

Avaliação da importância do diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase em relação ao custo do tratamento

Evaluation of the importance of the diagnosis and earlier treatment of hansen's disease regarding to the cost of treatment

Márcio Curto¹; Denise B. Barboza²; Vânia D.A. Paschoal²

¹Enfermeiro, graduado pela FAMERP e Mestrando pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública pela EERP - USP;

²Docente*

Resumo O presente trabalho teve como objetivo evidenciar a importância do diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase, e identificar o perfil epidemiológico dos clientes atendidos em um ambulatório de dermatologia de um hospital-escola no município de São José do Rio Preto - SP. Realizou-se a análise de prontuários e fichas de controle de tratamento de uma amostra representativa de 72 clientes que iniciaram o tratamento no período de Janeiro de 2000 a Janeiro de 2005. As variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, esquema terapêutico administrado e avaliação quanto ao grau de incapacidade apresentado no diagnóstico da doença, além dos valores das drogas utilizadas no tratamento e a estimativa do custo do tratamento nos grupos paucibacilares e multibacilares. Resultados: em 58 (80,5%) dos clientes que foram avaliados quanto ao grau de incapacidade, 52,8% enquadravam-se na escala de avaliação como Grau Zero, 19,4% apresentavam Grau I e 8,3% apresentavam Grau II/ Grau III, somando assim 27,8% de casos com incapacidade física. Conclui-se que o expressivo número de casos de incapacidades observado foram submetidos tardiamente ao diagnóstico e tratamento sendo necessário reforçar as medidas preventivas como, ações de busca ativa e controle de comunicantes intradomiciliares, bem como, a descentralização do atendimento no município. Evidencia-se que o tratamento poliquimioterápico é caro, caso o tratamento deixasse de ser subsidiado na rede pública.

Palavras-chave Hanseníase/diagnóstico; Hanseníase/terapia; Hanseníase/prevenção & controle; Diagnóstico Precoce; Análise Custo-Eficiência; Custos de Cuidados de Saúde.

Abstract The present work had as objectives to show the importance of the diagnosis and earlier treatment of the Hansen's disease (leprosy), and to identify the client's epidemiological profile assisted in a Dermatology outpatient of a school-hospital in the municipality of São José do Rio Preto - SP. The medical charts and treatment control records of 72 clients who initiated the treatment from January 2000 to January 2005 were analyzed. The variables studied were: sex, age group, therapeutic management, and the evaluation of the disability degree presented in the disease diagnosis. The costs of both the drugs and the treatment were investigated. The treatment cost was estimated according to paucibacillary as well as multibacillary forms of the disease. Results: Of the total 58 clients (80.5%) evaluated according to their disability degree; 52.8% were classified in the scale as Zero Degree; 19.4% presented Degree I; and 8.3% Degree II/ Degree III, summing up 27.8% of cases with physical disability. In conclusion, the expressive number of cases of physical disabilities have been lately submitted to diagnosis and treatment, being necessary to reinforce preventive measures such as: the search of active actions and control of home communicants as well as the decentralization of the service in the municipality. Furthermore, polychemiotherapeutic treatment should be evidenced since it is very expensive if it is not subsidized by the public health service.

Keywords Leprosy/diagnosis; Leprosy/therapy; Leprosy/prevention & control; Early Diagnosis; Cost Efficiency Analysis; Health Care Costs.

Introdução

Aspectos socioeconômicos e demográficos do município de São José do Rio Preto.

São José do Rio Preto, localizada na região centro-oeste do estado de São Paulo, conta atualmente com uma população estimada de 343 mil habitantes dos quais 176 mil são mulheres e 167 mil homens. O município conta ainda com um contingente flutuante de aproximadamente 2 milhões de pessoas. E é nesse

contexto que o presente trabalho foi realizado preocupando-se com esse grande número de pessoas que chegam e deixam a cidade constantemente acarretando uma preocupação maior dos programas de ação de controle da hanseníase dentro do município¹.

Visão Geral

Embora a Hanseníase seja uma doença pouco letal, é extremamente incapacitante, devido às seqüelas das lesões

Recebido em 13.11.2006

Aceito em 17.07.2007

Apoio Financeiro: Bolsa de Iniciação Científica - BIC/FAMERP

Não há conflito de interesse

causadas nos nervos sensitivos e motores de vários membros, tais como olhos, orelhas, mãos, pés, testículos e outras partes do corpo ^{2,3}

A característica evolutiva crônica da Hanseníase dá-se principalmente pelo fato de o *M. leprae* possuir um tempo médio de duplicação muito longo que é de 12 a 14 dias; e o período de incubação de três a cinco anos. E devido a essa evolução crônica, fenômenos agudos, chamados de episódios reacionais podem aparecer no decurso da doença ou após a cura, independente do tratamento ou da forma clínica manifestada pelo cliente ^{4,5}.

A Hanseníase configura até hoje no cenário nacional como um importante problema de saúde pública. Entre 1985 e início de 2005, mundialmente mais de 14 milhões de casos de hanseníase foram detectados e tratados quimioterapeuticamente, ocorreram um número reduzido de notificações de recidivas e um decréscimo no número de países que notificaram coeficientes de prevalência maior que 1/10.000, de 122 países em 1985 houve uma redução para nove em 2004.

A partir de 1995 o tratamento poliquimioterápico passou a ser gratuito em todos os países endêmicos através da Organização mundial da Saúde (OMS). E incentivados pelo sucesso da nova e pujante medida terapêutica, a OMS propôs em Assembléia Mundial realizada no ano de 1991 a meta de eliminação da Hanseníase até o ano 2000 para menos de um caso para cada 10 mil habitantes inclusive para o Brasil.

Devido ao insucesso do Brasil e de alguns países africanos e asiáticos, a meta de eliminação da doença de Hansen foi prorrogada para o ano de 2005, o que mais uma vez não ocorreu, pois na América, países como Brasil, Guiana, Santa Lúcia, Suriname e Paraguai não alcançaram o índice de prevalência de menos de um caso para cada 10.000 habitantes. Vale destacar que nessa ocasião a indústria farmacêutica Novartis garantiu a distribuição gratuita das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase, através da OMS, até o ano de 2010 como uma das estratégias para alcançar até essa data os índices de pós-eliminação da doença no mundo todo ⁶.

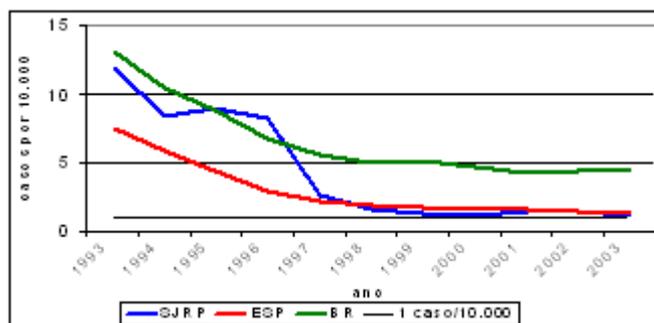
De acordo com a equipe de peritos em hanseníase da OMS considera-se atualmente para fins operacionalmente como caso confirmado de hanseníase todas aquelas pessoas que apresentem os sinais clínicos da doença seja qual for a forma apresentada independente da confirmação bacteriológica, fazendo-se necessário o uso da PQT. A poliquimioterapia (PQT) foi preconizada pela OMS em 1982 e implantada gradualmente no Brasil a partir de 1991, foi normatizada pela portaria nº 140/91 do Ministério da Saúde de acordo com a forma clínica e o número de lesões apresentadas pelo cliente, visando prevenir a resistência medicamentosa, diminuir a frequência das reações e abreviar o tempo de tratamento ^{7,8}.

Segundo o Sistema Único de Saúde, normatizado por meio da Lei 8.080 de 1990, destaca-se um dos mais importantes princípios, o da descentralização, onde os serviços de saúde devem atuar de maneira descentralizada ⁸. No entanto, observamos que as ações de controle da hanseníase em São José do Rio Preto são realizadas por dois serviços de saúde: o

Departamento de Dermatologia do Ambulatório do Hospital de Base (DDA-HB) e o Núcleo de Gestão Ambulatorial (NGA 60), o que dificulta as ações de controle da doença.

A Figura 1 mostra a taxa de prevalência da hanseníase para São José do Rio Preto, estado de São Paulo e Brasil no período de 1993 a 2003.

Figura 1. Prevalência de Hanseníase para São José do Rio Preto, Estado de São Paulo e Brasil, 1993 a 2003. Fonte Boletim epidemiológico. São José do Rio Preto/SP.



São José do Rio Preto conta com um índice de prevalência em hanseníase de 2,4 casos por 10.000 habitantes, o que representa uma estimativa de 82 portadores da doença em registro ativo na cidade, segundo dados de Dezembro de 2005 do Datasus, somando um total de 593 pacientes, no período de 1997 a 2005, dentre os quais 511 são classificados como casos encerrados. Desse total, 131 foram ou estão sendo tratados pelo DDA-HB, cujos dados correspondem ao período de Janeiro de 1993 a Janeiro de 2005.

Objetivo

O objetivo deste estudo foi evidenciar a importância do diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase, e identificar o perfil epidemiológico dos clientes atendidos em um ambulatório de dermatologia de um hospital-escola no município de São José do Rio Preto – SP.

Materiais e Métodos

Abordagem ética

O projeto de pesquisa foi previamente submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Autarquia Estadual Lei nº 74179, de 14/06/1974 cujo parecer nº 120/2004 foi protocolado em 14 de junho de 2004 sob nº 2865/2004 e aprovado por estar de acordo com a Resolução CNS 196/96.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo realizado em um ambulatório de especialidades de um hospital-escola localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo a respeito da relevância do diagnóstico e tratamento precoce da Hanseníase em relação ao custo do tratamento.

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se necessário o levantamento retrospectivo do número de clientes admitidos

para tratamento no DDA-HB desde janeiro de 1993 quando teve início o programa de controle da hanseníase na referida unidade de saúde a partir de fontes secundárias ⁹.

Vale ressaltar aqui, que no período em que foi realizada a coleta dos dados, era preconizada pela OMS a classificação quanto aos graus de incapacidade física em Graus: Zero (0), Um (I), Dois (II) e Três (III) e que atualmente foi abolida a classificação Grau III.

Dos 217 clientes atendidos pelo DDA-HB no período de janeiro de 1993 a janeiro de 2005, 131(60,37%) são procedentes do município de São José do Rio Preto como mostram as Figuras 2 e 3 o que evidencia uma alta demanda (39,63%) de outros municípios para este serviço de saúde por tratar-se de um centro de referência regional. Ainda na Figura 2 verifica-se um aumento no número de casos novos registrados no período correspondente aos anos de 2000 a 2003 devido ao incentivo aos programas de controle e busca ativa da doença desenvolvida pelos municípios, após o insucesso na meta de eliminação da hanseníase estipulada pela OMS para o ano 2000. Adotamos neste trabalho por motivos operacionais e ocupacionais, como sendo população economicamente ativa aquela que se encontra entre 10 e 65 anos para homens e entre 10 e 60 anos para mulheres, tomando como base o Artigo 51 do regulamento da previdência social que afirma: “A aposentadoria por idade, uma vez cumprida a carência exigida, será devida ao segurado que completar sessenta e cinco anos de idade, se homem, ou sessenta, se mulher, reduzidos esses limites para sessenta e cinquenta e cinco anos de idade para os trabalhadores rurais, respectivamente homens e mulheres, referidos na alínea “a” do inciso I, na alínea “j” do inciso V e nos incisos VI e VII do caput do Artigo 9º, bem como para os segurados garimpeiros que trabalhem, comprovadamente, em regime de economia familiar, conforme definido no §5º do artigo 9º ¹⁰.

Figura 2. Distribuição do número total de casos novos atendidos pelo DDA-HB por ano de entrada para tratamento no período de 1993 a 2005. N=217. São José do Rio Preto/SP

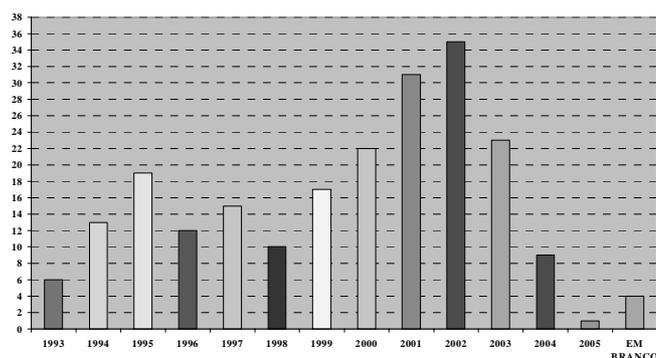
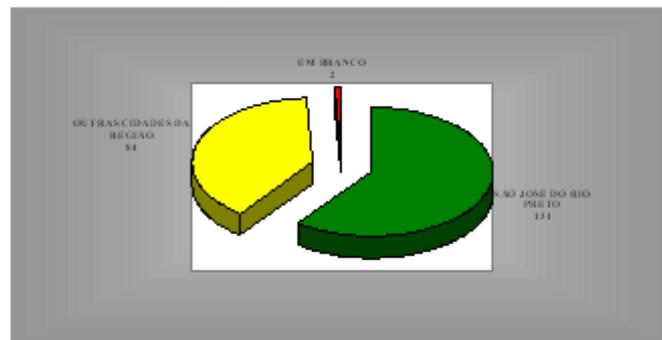
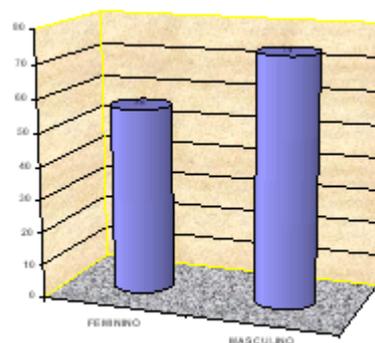


Figura 3. Distribuição dos casos atendidos pelo DDA-HB de 1993 a 2005 oriundos de São José do Rio Preto em relação a outras cidades da região.



Desses 131 clientes, 74(56,49%) eram do sexo masculino, enquanto que 56 (42,75%) pertenciam ao sexo feminino. Vale destacar a ocorrência de uma ficha de controle que não foi preenchida o que corresponde a 0,76% como mostra a Figura 4.

Figura 4. Distribuição do número de casos segundo o sexo na cidade de São José do Rio Preto de 1993 a 2005 atendidos pelo DDA-HB



Desses 74 indivíduos do sexo masculino, 64 (86,49%) pertencem à faixa etária dos 15 aos 65 anos de idade, e das 56 representantes do sexo feminino, 46 (82,15%) encontravam-se na faixa etária dos 15 aos 60 anos, somando assim 110 (84,61%) indivíduos enquadrados no perfil economicamente ativo da população de acordo com as Figuras 5 e 6.

Figura 5. Distribuição do número de casos segundo o sexo e faixa etária na cidade de São José do Rio Preto atendido pelo DDA-HB no período de 1993 a 2005.

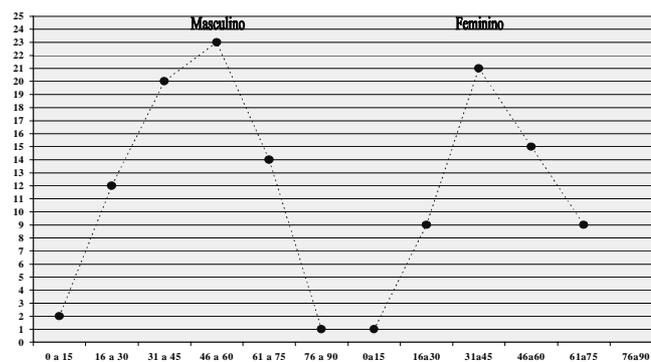
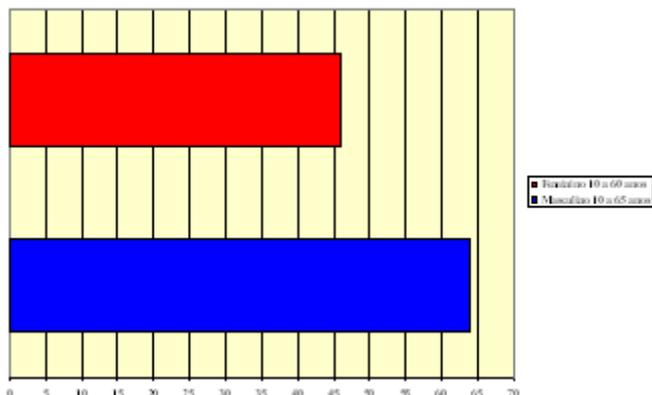


Figura 6. Distribuição do número de casos segundo o sexo e população economicamente ativa (PEA) na cidade de São José do Rio Preto atendido pelo DDA-HB no período de 1993 a 2005.



O presente estudo foi realizado com uma amostra representativa de 72 clientes residentes no município de São José do Rio Preto e que foram atendidos pelo DDA-HB e iniciaram o tratamento a partir de Janeiro de 2000 até Janeiro de 2005. Para o desenvolvimento do presente trabalho foram consideradas as seguintes variáveis pertinentes à hanseníase:

- ✓ Paucibacilares (forma indeterminada ou tuberculóide);
- ✓ Multibacilares (forma dimorfa ou virchowiana);
- ✓ Quantos clientes desenvolveram o fenômeno reacional.
- ✓ Período de tratamento;
- ✓ Drogas utilizadas;
- ✓ Números de doses utilizadas.

Os critérios para definição das variáveis foram estabelecidos levando em consideração o tempo e o tipo de tratamento utilizado assim como o risco de lesão neurológica.

A partir de então, foi realizada uma pesquisa de mercado cujo objetivo foi estabelecer um valor médio de mercado para cada droga utilizada no tratamento dos portadores da doença e compará-los com o valor pago pelo município (lembrando-se que o tratamento é gratuito na rede pública sendo distribuído pela OMS nos países endêmicos e subsidiada pela indústria farmacêutica Novartis).

Instrumento de coleta de dados

As Tabelas 1 e 2 foram utilizadas para nortear esse trabalho durante o processo de pesquisa dos valores das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase nas quais se encontram as seguintes partes:

- ✓ Droga – Quimioterápico utilizado no tratamento tanto nos grupos paucibacilares como multibacilares. (nas formas paucibacilares quanto nas formas multibacilares da doença);
- ✓ Dose – Concentração da droga utilizada em miligramas (mg);
- ✓ Quantidade – Apresentação da droga em unidades por embalagem;

- ✓ R\$ Unitário – Valor unitário de cada unidade da droga presente na embalagem;
- ✓ R\$ Total – Valor total da medicação em sua embalagem.

A coleta de dados referente à obtenção dos valores dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase foi realizada em 12 estabelecimentos comerciais, dos quais, 6 estabelecimentos estavam localizados no município de São José do Rio Preto e 6 no município de Sertãozinho todos no estado de São Paulo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista realizada com os proprietários e funcionários dos estabelecimentos, conforme podemos observar na Tabela 1 apresentada a seguir.

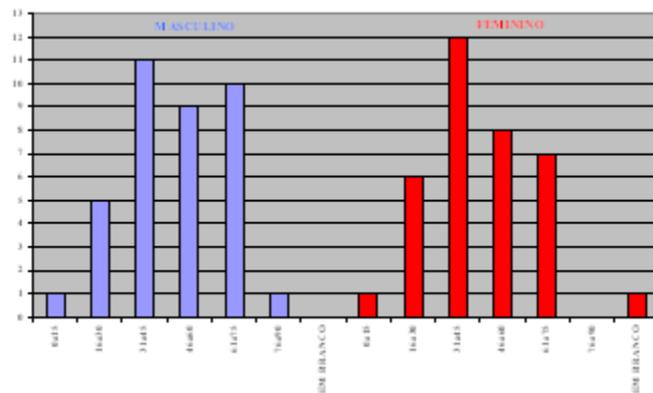
Na Tabela 2 constam os dados disponibilizados pela farmácia do ambulatório de especialidades do Hospital de Base com informações do SCEw - Sistema de Controle de Estoque – DIR XXII – São José do Rio Preto no dia 08 de março de 2006 as 16:10H.

Resultados

No período de Janeiro de 2000 a Janeiro de 2005, 72 clientes iniciaram o tratamento no DDA-HB, dos quais, 37 (51,39%) eram do sexo masculino e 35 (48,61%) pertenciam ao sexo feminino, os quais estão distribuídos segundo a faixa etária, como mostra a figura 7, que evidencia a ocorrência do não preenchimento de uma ficha de controle no item relacionado à idade.

Evidencia-se na Figura 7 a ocorrência de 2 (2,78%) casos em indivíduos menores de 15 anos o que segundo alguns pesquisadores e estudiosos da hanseníase como pode indicar expansão da endemia hanseníase no município, o que significa que pode requerer novas estratégias de controle da doença.

Figura 7. Distribuição do número de casos segundo o sexo e faixa etária atendidos pelo DDA-HB no período de 2000 a 2005 (N=72).



Pode-se notar na figura 8 que 2 (2,77%) clientes apresentavam a forma ou condição do tratamento não identificados nas fichas de controle.

Com relação ao tratamento indicado aos clientes com as formas paucibacilares da doença, observa-se que 10 (13,88%) desses clientes, foram submetidos ao esquema terapêutico de dose única (ROM) utilizado na forma inicial da doença (indeterminada)

com apenas uma lesão ou um único tronco nervoso acometido, e que desses 10 clientes, 8 (11,11%) pertenciam ao sexo feminino e 2 (2,77%) ao sexo masculino. Foram submetidos ao tratamento para portadores paucibacilares (PB) com 6 doses 21 clientes, ou seja, 29,16%, dos quais 9 (12,5%) são indivíduos do sexo masculino e 12 (16,66%) do sexo feminino.

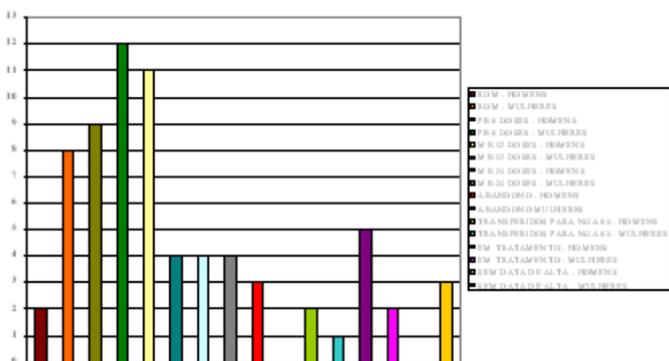
Com relação aos clientes submetidos ao esquema terapêutico para tratamento das formas multibacilares (MB) da doença, observa-se no gráfico da figura 8 que 15 (20,83%) desses clientes receberam o tratamento com 12 doses sendo que 11 (15,27%) indivíduos pertencem ao sexo masculino e 4 (5,55%) pertencem ao sexo feminino. Receberam o esquema de 24 doses supervisionadas 8 (11,11%) clientes sendo 4 (5,55%) homens e 4 (5,55%) mulheres o que evidencia novamente a procura precoce por tratamento por parte das mulheres em relação aos homens uma vez que há um maior número de mulheres submetidas ao tratamento para as formas iniciais da doença e que ocorre uma maior incidência de homens sendo submetidos aos tratamentos das formas multibacilares.

Durante o período estudado, 3 (4,16%) clientes abandonaram o tratamento sendo esse total representado por indivíduos do sexo masculino e 3 (4,16%) foram transferidos para o Núcleo de Gestão Ambulatorial nº 60 (NGA-60), sendo 2 (2,77%) homens e 1 (1,38%) mulher.

Pode-se notar ainda na figura 8 que 7 (9,72%) clientes ainda se encontravam em tratamento ao final da análise dos dados dos quais 5 (6,94%) pertencem ao sexo masculino e 2 (2,77%) ao sexo feminino.

Finalizando as observações da figura 8 temos que 3 (4,16%) clientes do sexo feminino não tinha em suas fichas de acompanhamento e controle a data de alta, seja ela clínica ou quimioterápica.

Figura 8. Distribuição do número de casos segundo esquema terapêutico recebido entre os clientes atendidos pelo DDA-HB de 2000 a 2005.



Nas Tabelas 1 e 2 encontramos explícitos os valores venais no varejo e os valores de distribuição na rede pública respectivamente para as principais drogas utilizadas no tratamento da hanseníase em suas variadas formas clínicas.

Os valores das drogas presentes na tabela 1 foram cotados em 12 pontos de venda de medicamentos sendo 6 no município de São José do Rio Preto – SP e 6 no município de Sertãozinho- SP os quais apresentaram grande variação no valor comercial como

por exemplo a Prednisona cujo valor oscilou entre R\$ 8,55 e R\$ 17,85 a caixa com 10 unidades representando uma diferença de 108,77% entre um ponto de venda e outro. Dessa forma fizemos uma média aritmética entre os valores encontrados nos 12 estabelecimentos visitados chegando aos valores presentes na tabela 1.

Durante as visitas para a coleta dos valores aos referidos estabelecimentos, notou-se relevante desconhecimento das drogas por parte dos funcionários e nem sempre o farmacêutico se fazia presente no local. Outro fator consideravelmente alarmante foi a indisponibilidade de algumas das drogas em todos dos pontos de venda visitados como Clofazimina, a Dapsona e a Talidomida, o que poderia representar um grande obstáculo no controle da doença caso a mesma deixasse de ser subsidiada pelo laboratório farmacêutico Novartis após o ano de 2010. Essa ocorrência tornou impossível um cálculo comparativo entre o custo do tratamento na rede pública e no comércio, embora tenhamos a partir das informações disponíveis nas tabelas o valor aproximado dos investimentos feitos pela rede pública no tratamento dos portadores de hanseníase no município de São José do Rio Preto e o quanto é importante financeiramente para o município o tratamento precoce da doença de Hansen.

Tabela 1. Valor médio de mercado varejista das drogas utilizadas no tratamento de portadores de hanseníase.

Droga	Dose (mg)	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
Rifampicina	300	06	1,92	11,56
Clofazimina	100	XX	XX	XXX
Clofazimina	50	XX	XX	XXX
Dapsona	100	XX	XX	XXX
Ofloxacina	400	10	5,25	52,50
Mincicilina	100	30	2,35	70,69
Prednisona	20	10	1,32	13,20
Talidomida	XX	XX	XX	XXX

Compõe o referido Kit para tratamento PB adulto mensal da tabela 2, Rifampicina 300 mg e Dapsona 100 mg; enquanto que no Kit MB adulto também para tratamento mensal encontra-se Rifampicina 300 mg, Dapsona 100 mg e Clofazimina 100 mg.

Como foi apresentado anteriormente na figura 4.2, os 10 clientes submetidos ao esquema terapêutico ROM, teriam custado, portanto segundo os dados da tabela 1 e 2 R\$ 11,44 cada um, caso fossem submetidos ao tratamento adquirindo a medicação referida nos pontos comerciais onde forma feitas as tomadas de preços. Enquanto que no ambulatório, onde esses clientes realizaram o tratamento o mesmo esquema terapêutico custou à rede pública aproximadamente R\$ 4,00 o que representa aproximadamente 186 % mais barato pela rede pública.

Cada um dos clientes da figura 4.2 submetidos ao tratamento PB de 6 doses custaram a rede pública R\$ 10,98 em medicamentos, enquanto que os que foram submetidos ao tratamento MB 12 doses custaram R\$ 58,92 e os que receberam o tratamento MB 24 doses R\$ 117,84. Ficando evidente como já esperado que o quanto mais cedo forem feitos o diagnóstico e o devido tratamento da doença obviamente menos dispendioso

será o tratamento. Porém, não podemos deixar de ressaltar que inúmeros fatores podem agravar essa situação como as ocorrências de reações que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento levando ainda ao uso de drogas antiinflamatórias e imunossupressoras que podem onerar ainda mais a quimioterapia e cujo tempo de tratamento com essas drogas podem se estender por tempo indeterminado de acordo com a resposta imunológica de cada indivíduo.

Tabela 2. Valor das drogas utilizadas no tratamento de portadores de hanseníase distribuídas pela rede pública. Fonte: SCEw-Sistema de Controle de Estoque – DIR XXII – São José do Rio Preto. 08/03/2006, 16:10 H.

Droga	Dose (mg)	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
Kit MB Adulto		1	4,91	4,91
Kit PB Adulto		1	1,83	1,83
Ofloxacina	400	1	3,00	3,00
Mimociclina	100	1	0,76	0,76
Bedizisona	20	1	0,06	0,06

A figura 4.3 que evidencia o número de clientes segundo o grau de incapacidade apresentado na avaliação realizada no diagnóstico da doença. Esse grau de incapacidade cuja escala presente nas fichas atuais de notificação compulsória da hanseníase varia da seguinte forma:

- ✓ **Grau Zero,**
- ✓ **Grau I,**
- ✓ **Grau II,**
- ✓ **Grau III e,**
- ✓ **Não avaliado**

Observa-se então na figura 9 que a grande maioria dos clientes avaliados não apresentava nenhuma lesão neurológica no início do tratamento, pois 38 (52,77%) enquadravam-se na escala de Grau Zero, o que representa que embora a forma predominante da doença dentre os clientes atendidos por esse serviço de saúde sejam portadores das formas multibacilares da doença, a busca por tratamento não é tão tardia.

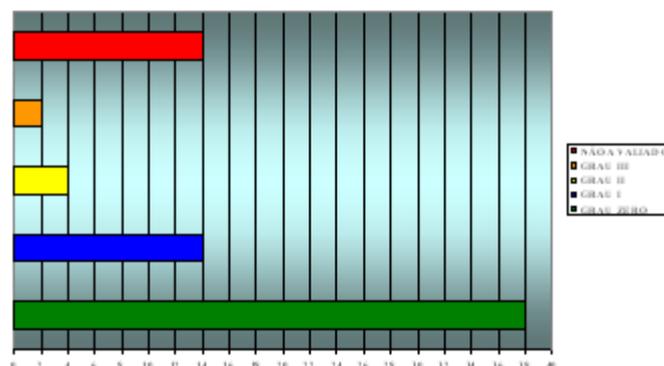
Temos ainda que 14 (19,44%) no início do tratamento apresentavam Grau I na escala de avaliação e 4 (5,55%) apresentavam Grau II e 2 (2,77%) apresentavam Grau III o que indica um busca extremamente tardia pelo diagnóstico e tratamento.

Outro fator expressivamente alarmante é o grande número de clientes não avaliados no início do diagnóstico 14 (19,44%) ou pelo menos não constava em suas fichas de controle tal avaliação e que uma vez não documentada formalmente acabaram contabilizados como não avaliados, dificultando qualquer estratégia de ação e controle da doença pela falta de informação precisa.

Dessa forma, desses 72 casos novos contabilizados provenientes de São José do Rio Preto no período de 2000 a 2005, tivemos um total de 58 (80,55%) clientes avaliados no diagnóstico da doença, o que indica segundo os indicadores epidemiológicos uma qualidade regular no atendimento desse serviço de saúde e 18 (25%) apresentaram incapacidade Graus

I e II somando assim 31% de incapacitados proporcionando uma estimativa de 25% de casos não detectados. Por favor reveja estes dados

Figura 9. Distribuição do número de casos por grau de incapacidade no diagnóstico da doença entre os clientes atendidos pelo DDA-HB no período de 2000 a 2005.



Discussão e Conclusão

Desde 1993 quando foi implantado o programa de controle da hanseníase no DDA-HB até Janeiro de 2005, 217 clientes foram atendidos, dos quais 131 (60,37%) são procedentes de São José do Rio Preto. Desses 131, 74 (56,49%) são do sexo masculino, enquanto que 56 (42,75%) pertencem ao sexo feminino. No período estudado que compreende Janeiro de 2000 a Janeiro de 2005, 72 clientes provenientes de São José do Rio Preto foram atendidos dos quais, 37 (51,39%) são do sexo masculino e 35 (48,61%) pertencem ao sexo feminino, deixando explícito proporcionalmente em todas as amostras que ocorre o predomínio de homens acometidos pela doença pelo menos na faixa etária superior aos 14 anos de idade como encontrado na literatura.

Pela mesma amostra estudada composta por 72 clientes, 2 (2,78%) se encontram na faixa etária de menores de 15 anos o que pode indicar expansão da endemia hanseníase no município, o que pode requerer novas estratégias de controle da doença, conforme evidenciado pelos pesquisadores como Hastings (1985) e Tlhari (1994).

Desses clientes, 31 (43,06%) foram submetidos aos tratamentos para as formas paucibacilares, sendo evidente o predomínio das mulheres que corresponderam a 20 (64,52%) mulheres em relação a 11 (35,48%) indivíduos do sexo masculino, evidenciando o predomínio das formas paucibacilares em mulheres no início do tratamento. o que nos permite uma afirmação empírica de que talvez as mulheres procurem precocemente os serviços de saúde em relação aos homens, principalmente quando se observa que os 10 clientes submetidos ao esquema terapêutico de dose única (ROM), 8 (80,0%) são mulheres.

Foram submetidos ao tratamento para as formas multibacilares 23 clientes sendo predominante a incidência no sexo masculino com 15 (65,22%) homens e 8 (34,78%) mulheres dos quais 15 (65,22%) foram submetidos ao esquema terapêutico de 12 doses e 8 (34,78%) ao esquema de 24 doses.

Embora a maioria dos clientes 38 (52,77%) atendidos pelo serviço no período analisado, não possuam nenhuma lesão neurológica no início do tratamento, temos ainda uma constatação preocupante, pois 20 (27,78%) desses clientes já apresentavam alguma lesão neurológica na escala de incapacidade, portanto mais de ¼ desses clientes foram submetidos tardiamente ao diagnóstico e tratamento e que as lesões neurológicas causadas pelo bacilo de Hansen são irreversíveis até o presente momento e que esses clientes cujas lesões já foram implantadas estão fadadas permanentemente a restrições em sua vida cotidiana pelo menos no que diz respeito a atividades motoras que necessitem dos membros acometidos. Ainda sobre as incapacidades físicas, podemos utilizar o método proposto por alguns pesquisadores ¹¹, que se baseia no pressuposto de que o diagnóstico de casos com incapacidades físicas indica detecção tardia e, portanto, a presença de casos não detectados numa determinada área. A estimativa da prevalência oculta mais a média de casos novos durante a rotina nos últimos 5 (cinco) anos será igual ao número de casos novos a serem detectados e a prevalência real estimada. (Prevalência Real Estimada = prevalência conhecida + prevalência oculta). Para encontrar a prevalência oculta da hanseníase, os autores recomendam a divisão dos casos que apresentam incapacidades físicas pelo número de casos avaliados; assim é estimada a proporção de casos com incapacidades físicas. Posteriormente, aplica-se este percentual aos casos novos para se conhecer o número de casos que deveriam apresentar incapacidades se todos os casos conhecidos tivessem sido avaliados. Os outros métodos propõem que o número de casos estimados como tendo incapacidades seja praticamente igual ao número de casos ocultos a cada ano. Finalmente, somam-se os casos ocultos dos cinco anos da série, o que resulta no número de casos a ser detectado. O pressuposto das estimativas é que cada caso com incapacidade tenha gerado um caso oculto de hanseníase. Como observamos neste estudo com o auxílio das tabelas 1 e 2, além de todas as complicações decorrentes da própria evolução da hanseníase, temos também a questão que envolve o valor do tratamento que se torna mais dispendioso quando a busca pelo tratamento de faz tardiamente isso sem levarmos em conta outro agravante que são os fenômenos racionais. A diferença entre o valor do tratamento quimioterápico quando apenas uma lesão se faz presente ou um único tronco nervoso é acometido em relação ao esquema para tratamento multibacilar é exorbitante, o que representa um fator relevante em se tratando de mais investimentos na prevenção, controle e ações de busca ativa de comunicantes de portadores em tratamento. Concluímos com o presente trabalho que embora o serviço analisado seja um importante centro de referência regional para tratamento da hanseníase, inúmeras ações se fazem necessárias para a melhoria dos serviços prestados, tais como; maior atenção nas anotações em prontuários e fichas de controle da equipe para que futuras pesquisas possam ser realizadas com maior precisão e confiabilidade. A ocorrência de transferências verificadas pelo estudo pode dificultar o controle da doença pela não criação de vínculo entre

cliente e equipe de saúde e dificultar o enfoque familiar que são duas importantes dimensões da atenção básica proposta por estudiosos ¹², o que pode ter culminado também nos casos de abandono ocorridos.

O expressivo número de casos de incapacidades observado sugere ainda, uma reestruturação nos serviços de atendimento primário à saúde no município, associado à descentralização como determinado na Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, assim como necessário reforçar a capacitação dos profissionais que atuam nesses serviços para detectar, diagnosticar e tratar os casos de hanseníase.

O fato de ocorrerem casos de incapacidade evidencia a necessidade de investimentos por parte do município na busca ativa dos comunicantes intradomiciliares, o que corresponderia indiretamente em economia ao setor público, uma vez que este estudo deixa claro que o quanto antes for o diagnóstico da doença, menor será o custo do tratamento.

A história recente da desestruturação dos programas de controle e de pesquisa na tuberculose, que foi precocemente considerada doença não prioritária antes da introdução da aids, deixa para a saúde pública de maneira geral, a lição da necessidade imperativa de manutenção de um sistema de vigilância durante e após a eliminação da hanseníase para que a mesma não deixe de ser classificada precocemente como prioritária na agenda pública de saúde.

A endemia hanseníase analisada apenas pela redução do indicador de prevalência corre o risco de ter sua importância subestimada, sendo, portanto, prematura a sua exclusão da lista das doenças prioritárias em saúde pública, representando um perigo concreto de não se eliminar a doença, mas a pesquisa em hanseníase. Fica evidente a necessidade de se investir na produção de conhecimentos das áreas básica e aplicada que viabilizem a manutenção da redução da endemicidade, que deverá ser avaliada por indicadores de transmissibilidade da infecção. Adicionalmente, a maior compreensão dos mecanismos de transmissão da infecção, da efetividade dos métodos de prevenção e controle, serão essenciais na erradicação da infecção pelo *M. leprae*.

Referências bibliográficas

1. São José do Rio Preto. Conjuntura econômica. [citado 2005 nov 28]. Disponível em: URL: www.riopreto.sp.gov.br/cidade/saojosedoriopreto/historia
2. Hastings RC. Leprosy: medicine in the tropics. London: Churchill Livingstone; 1985.
3. Paschoal VDA. Um sistema de cores na caracterização biopsicossocial do portador de hanseníase reacional [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1998.
4. Cardoso AC. Hanseníase. In: Auto HJF, organizador. Doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 283-93.
5. Talhari S. Hanseníase: situação atual. An Bras Dermatol 1994 maio/jun.;69(3):209-15

6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do plano: 2006-2010). [citado 2006 mar 27]. Disponível em: URL: portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estrategia_global-hanseníase.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dermatologia Sanitária. Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de Poliquimioterapia/OMS no tratamento da hanseníase. Brasília (DF): Fundação Nacional da Saúde; CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia; 1990.
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Manual de vigilância epidemiológica: normas e instruções. São Paulo; 1992.
9. Curto M, Paschoal VDA. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. *Arq Ciênc Saúde* 2005;12(4):183-95.
10. Brasil. Presidência da República. Decreto nº3.265, de 29 de novembro de 1999. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. [citado 2006 fev 12]. Disponível em: URL: www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3265.htm
11. Suárez REG, Lombardi C. Estimado de prevalencia de lepra. *Hansen Int* 1997;22(2):31-4.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; 2002.

Correspondência:

Márcio Curto
Rua Joaquim Manoel Pires, 120 ap.13
15091-210 – São José do Rio Preto-SP
Tel: (17)3226-7665 / (16)9138-4664
e-mail: maccurto@yahoo.com.br
