

“ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE, COM BASE NA CASUÍSTICA DA REDE PÚBLICA EM GOIÂNIA - GOIÁS”

Maria Edna Pereira Quaresma Aminadab Rodrigues Rodarte** Maria da Glória Ferreira*** Maria Tereza de Paula Silva*****

RESUMO

Os dados epidemiológicos de 2010 (30,16%) dos prontuários de pacientes Hansenianos em tratamento na Rede Pública de Goiânia, foram analisados retrospectivamente. Os prontuários foram escolhidos aleatoriamente e analisados de forma descritiva, com indicação de frequência e cálculos de percentual. Considerando o alto grau de endemicidade da Hanseníase no Brasil, com um total de casos notificados que correspondem a 80% da casuística da doença na América Latina (MOTTA, 1983), em Goiás sua endemicidade (3,0/1000) é maior do que a média no Brasil (1,7/1000), sendo que em Goiânia, Capital do Estado, foi registrado no ano de 1986 um coeficiente de detecção anual de casos duas vezes maior ao registrado no Estado (67,87/100.000) com prevalência altíssima (6,9/1000), constituindo-se portanto, num importante problema de Saúde Pública. Dos dados levantados ressaltam-se os seguintes: a) há predominância das formas clínicas polarizadas, existindo deficiência na busca de pacientes, através do exame dos comunicantes; b) a grande maioria dos pacientes encontra-se dentro da faixa etária produtiva, entre os casados e com predomínio do sexo masculino; c) o alto número de baciloscopia negativa, demonstra o tempo prolongado de tratamento a que o paciente é submetido, fato conseqüente à inobservância dos critérios de alta, bem como à ineficiência dos exames laboratoriais; d) maior

* Residente de Medicina Preventiva e Social - DSC - IPTSP - UFG

** Prof^º Assistente do DSC - IPTSP - UFG e Sanitarista da 1^ª Regional de Saúde (Coordenadora da Pesquisa).

*** Médica Sanitarista da UOCDT da SES - OSEGO

**** Médica Sanitarista da UDT da 1^ª Regional de Saúde - OSEGO

número de registros de contactos pertencem às formas bacilíferas e e) verificou-se, quanto à procedência, que 30 (1,49%) são dos Estados limítrofes a Goiás, 651 (32,39%) do interior do Estado e 1.329 (66,12%) da Capital, destes 932 (78,25) residem na área semi-periférica da cidade. Os autores sugerem a reestruturação dos Serviços de Saúde e enfatizam a necessidade de educação em saúde tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

UNITERMOS: Hanseníase, aspectos epidemiológicos; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas pelo homem, descrita como moléstia bíblica, o que a fez carregar, ao longo dos anos, todo o peso de maldições e superstições milenares, trazendo este aspecto estigmatizante até os nossos dias (ROTBERG).¹⁵

Segundo referência de ROMERO¹⁴, as estimativas revisadas de um número importante de países, indicam que o total de casos, em todo o mundo, pode exceder aos doze milhões. Nas Américas, com notificação de cerca de 241.248 casos e uma estimativa de 400.000 casos o que permitiria concluir que apenas 40% dos casos são conhecidos das autoridades e, unicamente, uma pequena porcentagem deles recebe tratamento regular.

GONÇALVES A.⁵ analisa o comportamento segundo os critérios da magnitude, transferência, vulnerabilidade e prioridade institucional, afirma que a hanseníase, por sua alta taxa de incidência no Brasil - com aproximadamente, quatro quintos dos casos conhecidos no continente Sul-Americano -, é um problema de Saúde Pública no País. As dificuldades de detecção e controle ocorrem, principalmente, ainda pela existência de

preconceito que condena os doentes de hanseníase ao isolamento; ao caráter crônico da doença; à incerteza quanto à obtenção de cura permanente; ao tratamento prolongado e à baixa cobertura do programa de controle de hanseníase por município e por população.

A educação em saúde não obtém sucesso pois não consegue vencer, nem mesmo, pequeníssima fração de uma deseducação anterior, enraizada na cultura de todos os povos, rodeada de ignorância, superstição e reafirmada por todos os meios de "desinformação" de massa - literatura, textos religiosos e sermões, imprensa sensacionalista, cinema, teatro, rádio e TV - e até sociedades beneficentes que não hesitam em agravar o estigma e prejudicar a prevenção com finalidade de angariar donativos (ROTBERG)¹⁵.

Os primeiros documentos que atestam a existência da doença em nosso território, remontam ao início do Século XVII, época em que, igualmente, deve ter chegado o agravo às Américas (OPROMOLLA et al., 1981)¹³. Aceita-se que sua origem deve estar vinculada aos colonizadores portugueses, especialmente, açorianos e, possivelmente, aos escravos africanos. A partir daí, veio crescendo e tomando espaço, apresentando-se hoje

como importante problema de Saúde Pública.

FONSECA e cols.³ analisando a hanseníase no Estado do Maranhão, através de 5.272 casos atendidos entre 1938 e 1974 no Clínico Dermatológico do Hospital Tarquinio Lopes Filho na UFMA, concluem ser, a hanseníase, problema de Saúde Pública naquele Estado: "A predominância do sexo masculino e da população jovem é concomitante com os achados de outros autores e constitui importante dano econômico, não só porque em Estado agrícola como o Maranhão o sexo masculino é o mais empregado mas, também porque atinge a população em idade economicamente ativa.

BRITTO e COSTA¹ referem-se à ocorrência, no Pará, no período de 1970 - 1979, de 4,3% dos casos de hanseníase na faixa etária de 4 anos de idade e menos 50 70 anos e mais de idade, das quais, apenas 53,3% ex-comunicantes, oficialmente, assinados e 10,5% fichados no mesmo ano da percepção dos primeiros sintomas.

Entretanto, a preocupação com o controle da hanseníase existe há muito tempo, e já em 1972, no Plano Decenal de Saúde para as Américas, em suas recomendações sobre áreas programáticas propõe, em relação à hanseníase: reduzir a incidência e a prevalência, com o objetivo de diminuir a incapacidade resultante, através de medidas para desenvolver e melhorar os programas de controle e vigilância da mesma, com melhoria de recursos humanos, desenvolvimento e melhoria

dos serviços clínicos, compreendendo reabilitação, formação de pessoal e fonte de investigação, melhoria do diagnóstico e classificação clínica, proporcionando informação epidemiológica mais fidedigna, definição de metodologia uniforme para controle da hanseníase, tratamento dentro do possível, de 100% de casos infecciosos, vigilância epidemiológica e tratamento de, pelo menos, 75% dos contatos. Propõe, enfim, que essas atividades devem estar integradas a serviços gerais de saúde, adequadamente, qualificados (OPS/MS)¹⁰.

FERREIRA e cols.² no trabalho "Controle da Hanseníase num Sistema Integrado de Atenção e Saúde", apresentam bons resultados no Estado do Rio Grande do Sul, graças ao esforço e à política de saúde, atualmente adotada no Estado, de controle de hanseníase em sua relação com o sistema de saúde existente; mostram o resultado de seis anos de trabalho após a implantação do sistema de registro de doentes através de arquivo nominal de computador.

LOMBARDI⁷ relata: "A abor-dagem da hanseníase como endemia urbana, que emergiu recentemente como consequência da formação de grandes metrópolis em alguns países tropicais subdesenvolvidos e endêmicos, principalmente o Brasil, propõe um problema de saúde pública inédito na História Mundial do controle da endemia. Conceitos epidemiológicos clássicos da história natural da doença começam, inclusive, a serem revistos

em função do desafio proposto pela conjuntura”.

Dentro desta necessidade de luta e combate à hanseníase surge o Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN), fundado em 06 de junho de 1981, com sede, administração e foro na cidade de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo. O movimento constitui-se de pessoas físicas (muitas delas hansenianos ou ex-hansenianos) ou jurídicas de dentro ou de fora do Brasil, que obedecem ao Estatuto do Movimento. O MORHAN é dirigido por uma Coordenação Nacional e por um número variável de núcleos em várias cidades ou regiões do país. A constituição desses núcleos obedece às diretrizes aprovadas pela Coordenação Nacional do Movimento através de remessa do estatuto da entidade. O movimento tem por finalidade promover medidas educativas que visem à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, informação, conscientização do hanseniano, objetivando a sua mais completa reintegração social (NUNES)¹¹.

Segundo dados consolidados dos Encontros de Avaliação de Hanseníase das Macrorregiões Brasileiras, em 1986, verifica-se um total de 234.560 casos, correspondendo a uma prevalência de 1,71/1.000. Estes dados, estratificados pelas unidades federadas e analisados segundo critério da OMS, mostram 16 Estados brasileiros com alto grau de endemidade (prevalência superior a 1,0/1.000) e 1

de baixo grau de endemidade (prevalência inferior a 0,2/1.000), 7 Estados de grau médio de endemidade (prevalência entre 0,2 e 1,0/1.000) e 2 Estados com hiperendemidade (prevalência superior a 10,0/1.000).

Estes dados estão, seguramente, subestimados. A OMS prevê algo em torno de duas vezes mais. Os Estados de baixa endemidade encontram-se na Região Nordeste, onde a mesma avaliação mostra uma cobertura inferior a 15%.

A população do Estado de Goiás representa 3,2% da do Brasil ou seja, de cada 30 brasileiros, 1 é goiano. Em termos de pacientes com hanseníase, Goiás alberga 5,5% dos doentes do país, ou seja, de cada 19 pacientes com hanseníase no Brasil, 1 é goiano. Isto baseado nos números de doentes registrados, que sabe-se estar aquém do real (ZANINI, . . . 1983)¹⁶.

Considerando o alto grau de endemidade da hanseníase no Brasil, com um total de casos notificados que corresponde a 80% da casuística da doença na América Latina (MOTTA, 1983)⁷ e ainda que em Goiás sua endemidade (3,0/1.000) é maior do que a média no Brasil (1,71/1.000).

Das 219 unidades de saúde do Estado de Goiás, que prestam assistência aos pacientes de hanseníase, 7 situam-se em Goiânia, cuja casuística constitui material do presente estudo.

1 - METODOLOGIA

O estudo foi realizado em caráter retrospectivo, colhendo-se dados epidemiológicos de todos os pacientes, em tratamento de hanseníase, nas 7 unidades de saúde da Rede Pública de Goiânia; num total de 6.663 prontuários, assim constituídos:

- Centro de Saúde Juarez Barbosa - 5.900
- Centro de Saúde Átila de Carvalho - 124
- Centro de Saúde Rodoviário - 84
- CAIS do Jardim América - 112
- CAIS do Setor Urias Magalhães - 100
- CAIS do Setor Novo Horizonte - 180
- CAIS do Setor Pedro Ludovico - 163

O instrumento utilizado foi a planilha adotada pelo Serviço de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), para relatórios semestrais. Para atendimento dos objetivos propostos, houve acréscimo dos seguintes dados na planilha (anexo 1):

- idade
- sexo
- ocupação
- estado civil
- mitsuda (na inscrição e atual)
- número de contatos
- BCG
- Instituto previdenciário

Em relação à ocupação dos pacientes foi utilizada a classificação

brasileira de ocupações (CBO), que apresenta os seguintes grupos:

Grande Grupo 1 - Trabalhadores de profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados;

Grande Grupo 2 - Membros dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados;

Grande Grupo 3 - Trabalhadores de Serviços administrativos e trabalhadores assemelhados;

Grande Grupo 4 - Trabalhadores de Comércio e trabalhadores assemelhados;

Grande Grupo 5 - Trabalhadores de Serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança e trabalhadores assemelhados;

Grande Grupo 6 - Trabalhadores agropecuários, florestais de pesca e trabalhadores assemelhados.

Grande Grupo 7/8/9 - Trabalhadores de produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados.

Para análise da residência dos pacientes em Goiânia, utilizou-se o critério do IPLAN (Instituto de Planejamento Municipal), planta de orientação locacional 1982 (anexo 3), no qual a cidade é dividida em raios de 1 em 1 Km, iniciando no centro da cidade e aumentando gradativamente até a periferia.

A distribuição dos bairros foi arbitrária, sendo caracterizada como área central (I) até 3000m, onde se situam os bairros nobres da cidade. A área semi-periférica (II) situada entre os raios de 3000 e 7000m, área com maior densidade populacional. Já na área periférica (III) foram considerados os bairros além de 7000m, onde residem populações com condições sócio-econômicas menos favoráveis.

As informações foram colhidas durante o segundo semestre de 1986, com participação dos alunos da disciplina de Epidemiologia e Saneamento, do curso de enfermagem e de funcionários do próprio serviço, com orientação e supervisão da equipe de pesquisadores.

Contudo, após colher 100% dos dados, conforme projeto e frente às dificuldades encontradas no processamento do grande número de informações, houve necessidade de restringir a amostra em 30,16% da população alvo, sendo os prontuários escolhidos aleatoriamente, segundo critério seqüencial, previamente programado pelo sistema MACROFF.

Os dados epidemiológicos deste estudo, foram analisados de forma descritiva, com indicação de frequência e cálculo de percentual.

2 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em decorrência da análise de apenas um terço da população alvo do presente estudo, (2010 prontuários, de um total de 6.663 levantados), o cálculo da detecção anual do serviço,

bem como a prevalência da hanseníase, ficou prejudicado. Contudo, sem demonstrar em tabela, os dados necessários para os cálculos foram fornecidos pelo núcleo central de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Sendo que o coeficiente de detecção anual dos casos de hanseníase em Goiânia, foi de 67,87/100.000 e a prevalência de 6,69/1.000, dados de 1986.

Na análise da tabela I, verificou-se predomínio de formas bacilíferas, Wirchoviana (V) e Demorfa (D), com 1.092 (54,32%) pacientes, seguidos pelas formas indeterminadas (I) 479 (23,83%) e Tuberculóide 426 (21,20%) dos casos. Mostra, ainda, que 1518 (75,52%) casos são formas clínicas já polarizadas, dados estes em acordo com achados em outras regiões.

No relatório sobre a situação endêmica da hanseníase no município de Rondonópolis M.T.⁴, apresentado no II Encontro de Avaliação de Hanseníase na Macrorregião Centro-Oeste, 1986 é citado: "Devido aos diagnósticos tardios, as formas polarizadas (T, D, V, TR) predominam com um total de 81 casos, ou seja, 71,68%. O diagnóstico das formas tuberculóides perfaz um total de 40,71%.

No Rio Grande do Sul, o percentual da forma I (14,4%) é bastante inferior à média verificada no resto do Brasil (cerca de 30%). Isso se deve ao fato de ser o Rio Grande do Sul o único Estado brasileiro onde é realizado, sistematicamente, o exame histopatológico em todos os casos sus-

peitos de hanseníase (FERREIRA e Cols.²).

TORNERO, Nilton e Cols.¹⁷ referem que as formas polares (V, D, T) sempre apresentam valores acima de 60%, atingindo valor máximo em 1968 (86,8%). A tendência da curva pouco tem se alterado com os anos.

SANTOS, Eliana de Paula¹⁶ refere que em seu trabalho foram classificados como portadores de forma I - 45,7% e de forma T + Tr - 18,6%. Assim 54,4% apresentam formas polarizadas (V + D + T + Tr) tardias da doença, denunciando a ausência de diagnóstico precoce.

A Tabela II mostra ligeira evolução da forma clínica I, de 30 pacientes, em que 17 evoluíram para forma T e 13 pacientes para a forma V. Esta evolução pode ser real ou ser devida a erro na classificação da forma clínica na ocasião do diagnóstico.

A entrada do paciente ao serviço de dermatologia sanitária (Tabela III) ocorreu em 1152 casos (57,32%) por iniciativa própria do paciente (atendimento de demanda) e por busca ativa (exame dos comunicantes) em 92 (4,58%). Dentre estes, 67 (72,80%) apresentaram formas polarizadas (V, D, T). Os dados acima, sugerem falhas dos serviços de Saúde nos segmentos que constituem o programa de controle da Hanseníase.

O relatório dos Encontros Macrorregionais de Hanseníase - avaliação desempenho - 1986¹⁰ nos mostra que a proporção de comunicantes sob vigilância no Estado de Goiás, foi insatisfatória (28,2%), tendo faltado,

inclusive, dados do Centro de Saúde Juarez Barbosa que tem grande número de pacientes.

FERREIRA e Cols.², referem que, a partir de 1977, os dados pessoais dos contatos foram lançados em computadores, o que facilitou a exclusão de todos os casos de duplo cadastramento. Do número de contactos dos pacientes V e D cadastrados até 31 de dezembro de 1980, apenas 27,4% achavam-se controlados.

TORNERO¹⁷ conclui que "para haver um controle eficaz da doença há necessidade de uma reorientação da política sanitária, dando-se ênfase à busca ativa de casos em estratos prioritários da população.

A predominância do sexo masculino 1233 (60,84%) é evidenciada na tabela IV, dados em concordância com os achados de outros autores (FONSECA e Cols.³); sendo que as formas bacilíferas da doença ocorreram mais no homem 733 (59,93%) contra 352 (40,07%) nas mulheres.

Em relação ao estado civil dos pacientes portadores de hanseníase, os casados corresponderam à maioria dos casos, 1.143 (56,86%) - Tabela V, destes, 632 (55,29%) pertenciam às formas bacilíferas.

Na tabela VI, observa-se a distribuição etária da casuística, mostrando a ocorrência de 64 casos (3,18%) em menores de 15 anos, com predominância das formas polares, demonstrando diagnóstico tardio e falha na vigilância epidemiológica. A maior parcela dos doentes, 1589 (79,05%) situa-se entre 15 e 60 anos,

incluindo a faixa etária de maior capacidade produtiva, evidenciando o alto custo social da doença. Acima de 60 anos encontram-se 357 (17,77%) dos casos, sugerindo não ser, a doença, importante fator de limitação do tempo de vida, embora exista a possibilidade de vícios no registro de dados.

Segundo SANTOS¹⁵ o maior número de casos ocorre na idade adulta (30 - 64 anos). FERREIRA e Cols.² referem que "na incidência por grupo etário nota-se nítida predominância de casos nas idades mais avançadas, crescendo o risco de adoecer juntamente com a idade."

Na tabela VII, observa-se que dos 1.316 pacientes em que a baciloscopia foi realizada 483 (36,7%) estavam positivos, e 833 (63,3%) negativos. Mostra ainda, a predominância da baciloscopia positiva nas formas bacilíferas 466 (96,48%) contra 433 (51,98%) negativos.

Na Tabela VIII mostra a distribuição de ocupação por forma clínica, cuja análise demonstra que a grande maioria dos pacientes (85,27%) encontram-se nos grandes grupos 5, 6 e 7/8/9, correspondendo, respectivamente, a 30,54%, 21,34% e 33,39%.

Nestes grupos estão distribuídas profissões mal remuneradas, sugerindo baixo poder sócio-econômico, com predominância de formas polarizadas (65,16%) sob a forma inicial da doença (19,56%).

É importante lembrar que, normalmente, o diagnóstico é feito tar-

diamente e que não se faz prevenção de incapacidades. Portanto, estes pacientes estão mais propensos a desenvolverem incapacidades, o que pode vir a dificultar ou mesmo impedir a execução de suas atividades profissionais. Este fato é agravante e pode perpetuar ou piorar as precárias condições de vida dos pacientes.

A tabela IX mostra que 1.511 (75,18%) dos pacientes tiveram sua patologia diagnosticada no máximo até 10 anos, sendo que 898 (44,68%) com menos de 5 anos da doença. Por outro lado, o tempo excessivo de tratamento 157 (5,8%) com mais de 20 anos, sugere a insuficiência nos registros de dados, e não observância aos critérios de alta.

Em nossa amostra em relação ao número de contatos intra-familiares (Tabela X), a maioria (50,95%) encontra-se sem informação, o que demonstra ineficiência na vigilância de contatos.

Embora em todas as formas deviam ter registrados os contatos, com realização de investigação epidemiológica, observamos um maior número de registrados nas formas bacilíferas, provavelmente, devido ao controle mais eficaz de comunicantes destas formas.

Em relação ao Instituto Previdenciário, Tabela XI, temos que 74,58% estão sem informação, não nos permitindo conclusões.

Quanto à residência dos pacientes em estudo, a tabela XII evidencia que a quase totalidade, 1980

(98,50%), residem no Estado de Goiás. Dos 30 pacientes residentes nos Estados limítrofes a Goiás, 10 (33,33%) são do Mato Grosso e 05 (16,66%) do Pará.

Pode-se observar na Tabela XIII que dos 1980 pacientes goianos, 1329 (67,61%) residem em Goiânia e 651 (32,88%) no interior do Estado. O fato de pacientes do interior procurarem a capital, pode sugerir um reflexo do próprio estigma da doença, como também deficiência do serviço de saúde em suas localidades de residência.

A veracidade da informação referente ao local de residência é questionável, pois é bem conhecido o fato de pacientes vindos do interior, com vínculo familiar ou de amizade na capital, fornecerem aos serviços de saúde o endereço de onde ficam hospedados, ocasionalmente.

A maioria dos pacientes (88,8%) recebem tratamento na região central (Centro de Saúde Juarez Barbosa),

embora o local de residência predominante seja em zona intermediária e periférica (Tabela XIV), acredita-se que a explicação para este fato seja que o serviço de maior demanda (Centro de Saúde Juarez Barbosa) é também o mais conhecido, de fácil acesso, sendo anteriormente denominado "Dispensário de pele".

Este Centro de Saúde (C.S.J.B.) tem em seu registro ativo, aproximadamente, 50% dos pacientes inscritos no Estado.

LOMBARDI⁷ fazendo análise semelhante no município de São Paulo (1976-1977) afirma: "a atual estrutura da rede de prestação de serviços especializados, impregnada ainda de imagens do passado e inadequada para cobrir de maneira homogênea a área do município, determina a formação de pólos de convergência de demanda cujo ônus para a população embora difícil de ser mensurado nos parece inegável."

TABELA I - Distribuição de pacientes de Hanseníase segundo a forma clínica em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA	Nº	%
D	46	2,28
I	479	23,83
T	426	21,20
V	1046	52,04
N/C	13	0,65
TOTAL	2010	100,00

QUARESMA, M. E. P.; RODARTE, A. R.; FERREIRA, M. G. & SILVA, M. T. P. - Estudo epidemiológico da Hanseníase, com base na casuística da Rede Pública em Goiânia-Goiás. Rev. Pat. Trop. 18(1): 81-97, jan./jun. 1989

TABELA II - Evolução das formas clínicas de Hanseníase na inscrição e atual dos pacientes em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA	INSCRIÇÃO		ATUAL	
	Nº	%	Nº	%
D	46	2,28	46	2,28
I	509	25,32	479	23,83
T	409	20,35	426	21,20
V	1033	51,40	1046	52,04
N/C	13	0,65	13	0,65
TOTAL	2010	100,00	2010	100,00

TABELA III - Modo de entrada dos pacientes de Hanseníase, segundo a forma clínica, na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

MODO DE ENTRADA	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Triagem	17	0,85	133	6,62	122	6,07	318	15,82	03	0,15	593	29,51
Demanda	22	1,09	276	13,73	263	13,08	588	29,25	03	0,15	1152	57,30
Comunicantes	-	-	25	1,24	16	0,80	51	2,54	-	-	92	4,58
Transferido	04	0,20	36	1,79	18	0,89	46	2,29	-	-	104	5,17
Sem Informação	03	0,15	9	0,45	7	0,35	43	2,14	7	0,35	69	3,44
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

TABELA IV - Distribuição dos pacientes de Hanseníase, segundo a forma clínica e sexo, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ SEXO	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	18	0,89	231	11,49	182	9,05	334	16,62	06	0,30	771	38,35
Masculino	28	1,40	246	12,24	237	11,79	705	35,07	07	0,35	1223	60,85
Sem Informação	-	-	02	0,10	07	0,35	07	0,35	-	-	16	0,80
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

QUARESMA, M. E. P.; RODARTE, A. R.; FERREIRA, M. G. & SILVA, M. T. P. - Estudo epidemiológico da Hanseníase, com base na casuística da Rede Pública em Goiânia-Goiás. Rev. Pat. Trop. 18(1): 81-97, jan./jun. 1989

TABELA V - Distribuição dos pacientes, segundo a forma clínica e estado civil dos pacientes de Hanseníase, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ ESTADO CIVIL	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro	13	0,65	181	9,01	134	6,67	344	17,11	01	0,05	673	33,49
Casado	28	1,39	259	12,89	243	12,89	604	30,05	09	0,45	1143	56,87
Outros	02	0,10	18	0,89	26	1,29	67	3,34	02	0,10	115	5,72
Sem Informação	03	0,15	21	1,04	23	1,14	31	1,54	01	0,05	79	3,92
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

TABELA VI - Formas clínicas, segundo a faixa etária dos pacientes de Hanseníase, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

IDADE	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5 anos	-	-	-	-	01	0,05	-	-	-	-	01	0,05
06 - 10 anos	01	0,05	07	0,35	02	0,10	01	0,05	-	-	11	0,55
11 - 15 anos	01	0,05	13	0,65	20	0,99	18	0,89	-	-	52	2,58
16 - 20 anos	02	0,10	27	1,34	17	0,85	23	1,14	01	0,05	70	3,48
21 - 40 anos	16	0,79	224	11,14	154	7,66	350	17,41	02	0,10	746	37,10
41 - 60 anos	17	0,85	150	7,46	147	7,31	452	22,49	07	0,35	773	38,46
61 - 80 anos	08	0,40	54	2,69	73	3,63	181	9,01	-	-	316	15,73
81 anos	-	-	01	0,05	-	0,15	04	0,20	03	0,15	11	0,55
Sem informação	01	0,05	03	0,15	09	0,45	17	0,85	-	-	30	1,50
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

TABELA VII - Baciloscopia, segundo a forma clínica dos pacientes de Hanseníase, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ BA- CIOSCOPIA	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Negativo	25	1,24	209	10,40	183	9,10	408	20,30	08	0,40	833	41,44
+	08	0,40	04	0,20	02	0,10	174	8,66	-	-	188	9,36
++	08	0,40	05	0,25	03	0,15	160	7,96	-	-	176	8,76
+++	02	0,10	03	0,15	-	-	114	5,67	-	-	119	5,92
Sem informação	03	0,15	258	12,83	238	11,84	190	9,45	05	0,25	694	34,52
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

QUARESMA, M. E. P.; RODARTE, A. R.; FERREIRA, M. G. & SILVA, M. T. P. - Estudo epidemiológico da Hanseníase, com base na casuística da Rede Pública em Goiânia-Goiás. Rev. Pat. Trop. 18(1): 81-97, jan./jun. 1989

TABELA VIII - Ocupação X forma clínica dos pacientes de Hanseníase, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ GRUPOS	V		I		T		D		S/		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0/1	14	0,70	5	0,25	4	0,20	-	-	-	-	23	1,15
2	13	0,65	5	0,25	9	0,45	2	0,10	-	-	29	1,45
3	16	0,80	17	0,84	8	0,40	-	-	1	0,05	42	2,09
4	34	1,69	22	1,09	16	0,80	1	0,05	-	-	73	3,63
5	287	14,28	173	8,61	135	6,71	12	0,59	7	0,35	614	30,54
6	300	14,92	69	3,43	50	2,49	9	0,45	1	0,05	429	21,34
7/8/9	328	16,32	151	7,52	174	8,65	15	0,75	3	0,15	671	33,39
S/	54	2,68	37	1,84	30	1,49	7	0,35	1	0,05	129	6,41
TOTAL	1046	52,04	479	23,83	426	21,19	46	2,29	13	0,65	2010	100,00

TABELA IX - Tempo de doença, segundo a forma clínica dos pacientes de Hanseníase em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ TEMPO DE DOENÇA	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 ano	04	0,20	52	2,59	67	3,33	87	4,33	-	-	210	10,45
01 - 05 anos	23	1,14	178	8,85	181	9,00	301	13,98	05	0,25	688	34,22
06 - 10 anos	16	0,80	144	7,16	146	7,26	306	15,22	01	0,05	613	30,49
11 - 15 anos	01	0,05	58	2,88	11	0,55	182	9,05	-	-	252	12,53
16 - 20 anos	-	-	13	0,65	07	0,35	70	3,48	-	-	90	4,48
21 - 25 anos	01	0,05	12	0,60	01	0,05	37	1,84	-	-	51	2,54
26 - 30 anos	-	-	08	0,40	03	0,15	31	1,54	-	-	42	2,09
31 - 40 anos	-	-	05	0,25	02	0,10	18	0,90	-	-	25	1,25
Sem Informação	01	0,05	09	0,45	08	0,40	14	0,70	07	0,35	39	1,95
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

QUARESMA, M. E. P.; RODARTE, A. R.; FERREIRA, M. G. & SILVA, M. T. P. - Estudo epidemiológico da Hanseníase, com base na casuística da Rede Pública em Goiânia-Goiás. Rev. Pat. Trop. 18(1): 81-97, jan./jun. 1989

TABELA X - Número de contatos intra-familiares, segundo a forma clínica dos pacientes de Hanseníase, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ Nº DE CONTATOS	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	06	0,30	27	1,34	31	1,54	108	5,37	-	-	172	8,55
02 - 04	11	0,54	61	3,03	61	3,03	258	12,83	01	0,05	392	17,48
05 - 07	09	0,45	45	2,24	43	2,14	171	8,51	02	0,10	270	13,44
08 - 10	03	0,15	18	0,90	07	0,35	72	3,58	01	0,05	101	5,03
11 e +	-	-	06	0,30	05	0,25	40	2,00	-	-	51	2,55
Sem Informação	17	0,85	322	16,02	279	13,88	397	19,75	09	0,45	1024	50,95
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

TABELA XI - Distribuição dos pacientes de Hanseníase, segundo o Instituto previdenciário e a forma clínica, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ INSTITUTO PREV.	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem Previdência	04	0,20	02	0,10	01	0,05	06	0,30	02	0,10	15	0,75
FUNRURAL	-	-	04	0,20	01	0,05	30	1,49	-	-	35	1,74
INPS	13	0,65	95	4,73	104	5,17	224	11,14	02	0,10	438	21,79
IPASGO	-	-	08	0,40	01	0,05	14	0,70	-	-	23	1,14
Sem Informação	29	1,44	370	18,40	319	15,87	772	38,41	09	0,45	1499	74,58
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

TABELA XII - Distribuição dos pacientes de Hanseníase, segundo a residência no território nacional, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ ESTADOS.	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Piauí	-	-	01	0,05	-	-	-	-	-	-	01	0,05
Maranhão	-	-	-	-	-	-	02	0,10	-	-	02	0,10
Minas Gerais	-	-	-	-	-	-	03	0,15	-	-	03	0,15
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	03	0,15	-	-	03	0,15
Bahia	-	-	-	-	01	0,05	02	0,10	-	-	03	0,15
Mato Grosso Sul	-	-	01	0,05	-	-	02	0,10	-	-	03	0,15
Pará	-	-	02	0,10	-	-	03	0,15	-	-	05	0,25
Mato Grosso	-	-	03	0,15	-	-	07	0,35	-	-	10	0,50
Goiás	46	2,29	472	23,48	425	21,14	1024	50,94	13	0,65	1980	98,50
TOTAL	46	2,29	479	23,83	426	21,19	1046	52,04	13	0,65	2010	100,00

TABELA XIII - Distribuição da Hanseníase por forma clínica no Estado de Goiás, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMAS CLÍNICAS/ RESIDÊNCIA	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capital	31	1,56	343	17,32	288	14,55	660	33,34	07	0,35	1329	67,12
Interior	15	0,76	129	6,52	137	6,92	364	18,38	06	0,65	1980	32,88
TOTAL	46	2,32	472	23,84	425	21,47	1024	51,72	13	0,65	1980	100,00

TABELA XIV - Distribuição da Hanseníase, segundo a forma clínica e residência em Goiânia, em tratamento na Rede Pública de Goiânia - Goiás, 1986.

FORMA CLÍNICA/ RESIDÊNCIA	D		I		T		V		N/C		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	10	0,75	62	4,66	63	4,74	123	9,26	01	0,08	259	19,49
II	15	1,13	159	11,96	154	11,59	343	25,81	04	0,30	675	50,79
III	05	0,38	62	4,67	49	3,69	140	10,53	01	0,08	257	19,35
S/I	01	0,07	60	4,51	22	1,65	54	4,06	01	0,08	138	10,37
TOTAL	31	2,33	343	25,80	288	21,67	660	49,66	07	0,54	1329	100,00

3 - CONCLUSÃO

No estudo epidemiológico dos pacientes de hanseníase, em tratamento na Rede Pública de Goiânia, pode-se concluir que:

. Há predominância das formas clínicas polarizadas, existindo deficiência na busca de pacientes através do exame dos comunicantes, apesar deste contingente constituir-se em grupo de risco;

. A grande maioria dos pacientes encontra-se dentro da faixa etária produtiva, entre os casados e com predominância do sexo masculino;

. O alto número de baciloscopia negativa, demonstra o tempo prolongado de tratamento que o paciente é submetido, fato que sugere a inobservância dos critérios de alta, bem como a deficiência laboratorial;

. O maior número de registro de contatos (superior a quatro por paciente) pertencem às formas clínicas bacilíferas. Porém, mais importante que o registro de números de contatos é o real controle dos mesmos, fato este que não pôde ser observado no material coletado;

. Em relação à procedência dos pacientes verificou-se que 30 (1,49%) são dos Estados limítrofes com Goiás, 651 (32,39%) do interior do Estado e 1.329 (66,12%), da Capital. E entre os pacientes da Capital 932 (78,25%) residem nas áreas semi-periférica e periférica da cidade;

. A análise dos dados referentes à ocupação e residência, sugere maior

freqüência da endemia numa população com condições sócio-econômicas desfavoráveis;

Ressalta-se que a análise dos dados propostos no projeto, referentes ao BCG, Mitsuda e incapacidade física, ficou sem condições de avaliação e discussão, por inexistência de informações nos prontuários dos pacientes.

4 - SUGESTÕES

4.1 - Estruturação dos serviços de saúde

. Implantar o atendimento integral ao paciente, com possibilidades de aumentar o número de detecção de casos, fazendo-se o diagnóstico precoce;

. Melhorar a qualidade de atendimento laboratorial;

. Revisar os arquivos - incluindo os prontuários dos pacientes de hanseníase no arquivo geral do serviço;

. Efetivar os critérios de alta, visando reduzir o número de fichas, oferecendo dados estatísticos reais;

. Implantar como rotina os exames de incapacidade física e fazer as anotações em prontuário;

. Garantir os medicamentos básicos aos portadores de hanseníase em todos os Postos de Saúde, que prestam esta assistência, bem como da Mitsudina;

. Incentivar a vigilância epidemiológica (controle dos comunicantes).

4.2 - Educação em Saúde

. Sensibilizar os profissionais de saúde de todos os níveis para a educação em saúde;

. Incentivar os pacientes a atuarem como elementos ativos na detecção de casos novos, proporcionando maior conhecimento da doença;

. Motivar ao tratamento regular, orientando para o não abandono;

. Orientar e fazer prevenção de incapacidade física (exercícios) com técnicas simples;

. Fazer tratamento das deformidades já instaladas;

. Esclarecer e combater o estigma da doença, de forma organizada.

SUMMARY

Epidemiologic study of Hansen's Disease based upon cases of the Public Health Service in Goiânia - Goiás.

The epidemiologic data concerning the papers of 2.010 (30,16%) patients with hansen's disease treating in the Public Health Service in Goiânia were analyzed retrospectively. The papers were chosen in an aleatory manner and descriptively analyzed, with indication of frequency and percentual calculi. Considering the high endemicity of Hansen's disease in Brazil, with a total of notified cases corresponding to 80% of Latin American cases (MOTTA, 1983), in

Goiás its endemicity (3.0/1000) is higher than the Brazilian average (1.7/1000), and in Goiânia, Capital of The State, it was registered an annual detection coefficient of cases twofold higher than the registered in the whole state (67.87/100.000), with a high prevalence (6.9/1000), which is, therefore, an important problem to the Public Health. From the data collected, we would like to point out some aspects: a) There is a predominance of the polarized clinical forms, existing a deficiency in the search for patients via examination of the contacts; b) The great majority of the patients are within the productive age group, married and with predominancy of masculine sex; c) The high number of negative results in bacteriologic examination, demonstrates the prolonged time of treatment to which the patient is submitted; d) More contacts registrations belong to the bacillary group; e) It was observed that 30 cases (1.49%) are from other States, 651 (32,39%) from the interior of Goiás and 1,329 (66,12%) from the Capital, Goiânia (being 78,25% of these 1,329 patients inhabitants of the periphery of the city).

The authors suggest an improvement of the Public Health Services, emphasizing the necessity of an adequate education to the patients, such as to the staff.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BRITTO, S. T. et COSTA, C.
Hanseníase no Pará: Morbidade em

QUARESMA, M. E. P.; RODARTE, A. R.; FERREIRA, M. G. & SILVA, M. T. P. - Estudo epidemiológico da Hanseníase, com base na casuística da Rede Pública em Goiânia-Goiás. Rev. Pat. Trop. 18(1): 81-97, jan./jun. 1989

- geral e incidência em faixas etárias limites. **Hiléia Médica, Belém**, 3(1): 45-65, 1981.
02. FERREIRA, J. et al. Controle da Hanseníase num sistema integrado de atenção à saúde. **Bol. Ofic. Sanit. Panamericana** 95 (6): 507-515, 1983.
 03. FONSECA, P. H. et alii. Hanseníase no Estado do Maranhão. Análise de 5.274 casos, **Arq. Bras. Med.** 57(4): 175-177, 1983.
 04. GOBEL MANFREDO et alii. **Situação da endemia de Hanseníase no município de Rondonópolis**, Centro de Prevenção e tratamento de incapacidades físicas de Rondonópolis FUSMAT - MT., 1986.
 05. GONÇALVES, A. **Epidemiologia e Controle da Hanseníase no Brasil**. Brasília OPS/OMS - DNS/MS, 1983. (Apostila do Ministério da Saúde, Conferência de abertura apresentada à Oficina de Trabalho para o controle da Hanseníase no Brasil).
 06. GONÇALVES, A. Edipemiologia e Controle da Hanseníase, Brasil, **Boletim da Oficina Sanitária Panamericana**, 102 (3), 246/256, 1987.
 07. LOMBARDI, C. Situação de Endemia de hanseníase no município de São Paulo 76-77. **Rev. de Saúde Pública** 13 (4): 281-298, 1979.
 08. MOTTA, C. P. La lepra en las Americas, In: **SEMINÁRIO BOLIVIANO PARA O CONTROLE DA LEPROSA**. Caracas, Venezuela, Conicyt, 1983.
 09. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, dados básicos sobre o Controle da Hanseníase no Brasil, referente a 1984. Brasília, 1985.
 10. ———. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Relatório dos Encontros Macrorregionais de Hanseníase. Avaliação desempenho, 1986.
 11. NUNES, F. V. et alii. **Jornal do MORHAN**. Órgão de Divulgação do Movimento de reintegração do Hanseniano, 8(11) Set., 1985.
 12. OPS/MS. Informe final de la Reunion Especial de Ministros de Salud de las Americas, 3. Santiago, Chile, 1972. (Plan Decenal de Salud para as Americas)
 13. OPROMOLLA, D. V. et alii. **Noções de Hansenologia**. Bauru, 1981. Centro de Estudos "Reynaldo Duagliato".
 14. ROMERO, A. et alii. Políticas y Estrategias para los programas de control da lepra. **Bol. Of. Sanit. Panamericana** 93(3): 220-232, 1982.
 15. ROTBERG, A. et alii. Lepra x Hanseníase. **Ars. Curandi** 16 (2). 58-69, 1983.
 16. SANTOS, E. P. Hanseníase: Um Estudo da realidade no Extremo Sul da Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**. 9 (2) 73-81, abr./jun/1982.
 17. TGRNERO, N. et alii. Alguns Aspectos sobre a Hanseníase na região de Londrina, Paraná, 1968 - 1978; Características específicas, **Hansen. Int.**, 6(2): 122-129, 1981.
 18. ZANINI, L. A. Hanseníase em Goiás: Situação Atual e Estratégias, 1983. (Folheto informativo)