacientes para cada esquema terapêutico nas Unidades de Saúde sorteadas.

Os monitores iniciaram o exercício LEM nos estados realizando contato com as coordenações estaduais onde foi verificado se a seleção amostral dos municípios estava adequada aos registros existentes e solicitado os dados necessários de detecção e prevalência. As visitas começaram nos municípios amostrados e, em seguida, passaram para a capital.

Foram utilizados formulários padronizados e adaptados a partir da versão original da OMS. Os dados necessários foram coletados junto aos coordenadores e, localmente, em prontuários, fichas de notificação de pacientes (SINAN), entrevistas com pacientes e profissionais de saúde.

Resultados

As informações compostas pelos dados coletados nos 26 Estados e no Distrito Federal reúnem um conjunto de indicadores padronizados. Os monitores do LEM Brasil 2003 cobriram 153 municípios, visitando 247 unidades sanitárias de saúde, examinando 31.058 casos, dos quais 11.765 eram novos de 2002. Os prontuários desses casos novos equivalem a 28% do total de casos novos detectados em 2002. Os monitores também observaram 14.080 *blisters*, qualificando suas condições de armazenamento e validade. Nesses municípios, os monitores entrevistaram 952 pacientes e mais de 200 profissionais para analisar a qualidade de serviços de PQT (Tabela 1).

A contagem de população dos municípios amostrados é de 58 milhões de habitantes. É importante ressaltar que a amostra LEM atingiu mais de 30% do total da população do país.

Tabela 1: Abrangência do LEM (Brasil, 2003)

Uf/Região	Visita		Exame				Entrevistas
	Município	US	Prontuário			Blisters	Paciente
			CN	RA	Coorte		
Brasil	153	247	11.765	14.804	4.489	14.080	952
Região Norte	36	68	2.836	3.298	1.957	3.710	227
Rondônia	4	5	675	616	252	106	34
Acre	6	6	322	466	312	811	49
Amazonas	7	9	670	1043	304	765	43
Roraima	6	13	338	348	270	800	11
Pará	4	10	179	444	111	773	50
Amapá	5	15	345	251	335	244	17
Tocantins	4	10	307	130	373	211	23
Região Nordeste	46	78	5.213	6.937	2.278	3.002	308
Maranhão	4	6	612	844	216	772	29
Piauí	4	4	480	417	273	170	50
Ceará	4	5	1.117	1.469	300	156	52
Rio Grande do Norte	6	9	231	125	152	30	18
Paraíba	5	9	375	340	208	242	29
Pernambuco	6	9	1.060	2.229	296	191	43
Alagoas	6	19	325	448	339	1.188	37
Sergipe	7	12	266	278	248	158	12
Bahia	4	5	747	787	246	95	38
Região Sudeste	21	29	1.337	2.242	69	4.541	164
Minas Gerais	5	7	338	208	18	477	46
Espírito Santo	5	6	380	356	10	77	48
Rio de Janeiro	5	9	483	561	23	2.125	55
São Paulo	6	7	136	222	18	1.862	15
Região Sul	33	38	507	307	48	1.343	96
Paraná	4	6	236	281	29	458	40
Santa Catarina	12	13	132	176	14	393	10
Rio Grande do Sul	17	19	139	131	5	492	46
Região Centro-Oeste	17	34	1.872	2.020	137	1.484	157
Mato Grosso	4	15	328	510	60	1.010	23
Mato Grosso do Sul	5	10	190	223	19	321	23
Goiás	4	4	1.110	1.077	14	65	58
Distrito Federal	4	5	244	210	44	88	53

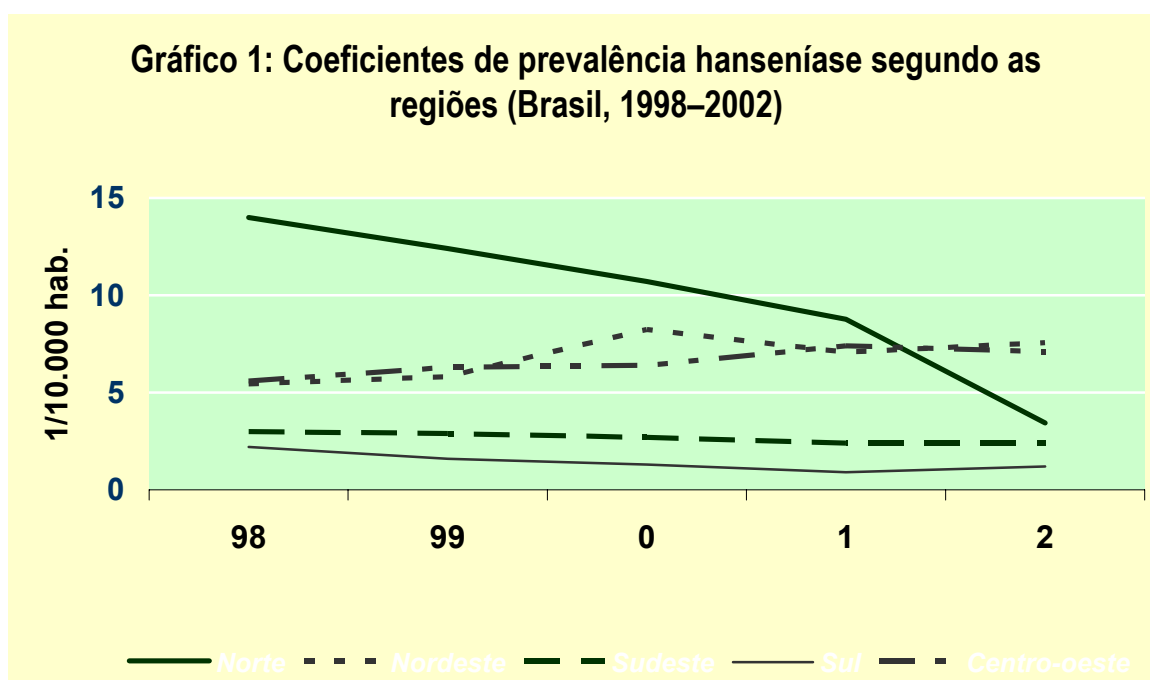
Fonte: Formulários LEM fornecidos pelos monitores FUAM&ILSL - julho 2003; CN – casos novos 2002; RA - Nº de pacientes registrados para tratamento no momento da visita; Coorte - Casos diagnosticados no ano de 2001 PB registro da situação em setembro e MB junho de 2003.

I - Indicadores de Eliminação

Prevalência

A prevalência é um indicador que mostra a evolução do processo de eliminação. O coeficiente de prevalência relaciona o número de casos em tratamento para cada 10.000 habitantes. Esse indicador estava em 4,20 por 10.000 habitantes em 2002.

Os dados de tendência da prevalência fornecidos pelas Coordenações Estaduais, de 1998 para 2002, revelam uma tendência de estabilidade para as Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e uma redução de 75% na região Norte. Somente a Região Nordeste promoveu aumento da prevalência (28,13%), entre 2000 e 2002. Juntamente com esse crescimento, também se observam, nessa região, as maiores taxas de abandono, que chegam a 25,40% no ano de 2002. Embora a Região Norte ainda mostre um abandono de 17,90% no ano de 2002, na maioria dos demais Estados pode ser observada uma tendência de redução do número de casos em abandonos.



Fonte: Relatórios regiões LEM 2003 – Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Matta.

Dados do ministério da Saúde informam 69.711 casos registrados para tratamento em 2002 (excluindo-se Tocantins e Pará), enquanto o LEM coletou 68.672 registros nos 26 Estados e no Distrito Federal. A validade interna das informações do LEM sobre prevalência pode ser verificada na tabela a seguir, na qual são apresentados, por região e estado, os seguintes coeficientes de prevalências:

- publicados pelo Ministério da Saúde;
- os coeficientes calculados segundo a definição de casos de hanseníase da OMS;
- coeficientes calculados com os dados coletados LEM nos Estados e
- Coeficientes do LEM segundo os critérios da OMS.

A diferença entre a prevalência declarada pelo Governo do Brasil e a padronizada pela OMS para o ano de 2002 é de 1,19 (4,17 contra 2,98), o que representa um excesso de 27.340 casos. Essa diferença deve ser considerada significativa, uma vez que inflama a prevalência do Brasil em mais de 28%. Três fatores principais podem estar mantendo, isolada ou conjuntamente, na prevalência um número de casos muitas vezes superior ao existente: 1) casos em abandono do tratamento sem uma definição do status clínico; 2) MB que recebem mais de 12 doses e de PB, mais de 6; e 3) dados não atualizados de saída por cura dos pacientes (Tabela 2).

Por outro lado, as taxas de prevalência do LEM (dados coletados nos municípios) são bastante semelhantes para a maioria dos Estados, e a LEM padronizada pela OMS, com exceção daqueles Estados, como Ceará e Pernambuco, que possuem um volume significativo de casos em abandono nas unidades sanitárias visitadas.

Essas descobertas de uma prevalência superior a quase 30% acentua a importância de o Governo aplicar as definições padronizadas regularmente e a necessidade de atualizar os registros em nível estadual e federal, de maneira que o país conheça e divulgue a prevalência mais próxima dos valores reais. A grande discrepância entre as informações do nível estadual e federal daquelas existentes nos municípios reflete talvez pouca utilização pelo Governo Brasileiro de seu potencial tecnológico em disseminação de informação de saúde.

O acompanhamento da evolução das taxas de prevalência torna-se particularmente importante quando se considera a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública o alcance da prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. A análise das taxas de prevalência diferenciadas por região e estado mostra que todos os Estados das Regiões Sudeste e Sul apresentaram taxas inferiores a 1/10.000 habitantes, com exceção do Espírito Santo, com 4,92 e o Paraná, com 1,2, apontando o potencial de confirmar o nível de eliminação em 2005. O excedente de casos na Região Norte e Centro-Oeste fica evidente nos Estados de Rondônia, Acre, Roraima, Mato Grosso e Goiás, com um nível de magnitude entre 12 a 8/10.000 habitantes. Na Região Nordeste, destaque apenas para o Estado de Pernambuco com o mesmo perfil endêmico próximo a 9/10.000 habitantes.

Enquanto dados do MS apontam que 10 estados apresentam coeficientes de prevalência superiores a 5 por 10.000 habitantes, refletindo um nível de magnitude hiperendêmico em quase todo o país, taxas de prevalência segundo o padrão OMS indicam apenas 7 estados (Rondônia, Acre, Roraima, Pernambuco, Sergipe, Espírito Santo e Mato Grosso) nessa condição.

Tabela 2: Coeficientes de prevalências hanseníase (Ministério da Saúde, Padrão OMS e LEM-Brasil, 2002)

	ATDS(*)	Brasil (padrão OMS)	LEM (&)	LEM (padrão OMS)
Brasil	4,17	2,98	2,67	2,20
Região Norte	7,43	6,00	5,90	5,09
Rondônia	9,41	8,16	11,23	10,23
Acre	5,71	5,25	10,53	9,13
Amazonas	6,51	4,86	5,89	4,69
Roraima	14,53	10,47	12,79	11,80
Região Nordeste	6,04	5,37	4,89	3,45
Ceará	5,70	3,86	5,92	0,70
Paraíba	4,84	2,68	2,70	2,22
Pernambuco	8,51	7,85	8,91	4,87
Alagoas	2,00	0,99	3,65	3,17
Sergipe	3,42	5,56	3,25	3,24
Bahia	4,36	1,50	2,82	2,62
Região Sudeste	2,41	1,64	1,17	1,16
Minas Gerais	2,98	1,83	0,78	0,74
Espírito Santo	5,84	5,57	4,92	4,76
Rio de Janeiro	3,86	1,93	0,74	0,71
São Paulo	1,29	1,10	0,19	0,19
Região Sul	1,42	0,82	0,57	0,55
Paraná	3,13	1,58	1,25	1,20
Santa Catarina	0,63	0,61	0,88	0,85
Rio Grande do Sul	0,22	0,22	0,38	0,37
Região Centro-Oeste	11,77	4,77	4,78	4,60
Mato Grosso	24,81	11,39	6,71	6,22
Mato Grosso do Sul	4,05	3,61	2,81	2,61
Goiás	12,65	3,73	8,35	7,94
Distrito Federal	1,49	0,41	0,98	0,95

Excluídos Amapá, Tocantins, Pará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte por ausência de dados dos abandonos na Coordenação Estadual.

Fonte: (*) Área Técnica de Dermatologia Sanitária – Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

(&) Nº de pacientes registrados para tratamento no momento da visita Formulário 7 fornecido pelos monitores FUAM&ILSL - julho 2003/ População residente nos municípios visitados pelo LEMX10.000.

LEM padrão OMS – (Nº de pacientes registrados para tratamento no momento da visita Formulário 7 fornecido pelos monitores FUAM&ILSL – abandonos) / População residente nos municípios visitados pelo LEMX10.000.

A taxa de prevalência sobre modificação do valor de 2.67/10.000 habitantes para 2.69 quando inclui-se todos os estados. Embora essas taxas estejam ainda elevadas na maioria dos estados, o tempo de permanência dos pacientes está em um patamar baixo (razão P/D 1,26), mostrando que está ocorrendo uma importante redução da disparidade entre o volume de casos diagnosticados que entram no sistema e aqueles que são curados (Tabela 3).

As disparidades são mais acentuadas no Pará e Pernambuco, porque a permanência dos pacientes nos registros é superior ao tempo recomendado de tratamento. Essa situação pode ser explicada muito mais pela existência de uma parcela alta de casos de MB que continuam o tratamento depois da duração fixa (12 meses) e/ou a manutenção de registros inadequados de pacientes que já completaram o tratamento e não receberam alta do que pelos abandonos.

Tabela 3: Razão das Prevalências e Detecção Hanseníase (LEM-Brasil, 2002)

	Coef Prevalência	Coef. Detecção	Razão P/D
Brasil	2.69	2.14	1.26
Região Norte	6.06	5.21	1.16
Rondônia	11.23	12.31	0.91
Acre	10.53	7.27	1.45
Amazonas	5.89	3.78	1.56
Roraima	12.79	12.42	1.03
Pará	2.72	1.10	2.48
Amapá	5.58	7.67	0.73
Tocantins	3.95	9.33	0.42
Região Nordeste	4.91	3.69	1.33
Maranhão	8.07	5.85	1.38
Piauí	4.50	5.18	0.87
Ceará	5.92	4.50	1.32
Rio Grande do Norte	1.20	2.21	0.54
Paraíba	2.70	2.98	0.91
Pernambuco	8.91	4.24	2.10
Alagoas	3.65	2.65	1.38
Sergipe	3.25	3.11	1.05
Bahia	2.82	2.68	1.05
Sudeste	1.17	0.70	1.68
Minas Gerais	0.78	1.27	0.62
Espírito Santo	4.92	5.25	0.94
Rio De Janeiro	0.74	0.64	1.16
São Paulo	0.19	0.12	1.63
Sul	0.57	0.94	0.61
Paraná	1.25	1.05	1.19
Santa Catarina	0.88	0.66	1.33
Rio Grande do Sul	0.38	0.41	0.94
Centro-Oeste	4.78	4.43	1.08
Mato Grosso	6.71	4.32	1.55
Mato Grosso do Sul	2.81	2.40	1.17
Goiás	8.35	8.60	0.97
Distrito Federal	0.98	1.14	0.86

Coeficientes de prevalência e detecção calculados segundo os dados fornecido pelos monitores FUAM&ILSL - julho 2003
População residente nos municípios visitados pelo LEMX10.000

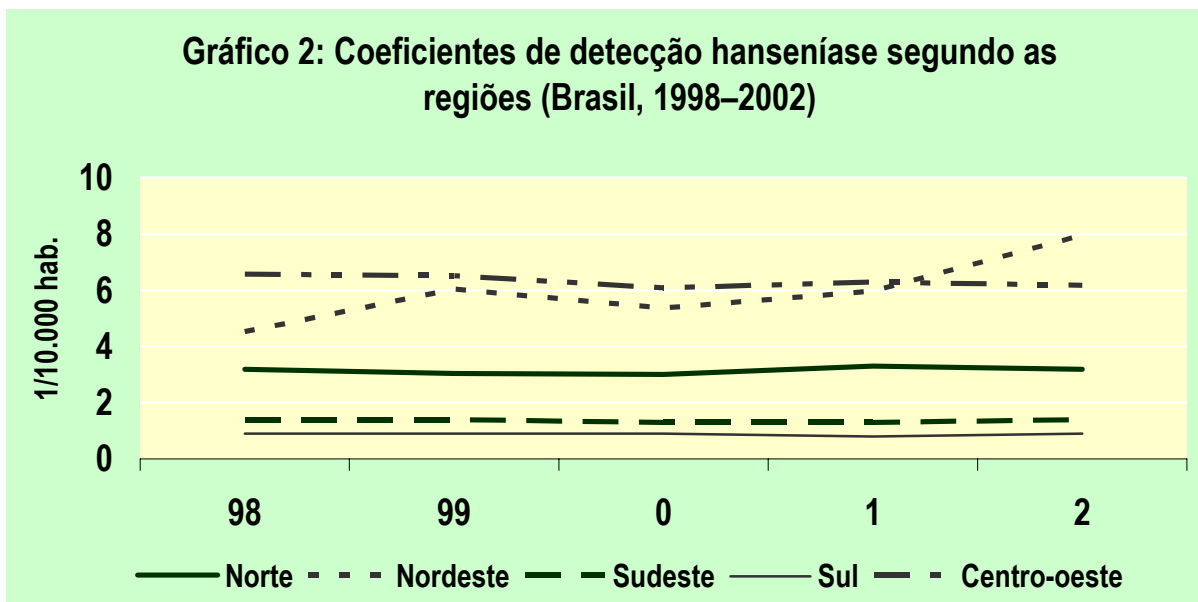
Detecção

Os dados amostrais obtidos nos 11.765 prontuários dos casos novos equivalem a 25% do total de casos novos declarado pelo Ministério da Saúde. A participação de cada Estado na amostra variou de 13 % na Região Sudeste a 30% na Região Norte.

As taxas de detecção para os últimos cinco anos revelaram tendência estável para as Regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e comportamento ascendente somente para a Região Nordeste. A ascensão das taxas de detecção com reflexo na prevalência do

Nordeste pode ser explicada pelo incremento da detecção dos Estados de Alagoas, Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe.

Os coeficientes das Regiões Centro-Oeste e Nordeste permanecem num patamar três vezes superior ao das Regiões Sul e Sudeste. Chamam a atenção essas diferenças que marcam as regiões, com extremos nítidos exemplificados pela Região Sul e a Região Centro-Oeste (Gráfico 2).



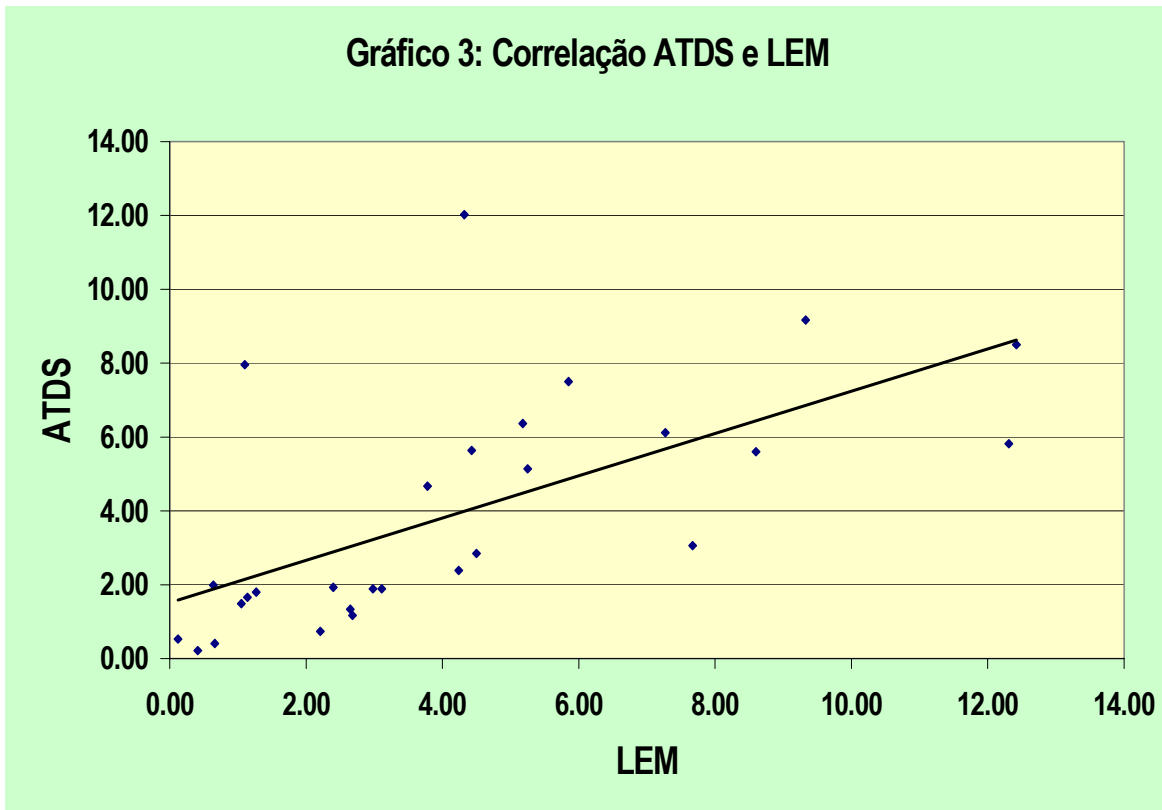
Fonte: Relatórios regiões LEM 2003 – Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Matta.

De acordo com as informações do Programa Nacional, em 2002, foram diagnosticados 46.733 casos novos, enquanto os estados declararam aos monitores do LEM apenas 41.460 casos.

Há uma correlação positiva entre os dados de casos novos coletados no nível estadual pelos monitores do LEM e os publicados pelo ATDS, o que não se observou com a prevalência (Gráfico 3).

Os coeficientes de detecção calculados a partir dos dados de nível local (coletados pelos monitores LEM) são coincidentes em 16 dos 27 Estados, dentre esses, 12 estão no mesmo nível endêmico do Ministério da Saúde.

As principais discordâncias observadas entre os dados do nível local e os publicados pelo MS são: o Estado do Amazonas e Pará, que são hiperendêmicos pelo Ministério da Saúde; no LEM, passam para o nível de endemia muito alta. Já o Amapá, Ceará e Pernambuco, Sergipe, Paraíba, Bahia, Alagoas, Mato Grosso e Rio Grande do Norte, com informações do LEM, passam para um nível superior de endemicidade daquele medido pelo coeficiente de detecção do Ministério da Saúde.



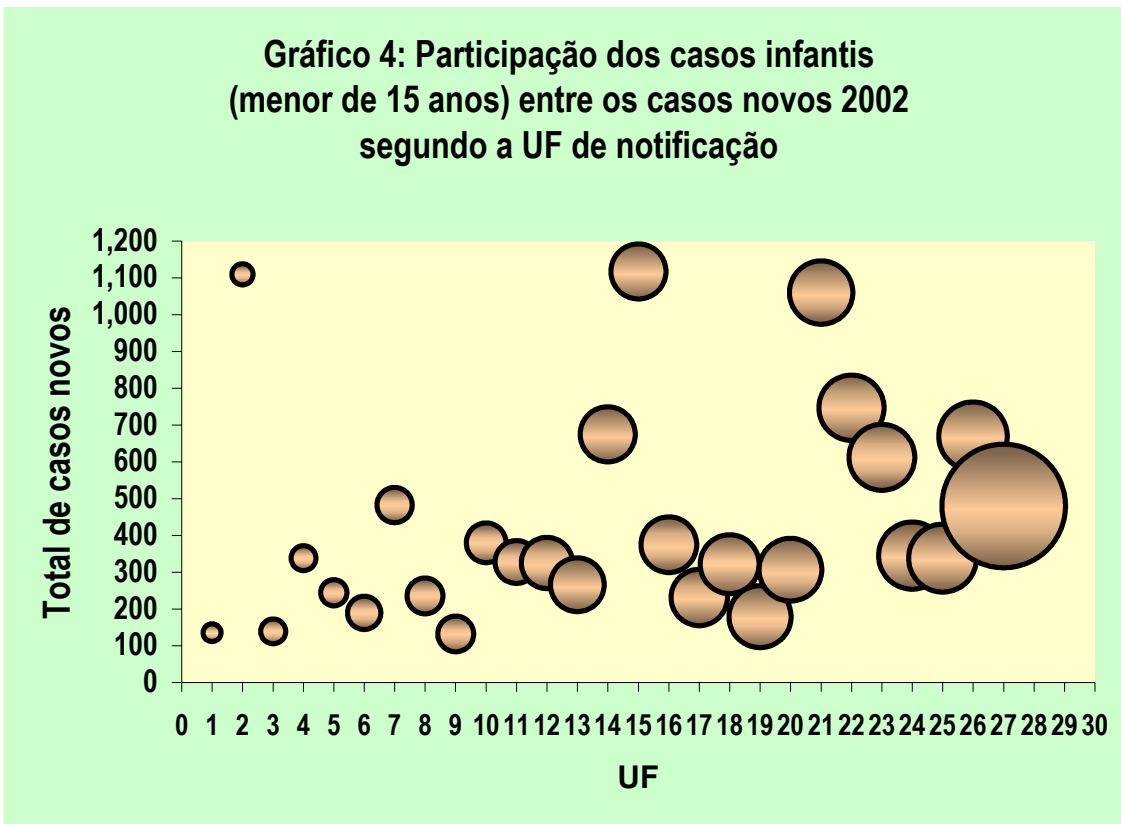
Fonte: Relatórios regiões LEM 2003 –Instituto Lauro de Souza Lima e Fundação Alfredo da Matta.

Os dados LEM mostram que menos de 20% dos casos novos em 2002 apresentavam no momento do diagnóstico uma única lesão. Com exceção do Pará e Roraima, todos os Estados da Região Norte, Rio de Janeiro, Piauí, Alagoas, Sergipe e Paraíba apresentam uma proporção superior a 25% de lesão única entre os casos novos. Dez por cento dos casos novos MB tinham lesão única, observando-se maior frequência (20%) no Estado de Minas Gerais. Enquanto os dados do LEM mostram que aproximadamente 20% dos casos novos de 2002 apresentaram no momento do diagnóstico lesão única, dados fornecidos pelos coordenadores estaduais de 13 Estados que dispunham dessa informação indicam que somente 7,7% dos casos novos apresentavam lesão única (Tabela 5 e 6).

Esse indicador de parâmetro ainda não definido pode idealmente indicar que a rede de saúde está diagnosticando os casos na fase inicial da doença como também, indiretamente alertando que esteja ocorrendo, em algumas áreas um excesso de casos falso positivos.

Em termos regionais, a composição dos casos novos por idade inferior ou igual a 15 anos é bastante diferenciada, refletindo ainda a presença de transmissão ativa, e é distribuída de forma diversa no território nacional, principalmente na Região Norte e Nordeste. Dados informados pelos Coordenadores de Estado são coincidentes com as informações do LEM: - as crianças correspondem a 7,70% dos casos novos. Estados da Região Norte e Nordeste chegam a ultrapassar a margem de 10% de crianças (Gráfico 4).

Gráfico 4: Participação dos casos infantis (menor de 15 anos) entre os casos novos 2002 segundo a UF de notificação



Fonte: Dados coletados pelos monitores LEM, Formulário 03, FUAM&ILSL.

Posição	1	2	3	4	5	6
UF	São Paulo	Goiás	Rio G.Sul	Minas Gerais	Distrito Federal	Mato G.Sul
	7	8	9	10	11	12
	Rio de Janeiro	Paraná	Santa Catarina	Espírito Santo	Mato Grosso	Alagoas
	13	14	15	16	17	18
	Sergipe	Rondônia	Ceará	Paraíba	Rio G. do Norte	Acre
	19	20	21	22	23	24
	Pará	Tocantins	Pernambuco	Bahia	Maranhão	Amapá
			25	26	27	
			Roraima	Amazonas	Piauí	

Em 2002, os MB representavam 56% do total de casos novos. As formas MB predominam nas Regiões Centro-Oeste (70%). No Estado de Goiás foram observados 89% de MB. Na Região Sudeste, Minas Gerais com 89%, e, na Região Sul, o Rio Grande do Sul com 77%. Com 37%, Mato Grosso possui a menor proporção de casos de MB dos casos registrados examinados pelo LEM. Dados das Coordenações Estaduais mostram que a participação dos MB é de 52%, confirmando Rio Grande do Sul (75%), Goiás (62%) e Minas Gerais (66%) como os Estados que mais contribuem com MB dentre os casos novos de 2002.

A constatação de um número expressivo de casos multibacilares (MB) em algumas áreas, requer um estudo de validade de casos. Reforçam essa necessidade o achado que 10% dos

casos novos de 2002 classificados como MB apresentavam lesão única no momento do diagnóstico.

Como resultado da detecção diferenciada por gênero, o Brasil, como os demais países, apresenta predomínio de homens em quatro das cinco regiões. Constata-se um discreto excedente feminino na composição dos casos novos de 2002 na região Nordeste por conta da Paraíba (57%), Bahia (55,02%) e o Ceará (51%). Em 2002, a parcela feminina representa 46%, com variações de 30% no Amapá e 57% na Paraíba.

Constatou-se um importante diferencial entre os valores obtidos na amostra e os informados pelo Estado para o percentual de casos novos com incapacidade 2. Segundo as informações provenientes dos prontuários examinados em nível local, o exame do grau de incapacidades na maioria dos estados foi realizado em mais de 85% dos casos detectados (dados da amostra), o que demonstra a capacidade operacional positiva dos serviços.

A proporção de incapacidades (grau maior ou igual a 2) entre casos novos está, em geral, relacionada à demora da rede de saúde para realizar o diagnóstico e, quando o faz, os casos já se encontram em fase avançada da doença. Segundo os dados do LEM, 650 indivíduos foram diagnosticados apresentando uma incapacidade física no ano de 2002. A maior frequência do diagnóstico tardio foi observada no Rio Grande do Sul (13%), seguida de Mato Grosso (12,5%) e Santa Catarina com 11,36%. Quando a leitura é feita com os dados da Coordenação Estadual, em seguida ao Rio Grande do Sul, estão Minas Gerais e o Paraná, com 9,41 e 9,13%, respectivamente.

Tabela 5: Proporção de Lesão, Crianças, Multibacilares, Mulheres e Grau maior que 2 entre os casos novos de hanseníase (LEM, Brasil, 2003)

UF Região	Casos novos (*)	%				
		Lesão única	Criança	MB	Mulher	Grau>=2
Brasil	11.765	19,10	7,70	56,97	46,01	5,52
<i>Região Norte</i>	<i>2836</i>	<i>30,18</i>	<i>9,24</i>	<i>52,54</i>	<i>41,33</i>	<i>7,17</i>
Rondônia	675	28,89	6,96	54,37	42,67	6,57
Acre	322	26,71	8,07	65,84	42,86	4,48
Amazonas	670	38,96	10,90	45,52	39,25	9,18
Roraima	338	20,12	10,65	60,95	37,57	9,96
Pará	179	17,88	8,94	56,42	30,73	6,88
Amapá	345	33,91	10,43	50,14	46,67	6,59
Tocantins	307	31,60	9,12	41,04	45,60	4,35
<i>Região Nordeste</i>	<i>5.213</i>	<i>16,34</i>	<i>10,78</i>	<i>53,46</i>	<i>50,07</i>	<i>4,68</i>
Maranhão	612	15,52	9,97	61,93	40,03	6,42
Piauí	480	35,21	35,21	42,71	50,21	4,41
Ceará	1.117	7,07	6,98	63,47	51,12	6,89
Rio Grande do Norte	231	18,18	7,36	55,41	50,65	8,99
Paraíba	375	30,13	7,20	44,27	57,87	5,81
Pernambuco	1.060	1,42	9,25	50,85	49,25	3,97
Alagoas	325	26,46	6,15	43,69	49,54	6,90
Sergipe	266	27,44	6,77	46,62	46,99	8,78
Bahia	747	24,10	9,91	52,88	55,02	4,25
<i>Sudeste</i>	<i>1.337</i>	<i>23,19</i>	<i>2,54</i>	<i>57,67</i>	<i>46,82</i>	<i>6,28</i>
Minas Gerais	338	18,64	1,48	89,94	47,93	8,66
Espírito Santo	380	23,68	3,68	40,79	50,53	3,65
Rio de Janeiro	483	32,09	2,90	48,45	45,34	10,10
São Paulo	136	1,47	0,74	57,35	38,97	9,52
<i>Sul</i>	<i>507</i>	<i>4,54</i>	<i>2,56</i>	<i>65,29</i>	<i>44,38</i>	<i>7,89</i>
Paraná	236	0,85	2,97	58,90	42,37	4,39
Santa Catarina	132	10,61	3,03	63,64	46,21	11,36
Rio Grande do Sul	139	5,04	1,44	77,70	46,04	13,04
<i>Centro-Oeste</i>	<i>1.872</i>	<i>11,00</i>	<i>1,87</i>	<i>70,67</i>	<i>41,67</i>	<i>5,98</i>
Mato Grosso	328	11,28	4,27	39,33	37,20	7,69
Mato Grosso do Sul	190	22,63	2,63	46,31	46,31	12,50
Goiás	1.110	6,49	1,08	86,67	41,44	5,03
Distrito Federal	244	22,13	1,64	59,02	45,08	7,39

(*) Casos diagnosticados nas Unidades Sanitárias visitadas pelos monitores LEM.

Fonte: Dados coletados pelos monitores LEM, formulário 03 FUAM&ILSL.

Tabela 6: Proporção de Lesão, Crianças, Multibacilares, Mulheres e Grau maior que 2 entre os casos novos de hanseníase (Brasil, 2002)

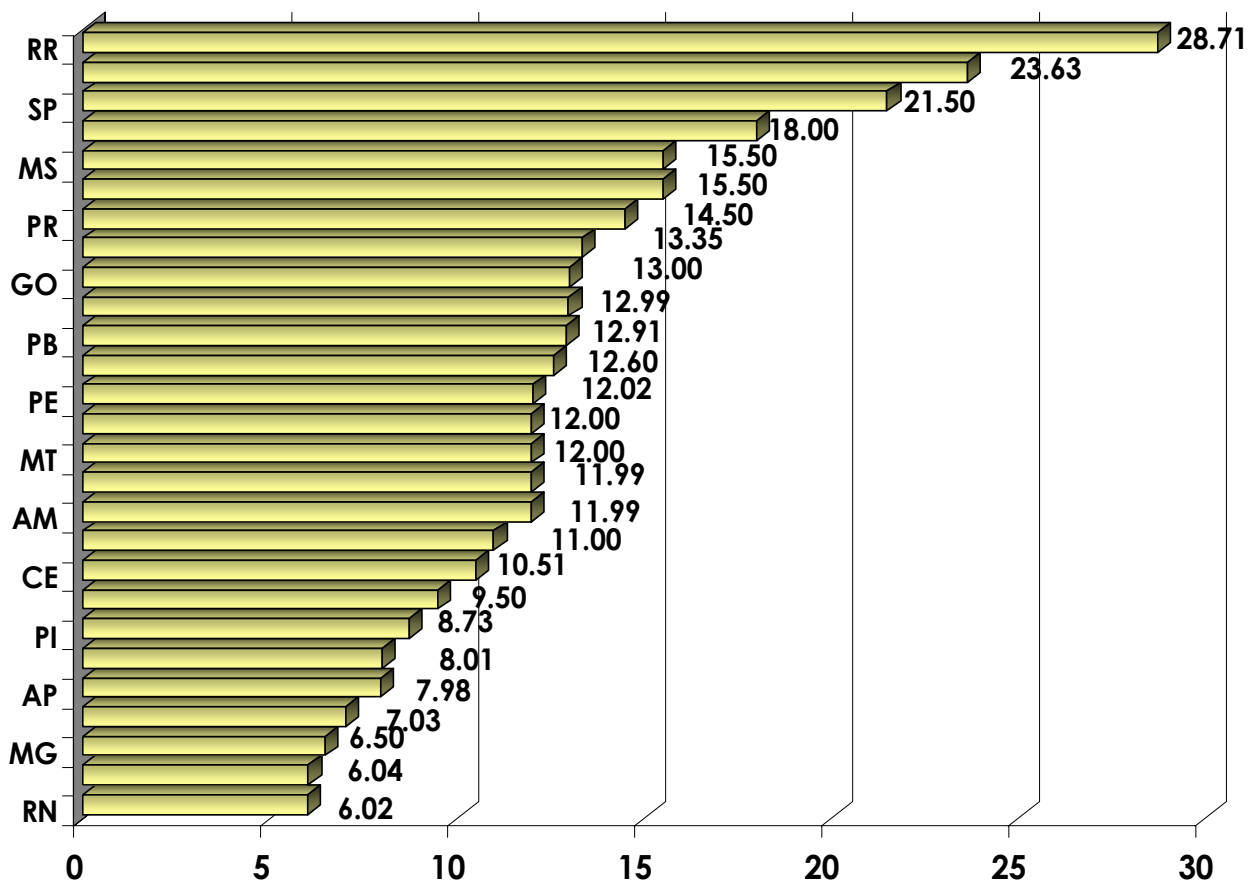
UF Região	Casos novos (*)	%				
		Lesão única	Criança	MB	Mulher	Grau >=2
Brasil	47.026	7,89	7,70	52,69	45,46	4,94
<i>Região Norte</i>	<i>10.441</i>	<i>2,06</i>	<i>10,74</i>	<i>51,21</i>	<i>40,19</i>	<i>4,45</i>
Rondônia	1.171	1,11	7,17	48,68	42,19	4,78
Acre	359	37,05	8,08	60,72	42,34	3,62
Amazonas	1.384	...	11,27	43,28	40,10	5,64
Roraima	295	24,43	11,19	59,61	40,72	6,84
Pará	5.967	...	11,76	52,53	30,38	...
Amapá	158	...	9,49	54,83	39,44	4,18
Tocantins	1.107	...	9,21	39,22	42,69	4,29
<i>Região Nordeste</i>	<i>15.763</i>	<i>1,59</i>	<i>8,86</i>	<i>49,48</i>	<i>48,16</i>	<i>4,12</i>
Maranhão	4.684	...	12,02	50,43	43,41	4,84
Piauí	1.846	...	7,96	40,50	49,02	3,66
Ceará	2.179	...	6,06	55,58	49,80	5,33
Rio Grande do Norte	212	...	7,55	61,16	53,72	4,96
Paraíba	823	14,79	8,14	51,07	51,33	4,80
Pernambuco	2.966	...	9,24	49,28	51,72	4,11
Alagoas	387	...	9,30	40,53	52,91	2,43
Sergipe	349	41,75	10,03	41,75	51,46	3,88
Bahia	2.317	...	5,48	48,88	47,85	1,89
<i>Sudeste</i>	<i>10.906</i>	<i>18,39</i>	<i>5,56</i>	<i>54,69</i>	<i>48,41</i>	<i>6,73</i>
Minas Gerais	3.305	28,88	5,23	72,36	49,28	9,41
Espírito Santo	1.707	36,67	7,26	40,01	50,96	3,92
Rio de Janeiro	2.926	12,57	5,40	48,84	49,96	5,31
São Paulo	2.968	0,21	5,09	48,20	44,22	6,62
<i>Sul</i>	<i>1.919</i>	<i>0,08</i>	<i>2,55</i>	<i>63,48</i>	<i>44,46</i>	<i>9,18</i>
Paraná	1.461	...	2,33	62,34	43,41	9,13
Santa Catarina	225	0,89	4,44	61,34	46,67	6,23
Rio Grande do Sul	233	...	2,15	75,10	51,07	12,44
<i>Centro-Oeste</i>	<i>7.997</i>	<i>17,01</i>	<i>5,63</i>	<i>55,17</i>	<i>43,59</i>	<i>3,43</i>
Mato Grosso	3.131	39,13	8,14	43,30	40,64	3,41
Mato Grosso do Sul	646	...	3,72	48,10	43,51	4,19
Goiás	3.863	...	3,93	66,21	46,03	3,06
Distrito Federal	357	22,81	5,32	55,49	44,22	6,19

Fonte: ATDS/SVS/MS (*) dados de novembro de 2002.

O período entre o aparecimento do(s) sintoma(s) da hanseníase e a confirmação do diagnóstico é um importante indicador que afere as atividades de detecção de casos. Na análise que permite a tomada de decisões para correções de rumo no sentido de melhorar o desempenho das atividades envolvidas na detecção, verifica-se que, na maioria dos

Estados do país, o diagnóstico ainda está sendo feito pela rede de saúde um ano depois do surgimento dos sintomas.

Gráfico 5: Tempo (meses) entre o aparecimento do(s) sintoma(s) da hanseníase e a confirmação do diagnóstico (LEM, Brasil, 2003)



Fonte: Dados coletados pelos monitores (LEM, FUAM&ILSL).

Em diversos estados, não foi possível colher informações como o número de lesão única para os últimos 5 anos e casos em abandono no Pará, Amapá, Maranhão, Tocantins, Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul. Também não foi possível coletar do registro ativo, na maioria dos Estados, os casos MB que receberam 12 doses (duração fixa de tratamento) e os PB 6 doses.

II. Integração de serviços de Poliquimioterapia PQT com Serviços de Saúde Geral

A integração dos serviços de PQT que avalia a disponibilidade e acessibilidade ao diagnóstico, acompanhamento do tratamento e a liberação por cura clínica foi mensurada pela proporção de unidades de saúde com serviços de PQT disponíveis entre todas as unidades de saúde existentes na área visitada.

Mais de 60% (3.521) dos municípios do país possuem pelo menos um residente diagnosticado de hanseníase em 2002.

Do total de 7.056 Unidades Sanitárias (Centro, Posto e Unidade Saúde da Família) dos municípios amostrados, 1.112 tinham serviço de PQT (diagnóstico+tratamento+alta), produzindo uma cobertura geográfica de 16%. Essa baixíssima cobertura pode ser explicada pela combinação de vários fatores: uma diretriz nacional de distribuição *blisters* de PQT apenas para determinadas Unidades Sanitárias, falta de pessoal e/ou um processo muito lento de integração.

Em termos regionais, em 2003, o Sistema de Informação Ambulatorial reporta que a maior concentração de unidades de saúde que prestam serviços de atenção básica (Centro, Posto e Unidade Saúde da Família) estava na Região Norte (51%), seguida pela Região Nordeste (35%).

Desse potencial de instalações de saúde, 32% das Unidades de Saúde dos municípios visitados da Região Norte possuem serviços de PQT, para as demais quatro regiões a cobertura foi inferior a 30%.

A cobertura ideal ($\geq 85\%$ das instalações de saúde) apenas foi observada no Estado do Rio Grande do Norte.

Vinte e um estados apresentaram cobertura inferior a 50%, sendo que em 9 deles menos de 10% das instalações de saúde visitadas estavam provendo diagnóstico e tratamento, destacando a necessidade urgente de estabelecimento de um mecanismo de integração.

Nas capitais, o mesmo perfil de baixa cobertura pode ser verificado. Apenas cinco capitais têm cobertura de serviços de Saúde superior a 50% (Natal, Palmas, Cuiabá, Campo Grande e Boa Vista) (Tabela 7).

Dos 153 municípios visitados, 2.189 possuíam Unidade Saúde da Família (USF), e 22% (485) realizam diagnóstico e tratamento. A maioria dessas USF está nos municípios amostrados de Estados como Rio Grande do Norte, Bahia, Ceará e Tocantins e realiza o diagnóstico e o tratamento. Por outro lado, várias Unidades Saúde da Família não atendem casos de hanseníase, inclusive as das Capitais, dos Estados do Acre, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Brasília. As medidas contidas no Programa Saúde da Família parecem que ainda não colocam as atividades de eliminação (diagnóstico e tratamento) no mesmo nível de oportunidade que as demais doenças (Tabela 8).

**Tabela 7: Cobertura(*) de serviços de PQT segundo as Unidades Federadas e suas Capitais
(Brasil, 2003)**

Estados	%US com serviço de PQT	Capitais	%US com serviço de PQT
Acre	6,58	Rio Branco	1,30
Alagoas	28,74	Maceió	20,99
Amazonas	26,98	Manaus	30,50
Bahia	25,83	Salvador	11,34
Ceará	23,55	Fortaleza	17,05
Distrito Federal	19,12	Brasília	17,57
Espírito Santo	21,33	Vitória	21,33
Goiás	6,17	Goiânia	4,12
Minas Gerais	3,06	Belo Horizonte	3,06
Mato Grosso do Sul	57,78	Campo Grande	80,00
Mato Grosso	50,33	Cuiabá	71,08
Pará	7,27	Belém	6,06
Paraíba	22,01	João Pessoa	9,03
Pernambuco	25,36	Recife	12,57
Piauí	2,13	Teresina	1,20
Paraná	1,76	Curitiba	18,18
Rio Grande do Norte	96,55	Natal	100,00
Rio de Janeiro	21,97	Rio de Janeiro	21,97
Rondônia	18,37	Porto Velho	23,33
Roraima	43,88	Boa Vista	52,38
Rio Grande do Sul	3,75	Porto Alegre	0,43
Santa Catarina	2,58	Florianópolis	2,02
Sergipe	48,68	Aracajú	20,30
São Paulo	7,15	São Paulo	7,15
Tocantins	54,55	Palmas	90,24

Fonte: Coordenação Estadual/Municipal – formulário 4 – LEM.

(*) No. Total de US que têm Serv. de PQT/No. de US X100.

Excluída Amapá.

Tabela 8: Cobertura(*) de serviços de PQT nas Unidades Saúde da família segundo as Unidades Federadas e suas Capitais (Brasil, 2003)

	Unidades Saúde da Família	Unidades Saúde da Família ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase	Cobertura Unidade saúde da Família com serviço PQT
Brasil	2.189	485	22,16
Região Norte	386	105	36,27
Rondônia	26	15	57,69
Acre	45	0	0,00
Amazonas	192	30	15,63
Roraima	60	26	43,33
Pará	11	1	9,09
Tocantins	52	33	63,46
Região Nordeste	727	311	41,19
Maranhão	3	1	33,33
Ceará	71	53	74,65
Rio Grande do Norte	20	20	100,00
Paraíba	167	44	26,35
Pernambuco	165	49	29,70
Alagoas	84	30	35,71
Sergipe	183	84	45,90
Bahia	34	30	88,24
Região Sudeste	529	8	1,51
Minas Gerais	486	0	0,00
Espírito Santo	14	4	28,57
Rio de Janeiro	54	2	3,70
São Paulo	29	4	13,79
Região Sul	300	0	0,00
Paraná	8	0	0,00
Santa Catarina	181	0	0,00
Rio Grande do Sul	111	0	0,00
Região Centro-Oeste	219	26	11,87
Mato Grosso	46	22	47,83
Mato Grosso do Sul	22	0	0,00
Goiás	130	4	3,08
Distrito Federal	21	0	0,00

Excluídos Amapá e Piauí.

Fonte: Formulário 4, monitores LEM 2003.

Acessibilidade a PQT

A partir das entrevistas realizadas com os 952 pacientes que se encontravam na unidade no momento da visita dos monitores do LEM, a acessibilidade ao tratamento é estimada pelo conjunto de 3 indicadores: mediana da distância em Km para a dose PQT, mediana estimada de custo para o paciente (R\$) e a flexibilidade das unidades no fornecimento de blisters. Os resultados obtidos avaliam se os pacientes têm fácil acesso (geográfico, econômico e cultural) aos serviços de PQT do país.

Tabela 9: Indicadores da acessibilidade da PQT por Região e Estados (Brasil, LEM, 2003)

	Mediana da distância em Km para a dose PQT	Mediana estimada de custo para o paciente (R\$)	Mediana estimada de custo para o paciente (U\$)	% Flexibilidade de PQT
Região Norte	5	3	1,00	85,70
Rondônia	3	3	1,00	77,78
Acre	8	3	1,00	100,00
Amazonas	10	5	1,67	67,86
Roraima	1	1	0,33	18,18
Pará	2	1	0,17	100,00
Amapá	35	10	3,33	100,00
Tocantins	3	0	0,00	77,78
Região Nordeste 6		3	1,67	37,80
Maranhão	6	0	0,00	92,86
Piauí	4	3	0,87	0,00
Ceará	26	3	0,93	3,85
Rio Grande do Norte	3	2	0,65	100,00
Paraíba	7	4	1,33	50,00
Pernambuco	15	0	0,00	75,00
Alagoas	4	2	0,67	16,13
Sergipe	27	3	0,97	57,14
Bahia	7	2	0,67	96,15
Região Sudeste 9		3	1,00	
Minas Gerais	16	4	32,00	7,00
Espírito Santo	5	2	0,67	5,00
Rio De Janeiro	13	3	1,00	36,00
São Paulo	6	18	5,83	69,00
Região Sul	7	4	1,17	
Paraná	10	16	5,17	100,00
Santa Catarina	10	3	1,00	100,00
Rio Grande do Sul 4		3	1,00	50,00
Região Centro-Oeste 20		5	1,67	
Mato Grosso	6	12	4,00	65,00
Mato Grosso do Sul 10		0	0,00	18,18
Goiás	16	3	1,00	100,00
Distrito Federal	56	5	1,67	100,00

Fonte: Formulário 9, monitores LEM 2003.

Para a construção das médias e medianas, considerou-se o valor zero tanto para valores da distância para pegar a dose mensal de PQT quanto para o custo estimado pelos pacientes relacionados com aqueles casos que têm acesso mais fácil aos centros de saúde.

As variações entre as distâncias dos serviços de diagnóstico e tratamento da residência dos pacientes no país são muito amplas. Enquanto para Rondônia, Roraima, Pará e Alagoas as distâncias não ultrapassam 5kms, tendo, portanto, a melhor acessibilidade geográfica. No Amazonas, essas distâncias são de 10 Kms, e, em Pernambuco, de 16 kms. Já no Amapá e no Ceará, as distâncias entre as residências e a Unidade Sanitária chegam a ultrapassar 25Kms (Tabela 9).

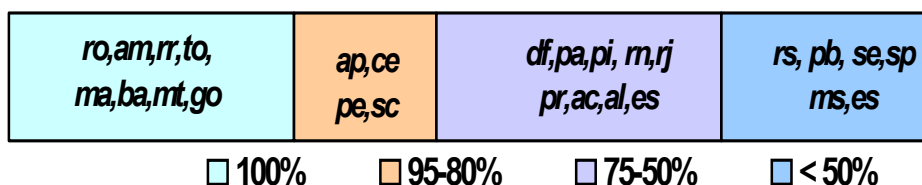
A maior distância percorrida pelos pacientes é de 2.000 Kms e é de paciente que recebe tratamento na Região Centro-Oeste. Essa distância deve-se, especialmente, ao Distrito Federal (97 Kms). A melhor acessibilidade geográfica foi observada na Região Norte e Nordeste (5Kms).

Não se observou correlação entre as distâncias percorridas e o custo para os pacientes chegarem até as Unidades Sanitárias.

Em geral, os pacientes gastam menos de 3 reais (1 dólar) para irem até a Unidade de Saúde pegar a dose supervisionada. As diferenças de custos entre as regiões são muito pequenas. Somente em quatro Estados os pacientes gastam mais de 10 reais. O gasto máximo é de 18 reais para os residentes de São Paulo e 16 do Paraná.

Em quase 80% das instalações de saúde, o diagnóstico e o tratamento estavam disponíveis em todos os dias de funcionamento do mês, variando de 30% em Mato Grosso do Sul e São Paulo para 100% em Rondônia, Amazonas, Roraima, Tocantins, Maranhão, Bahia, Mato Grosso e Goiás.

Gráfico 6: Distribuição percentual das US por Estado que atendem pacientes todos os dias da semana (Brasil, 2003)



Fonte: Formulário 10, monitores LEM 2003.

Enquanto a opção de prover mais de uma dose do tratamento PQT para pacientes que precisam era oferecida na maioria das Unidades de Saúde visitadas, para as instalações de saúde de Estados como Piauí, Ceará, Minas Gerais e Espírito Santo não foram observada essa conduta com a mesma frequência.

Para obter mais informações sobre a qualidade da assistência, por meio de entrevista e observação com os profissionais que realizam atendimento, foram incluídas nesse exercício LEM questões relativas ao atendimento de reação, fornecimento de esteróide e a categoria

profissional que atende às incapacidades físicas. Inclui-se também a pesquisa da categoria profissional que realiza o diagnóstico e prescreve o tratamento (Tabela 10).

Oitenta e cinco por cento das Unidades Sanitárias visitadas atendem casos de reação. Enquanto nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste a totalidade das Unidades de Saúde realizam esse procedimento, na Região Norte, principalmente em Roraima e no Amapá, nem todas as unidades visitadas dispõem de esteróides, e menos da metade das Unidades atendem reação. No Rio Grande do Sul, Tocantins, Alagoas e Rio Grande do Norte, a ocorrência de Unidades que atendem reação é inferior a média nacional. O médico, em algumas Unidades, não é o profissional que fornece os esteróides para casos de reação.

As incapacidades são atendidas por fisioterapeutas, enfermeiras ou auxiliares de enfermagem. A categoria profissional que mais atende às incapacidades físicas é a de enfermagem.

A pesquisa da categoria profissional que realiza o diagnóstico e prescreve o tratamento mostrou que nos Estados do Tocantins, Ceará, Maranhão, Sergipe, Espírito Santo e Santa Catarina, esses procedimentos são realizados exclusivamente por profissionais médicos, enquanto, nos demais estados, essas atividades são desenvolvidas por médicos e ou enfermagem, assistente social e profissionais de nível técnico.

Tabela 10: Categoria profissional que realiza o diagnóstico e prescreve o tratamento segundo os Estados (Brasil, LEM, 2003)

Categoria profissional		
Estados	Realiza o diagnóstico	Prescreve o tratamento
Acre	m/e/nmédio	m/e/nmédio
Amapá	m/e	m/e
Amazonas	m/nmédio	m/nmédio
Pará	m/e/nmédio	m/e/nmédio
Rondônia	m/e	m/e
Roraima	m/e	m/e
Tocantins	m	m
Alagoas	m/e	m/e
Bahia	m/e	m/e
Ceará	m	m
Maranhão	m	m
Paraíba	m/e	m/e
Pernambuco	m/e	m/e
Piauí	m/nmédio	m/nmédio
Rio Grande do Norte	m/e	m/e/nmédio
Sergipe	m	m
Minas Gerais	m/e	m
Espírito Santo	m	m
Rio de Janeiro	m	m/e
São Paulo	m/e	m/e
Paraná	m/e/nmédio	m
Santa Catarina	m	m
Rio Grande do Sul	m/e	m/e
Mato Grosso	m/e/nmédio	m/e/nmédio/nmédio
Mato Grosso do Sul	m/e/assist.social/nmédio	m/e/assist.social/nmédio
Goiás	m/e/nmédio	m/e
Distrito Federal	m/e	m/e

m = médico e =enfermeiro nmédio = nível médio assist. social = assistente social

Fonte: Formulário 10, monitor LEM.

Ainda observa-se na Região Sul e Centro-Oeste uma predominância de unidades sanitárias especializadas de 84% e 67%, respectivamente (Tabela 11).

Tabela 11: Tipo de Unidades Sanitárias que atendem casos de hanseníase por região (Brasil, 2003)

Regiões	Total US visitadas	Especializadas	
		No.	%
Norte	63	21	33,33
Nordeste	78	12	15,38
Sudeste	29	18	62,07
Sul	38	32	84,21
Centro-Oeste	34	23	67,65
Brasil	242	106	43,80

Fonte: Formulário 8, monitor LEM 2003.

Disponibilidade de *blisters*

Com o objetivo de identificar excesso ou deficiência de estoque de *blisters* PQT nas unidades de saúde no momento da visita, o indicador disponibilidade de *blisters* expressa em termos de suprimento mensal os estoques de PQT e a existência ou não de drogas com validade vencida.

A disponibilidade de *blisters* em meses foi calculada pelo número de *blisters* de cada Categoria em estoque, dividido pelo número de casos registrados em cada categoria. A disponibilidade de *blisters* de PQT foi medida por paciente-meses em todas as instalações de saúde visitadas.

O exame dos *blisters* revelou que, somente nos Estados do Amapá e da Paraíba, a quantidade de *blisters* de boa qualidade foi inferior a 90%. Na maioria dos estados, 100% dos *blisters* examinados se encontravam com boa qualidade e não foram relatadas queixas em relação ao manuseio dos mesmos. Entretanto, verificou-se, em algumas unidades da Região Sul, a existência de *blisters* com data de validade vencida.

Em geral, a disponibilidade de MB-adulto PQT foi menor do que 2, e de MB-criança, superior a 5 paciente-meses. A disponibilidade de MB-adulto era superior ou igual a 3 paciente-meses no Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraíba e Alagoas. No Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Amazonas foram encontrados mais de 6 *blisters* de MB adulto. No Rio Grande do Sul não foi encontrado nenhum blister infantil. Excesso de MB-criança foi observado em grande parte do país. A disponibilidade PB-adulto é maior do que MB.

Quadro 1: Disponibilidade de blisters (Brasil, 2003)

	Disponibilidade	MB adulto	PB adulto	MB criança	PB criança
Deficiência	menos de 1 mês	CE, PE, BA	PA	-	SP,CE,PE,SC,PR,ES,MA
Risco	1 a 2 meses	MG, SC,MS,RO,PR,RR,PA,MA,DF, SE,GO,PI,AP,SP,AC,TO,RN	MG, SC,CE,PE,PI,GO,MS,AC,PR,DF	MG,SC	MG,PA,MS,BA,AM,PB,RS
Ideal	3 a 6 meses	RJ,ES,P B,AL	RO,AL,MA,BA,RN,RO,RJ,ES,AP	CE,PA,MA,RR	AL,RJ,RO
Excesso	Mais de 6 meses	RS,MT,AM	PB,SE,SP,MT,TO,RS,AM	DF,PE,TO,AM,PI,MS,RJ,PR,BA,AL,ES,SP,GO,AC,MT,RO,PB,SE,AM,RN,RS	PI,RO,MT,GO,TO,RN,SE,DF,AP,AC

Fonte: Formulário 8, monitor LEM.

Esses resultados destacam que o suprimento PQT nas instalações de saúde está longe de ser adequado.

Em 60% das 242 instalações de saúde visitadas, foi verificada a disponibilidade de pelo menos 3 meses de tratamento PQT para todas as categorias. Essa disponibilidade variou de menos de 1 um *blisters* no Ceará e em Santa Catarina, para mais de 25 no Amazonas. A proporção de instalações de saúde com pelo menos 3 meses de PQT em relação a número de casos de hanseníase era de 34,6% para MB-adulto, 84,2% para MB-criança, 67,74.1% para o PB-adulto e 50,8% para PB-criança.

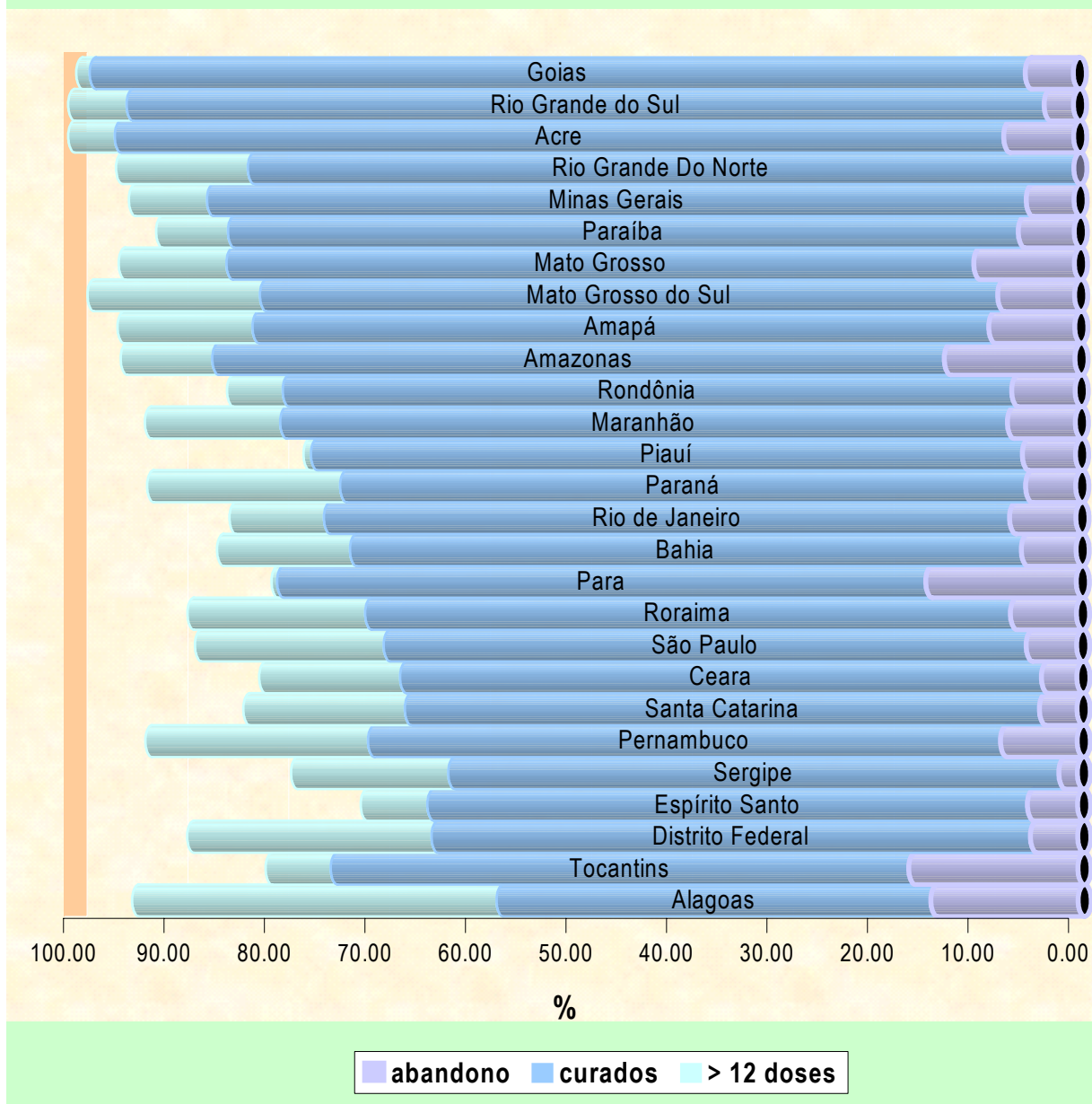
Esse último indicador provê um quadro pouco otimista em 13 Estados da rede de saúde em relação a responder de imediato a uma demanda extra de casos novos, como as produzidas por processos de mobilização social ou mesmo campanhas de massa.

Em conclusão, a disponibilidade de drogas da PQT ainda é um obstáculo para a expansão da assistência e descentralização, uma distribuição mais adequada em relação a número de casos é um tema que deve estar na agenda de governo.

III. Qualidade dos serviços com PQT

A qualidade dos serviços é mensurada pela associação da qualidade dos *blisters* e a proporção de pacientes das Coortes de MB e PB curados com PQT.

Gráfico 7: Status da coorte de Multibacilares (2001) segundo as informações dos prontuários das Unidades Sanitárias visitadas pelos monitores (LEM, Brasil, 2003)



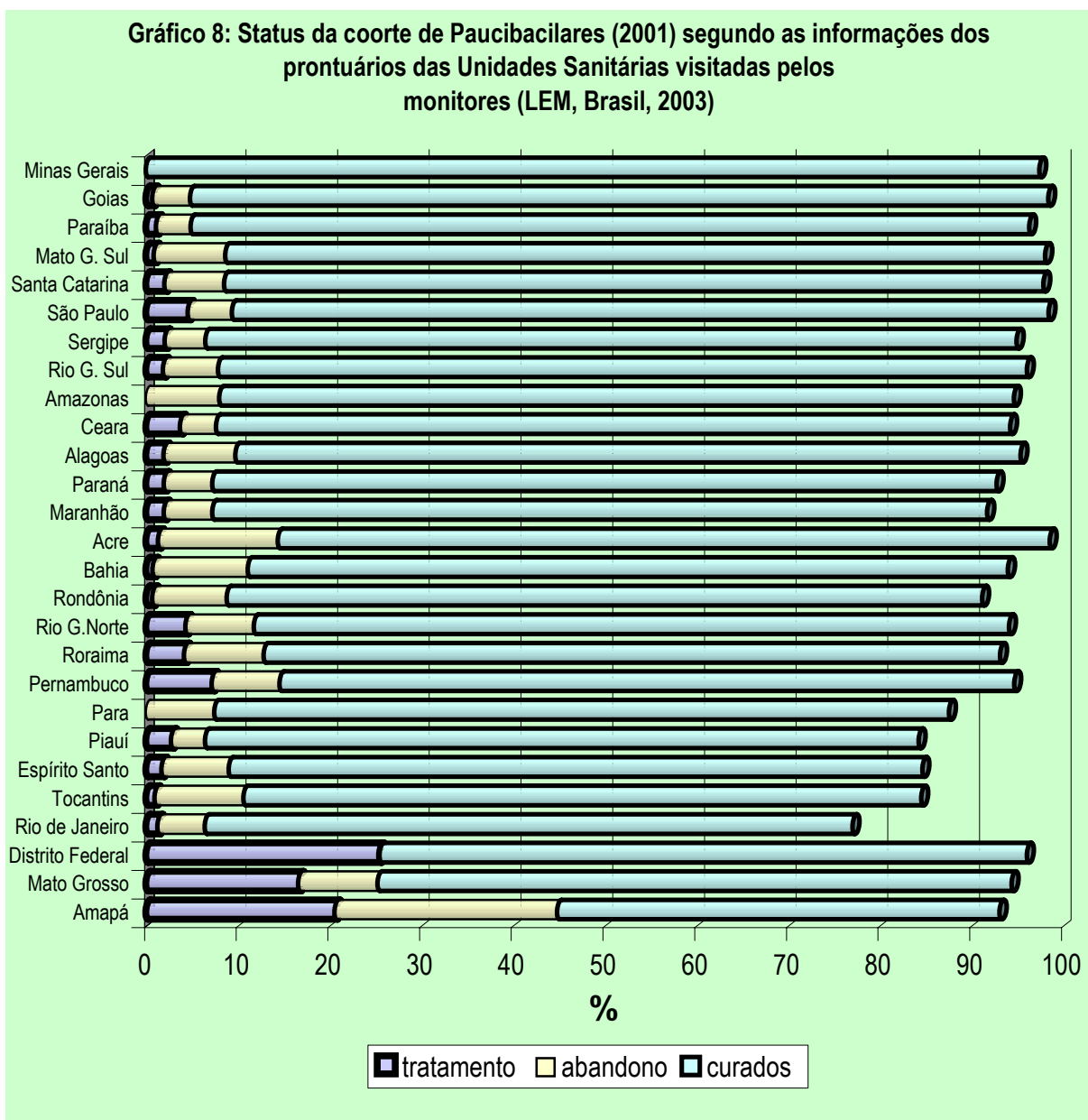
Fonte: Dados coletados pelos monitores LEM, formulário 06 FUAM&ILSL..

A taxa de cura global foi de 74,1% para MB, 81,3% para casos de PB nas instalações de saúde visitadas nos estados. A taxa de abandono, por sua vez, foi de 6,9% para os MB e para os PB. A proporção de pacientes PB em que o tratamento foi maior do que 6 meses foi de 3,8%, já para os MB a proporção de casos que recebiam mais de 12 doses no momento da visita dos monitores era de 9,5%.

Goias, Minas Gerais e Paraíba são os estados que apresentam as maiores taxas de cura.

Além deles, a taxa de cura para os MB é superior a 75% no Acre, Rio Grande do Norte e do Sul.

Mais de 150 prontuários foram examinados no Rio Grande do Norte e 250 em Minas Gerais, e nenhum caso de abandono foi constatado. Também não se observou em nenhum estado taxa de abandono para MB superior a 16%, como no Tocantins seguida por Alagoas e Pará, que apresentaram taxas de abandono de MB de 14%. Para os casos PB, com exceção do Amapá, com taxa de abandono de 24%, nenhum outro estado apresentou taxas superiores aos 12%.



Fonte: Dados coletados pelos monitores LEM, formulário 06 FUAM&ILSL.

No Distrito Federal, Pernambuco e São Paulo, observa-se que os casos MB e os PB tendem a continuar o tratamento depois de completarem a duração fixa de PQT.

No Pará, Amazonas e Minas Gerais, nenhum caso de PB com mais de 6 doses de tratamento foi observado. No Pará também não foi verificado MB com mais de 12 doses.

Entretanto, é importante destacar que mais de 20% dos casos MB diagnosticados em 2001 nas Unidades Sanitárias visitadas de Alagoas, Distrito Federal e Pernambuco e dos PB do Distrito Federal e no Amapá em julho de 2003 continuavam a receber mais de 12 para MB ou 6 doses para PB.

Ainda é necessária uma melhor avaliação dos casos incluídos na categoria "outras situações", que, na maioria dos estados, ultrapassam os casos que ainda estão em tratamento. As taxas de cura do país são inferiores a 80%.

Tabela 12: Taxas de cura dos casos Coortes MB e PB (Brasil, LEM, 2003)

Uf/Região	% curados
Brasil	77,15
<i>Região Norte</i>	<i>74,55</i>
Rondônia	77,38
Acre	86,54
Amazonas	79,61
Roraima	71,11
Pará	71,94
Amapá	66,67
Tocantins	65,68
<i>Região Nordeste</i>	<i>75,07</i>
Maranhão	77,78
Piauí	74,36
Ceará	75,67
Rio Grande do Norte	82,24
Paraíba	83,65
Pernambuco	71,62
Alagoas	67,55
Sergipe	76,21
Bahia	74,39
<i>Região Sudeste</i>	<i>73,28</i>
Minas Gerais	83,76
Espírito Santo	67,24
Rio de Janeiro	69,37
São Paulo	75,00
<i>Região Sul</i>	<i>78,19</i>
Paraná	75,21
Santa Catarina	72,66
Rio Grande do Sul	90,00
<i>Região Centro-Oeste</i>	<i>84,22</i>
Mato Grosso	70,90
Mato Grosso do Sul	81,34
Goiás	93,15
Distrito Federal	62,57

Fonte: Dados coletados pelos monitores LEM, formulário 06 FUAM&ILSL.