

em colaboração com o Instituto Lauro de Sousa Lima e a Fundação Alfredo da Matta
(Brasília, DF, janeiro 2004)

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.

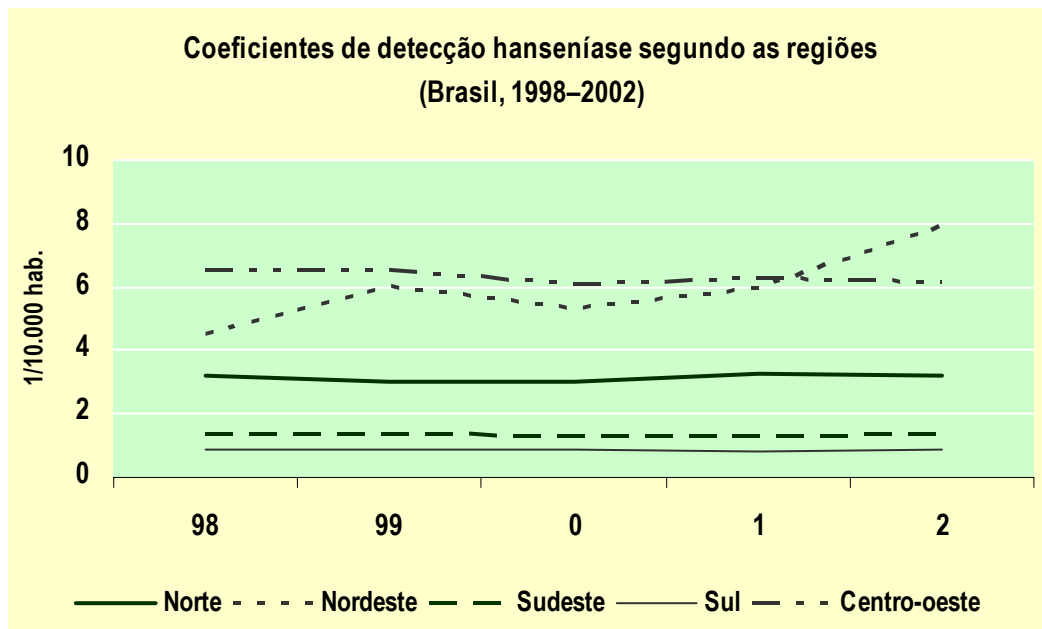
Coeficientes de prevalências hanseníase (Ministério da Saúde, Padrão OMS e LEM-Brasil, 2002)

	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.

(&) Nº de pacientes registrados para tratamento no momento da visita Formulário 7 fornecido pelos monitores FUAM&LSL - 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&LSL – 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.



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.

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%.

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.