

BARRIGA VERDE

Informativo Epidemiológico

Ano XV - Edição Especial
Janeiro de 2018



www.dive.sc.gov.br

HANSENÍASE
**PREVENÇÃO
É CUIDADO**

INCAPACIDADES FÍSICAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HANSENÍASE - 2016

A Hanseníase é uma doença crônica, infecciosa e transmissível, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. Esse bacilo tem alta infectividade, no entanto, baixa patogenicidade; atinge pele e nervos periféricos, podendo levar a sérias incapacidades físicas. É de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória (MS, Portaria Nº. 204/2016).

Vigilância

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, o diagnóstico precoce e o rápido tratamento de todos os novos casos de Hanseníase com terapia multidrogas continuam a ser as principais estratégias para o controle da doença.

Sabe-se que cerca de 25% a 50% dos pacientes podem ter algum dano do nervo e desenvolver incapacidades físicas. Para fins epidemiológicos, a OMS padronizou um instrumento de avaliação das incapacidades, o qual considera como incapacidade somente as lesões das mãos, pés e olhos, em especial, por serem mais frequentes e mais severas para as atividades cotidianas, bem como de diagnóstico mais simples.

A incapacidade física do doente é classificada em três graus, sendo: grau 0, quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos e nos pés; grau 1, quando há incapacidade, ou seja, diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, nas mãos e nos pés e grau 2, quando há incapacidade e deformidade.

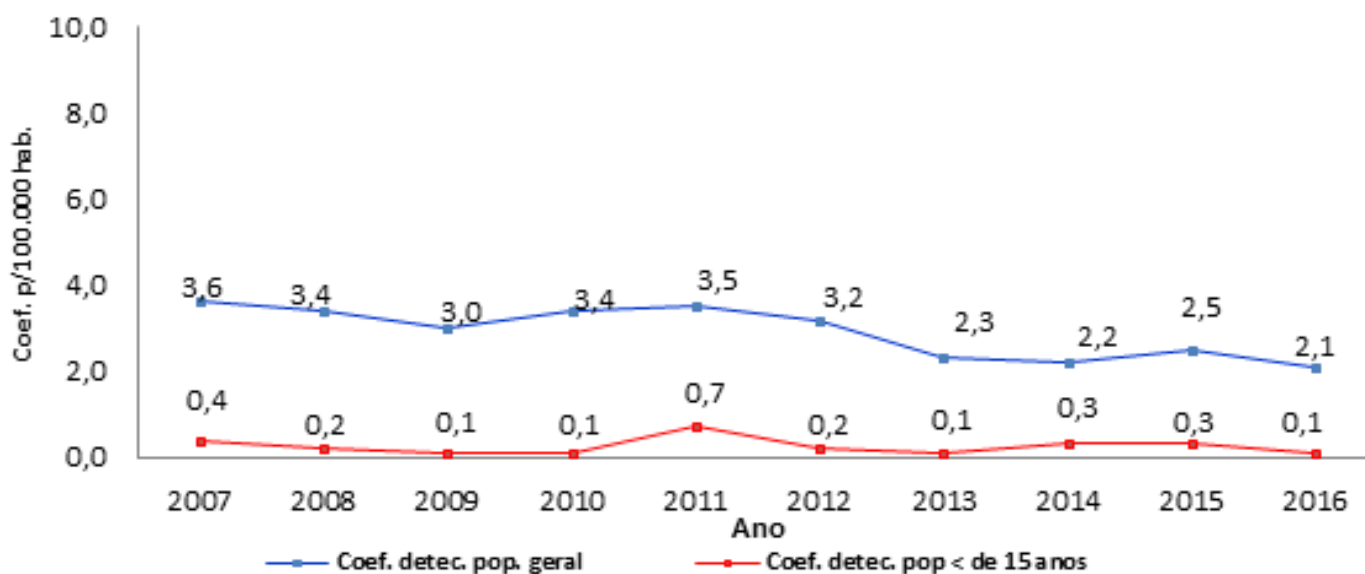
É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na cura e no estado reacional. Conforme relatório mundial da Hanseníase (OMS, 2016), nos últimos 10 anos, globalmente, a taxa de novos casos de Hanseníase com Grau 2 de incapacidade foi de 1,7 por milhão de habitantes. Ocorreu redução da taxa na África (de 4.1/2015 a 2.9/2016), nas Américas (de 3.5/2015 para 1,9/2016), Sudeste Asiático (de 4.4/2015 para 3.8/2016), no Mediterrâneo Oriental (de 0,5/2015 a 0,4/2016), mas no Pacífico Ocidental a taxa permaneceu no mesmo nível observado em 2015 (0,2) e na Europa (0,0).

A Hanseníase está presente em 24 dos 35 países das América, todos eliminaram a doença como problema de saúde pública, exceto o Brasil, conforme informações Organização Pan Americana de Saúde-OPAS/OMS.

No Brasil, em 2016, 87,3% dos casos novos foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico e 7,9% estavam com grau 2 (SINAN/SVS/MS, 09/06/2017).

No Estado, ao longo da série histórica (figura 1) a taxa de detecção vem apresentando redução com discreta oscilação tanto para a população geral quanto para os menores de 15 anos. Em 2016, foram diagnosticados 146 casos novos de Hanseníase na população geral, correspondendo a 2,1 casos por 100.000 habitantes, sendo considerado de média endemicidade, segundo parâmetros do Ministério da Saúde. Entre os casos novos, dois foram diagnosticados em menores de 15 anos, apresentando coeficiente de 0,1 por 100.000 habitantes.

Figura 1 - Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) de Hanseníase na população geral e no menor de 15 anos. Santa Catarina, 2007 a 2016.



Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC (02/05/2017), IBGE

De forma geral, o sistema de saúde municipal procura realizar atividades de diagnóstico para a Hanseníase conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica do MS. Em 2016, o MS, através da nota informativa conjunta nº 1/2016, alerta para o exame sistemático na população masculina e em idosos para busca de casos novos de Hanseníase. Quando analisamos os fatores associados aos indivíduos com grau 2 de incapacidade, por sexo, encontramos o masculino mais frequentemente (61,1%), com faixa etária entre 50 a 64 anos (37,5%), a escolaridade mais elevada a ignorada (29,2%) seguida do ensino fundamental incompleto (16,7%), residentes na zona urbana (83,3%) e o modo de detecção dos casos por encaminhamento (58,33%) seguido por demanda espontânea (20,83%).

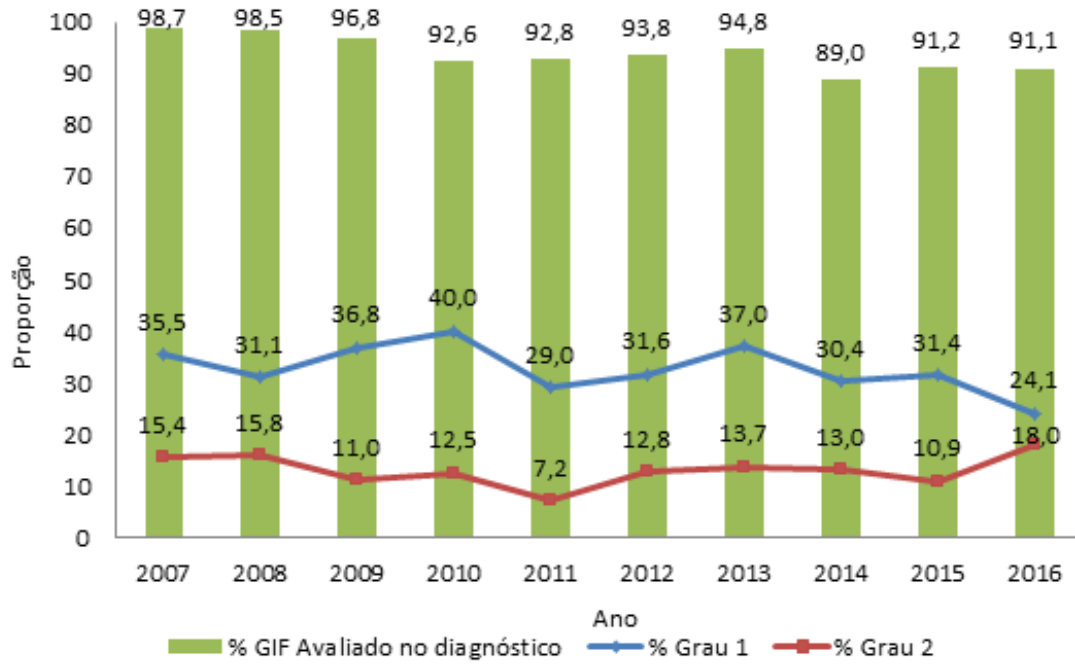
Figura 2 - Proporção de casos novos de Hanseníase com grau 2 de incapacidade física, segundo sexo por faixa etária, escolaridade, modo de detecção e zona de residência. Santa Catarina, 2016.

| Variáveis | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Faixa etária (N=24) | | | | | | |
| 15-19 | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 |
| 20-34 | 0 | 0,0 | 1 | 20,0 | 1 | 3,6 |
| 35-49 | 6 | 25,0 | 1 | 20,0 | 7 | 25,0 |
| 50-64 | 9 | 37,5 | 2 | 40,0 | 11 | 39,3 |
| 65-79 | 8 | 33,3 | 1 | 20,0 | 9 | 3,6 |
| Escolaridade (N=24) | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 7 | 29,2 | 2 | 40 | 9 | 31,0 |
| Analfabeto | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| 1ª a 4ª série incompleta do EF | 10 | 8,3 | 1 | 20 | 11 | 37,9 |
| 4ª série completa do EF | 2 | 8,3 | 0 | 0 | 2 | 6,9 |
| 5ª a 8ª série incompleta do EF | 4 | 16,7 | 1 | 20 | 5 | 17,2 |
| Ensino fundamental completo | 1 | 4,2 | 1 | 20 | 2 | 6,9 |
| Modo Detecção (N=24) | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 4 | 16,67 | 0 | 0,0 | 4 | 13,8 |
| Encaminhamento | 14 | 58,33 | 4 | 80,0 | 18 | 62,1 |
| Demanda Espontânea | 5 | 20,83 | 1 | 20,0 | 6 | 20,7 |
| Exame coletividade | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Exame contatos | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Outros modos | 1 | 4,17 | 0 | 0,0 | 1 | 3,5 |
| Zona Residência (N=24) | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 | 1 | 3,5 |
| Urbana | 20 | 83,3 | 5 | 100,0 | 25 | 86,2 |
| Rural | 3 | 12,5 | 0 | 0,0 | 3 | 10,3 |

Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC

Em 2016, a proporção de indivíduos avaliados no diagnóstico (Figura 3) foi elevada, no entanto, o grau de incapacidade 2 está acima da média nacional (7,9%), demonstrando diagnóstico tardio, ou seja, problemas no diagnóstico e tratamento precoces da doença.

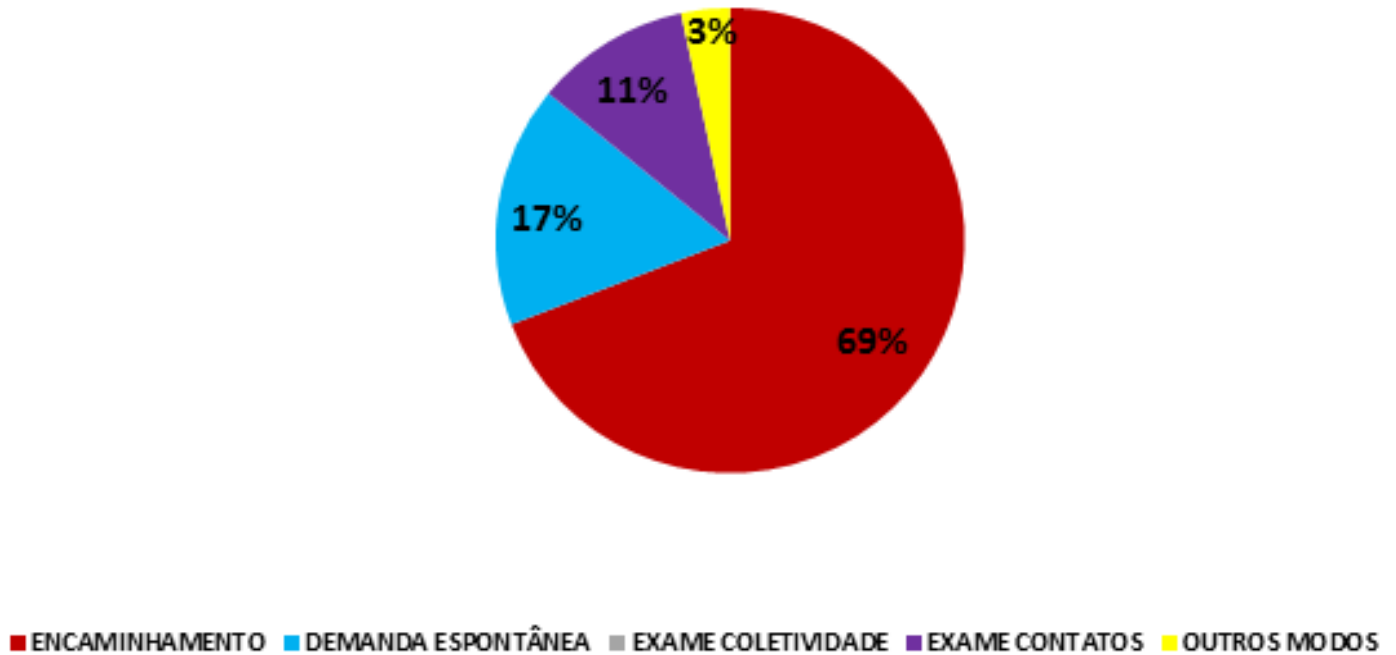
Figura 3 - Proporção de casos novos de Hanseníase avaliados quanto à incapacidade física no diagnóstico e proporção com grau 1 e 2. Santa Catarina, 2007 a 2016.



Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC (02/05/2017)

No tocante ao modo de detecção dos casos novos (figura 4), o modo mais frequente foi por encaminhamento (69,1%), seguido por demanda espontânea (16,8%). Segundo o MS, entende-se por encaminhamento os casos encaminhados por outra unidade de saúde para confirmação clínica diagnóstica e ou início de tratamento. Este indicador está associado à capacidade operacional da vigilância de Hanseníase, possibilitado uma análise da efetividade das ações de detecção precoce ou tardia de casos.

Figura 4 - Proporção dos casos novos de Hanseníase, segundo modo de detecção. Santa Catarina, 2016.

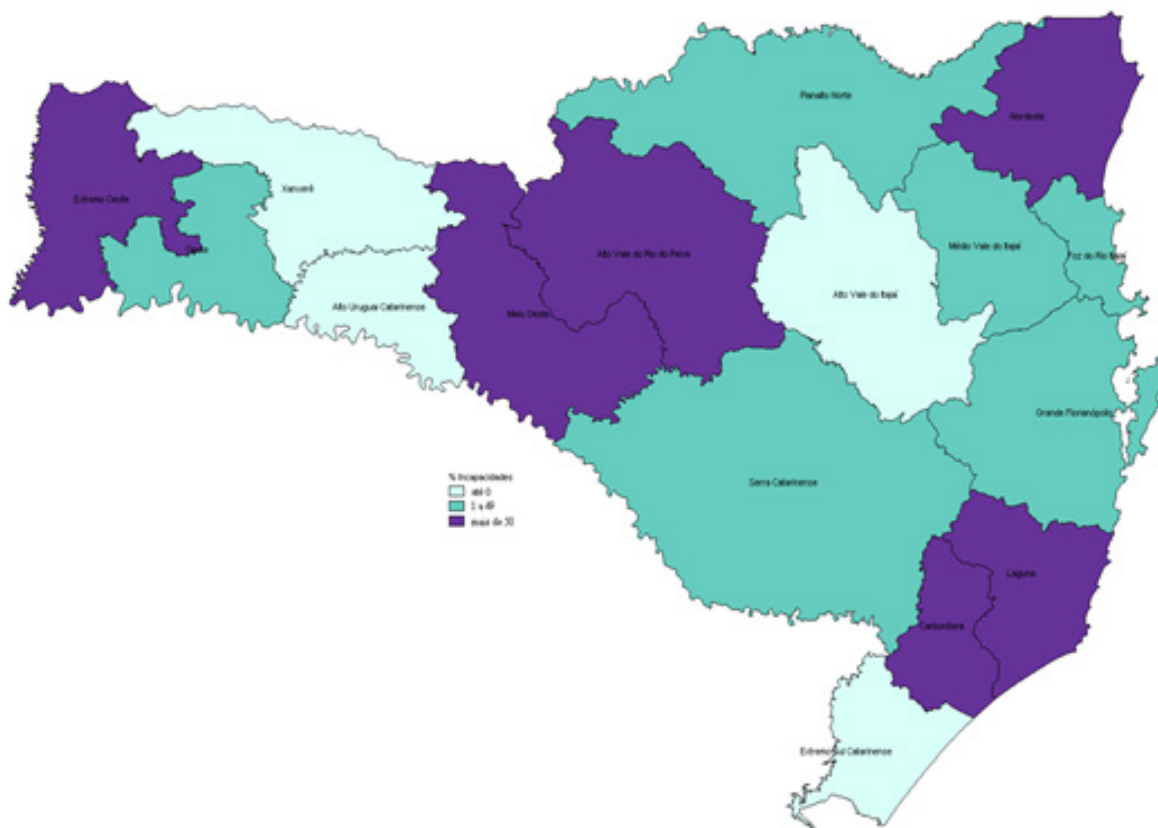


Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC. 02/05/2017

As Regiões de Saúde (Figura 5) que apresentaram elevada proporção de incapacidade física no diagnóstico foram as Regiões do Extremo Oeste, Laguna, Planalto Norte, Alto Uruguai Catarinense, Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe e Serra Catarinense. Este indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, pode sugerir falha na avaliação e na prevenção de incapacidades físicas seja no diagnóstico ou durante o tratamento.

Indubitavelmente, a mobilização das equipes de saúde é fator imprescindível para ampliação da detecção de casos novos de Hanseníase nas regiões, bem como manter a Atenção Básica dos municípios silenciosos capacitados e sensíveis para a suspeição diagnóstica em Hanseníase.

Figura 5 - Proporção de casos novos de Hanseníase diagnosticados com incapacidade física (grau 1 e grau 2) nas 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2016.



Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC. 02/05/2017

Considerações finais

A Hanseníase no Estado continua como problema de saúde pública pela elevada proporção de incapacidade física, o que caracteriza diagnóstico tardio.

Ressaltamos o documento da OMS, A Estratégia Global para a redução da carga da Hanseníase 2016 – 2020, de acordo com o qual as ações para controle da doença estão assentadas em três pilares: fortalecer o controle da doença, a coordenação e a parceria do governo; combater a Hanseníase e suas complicações; combater a discriminação e promover a inclusão.

O Programa Estadual respaldado neste documento elaborou um Plano Estadual de Ações Estratégicas, com foco na intersetorialidade, na integração de ações com Atenção Básica, na busca dos contatos e na viabilização do acesso dos pacientes em tempo oportuno aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento, a fim de evitar a ocorrência das incapacidades e promover a cura. Cabe mencionar, ainda, o impacto econômico e social nas famílias, pois as incapacidades limitam as atividades no cotidiano do indivíduo, implicações trabalhistas e estigma social.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Portaria n. 149, de fevereiro de 2016. Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hansenia>. Acesso em: 28 de nov. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a Hanseníase. Brasília : Ministério da Saúde,2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota informativa conjunta nº. 01, de 2016 CGHDE/DEVIT/SVS/MS, COSAPI/DAPES/SAS/MS, CNSH/DAPES/SAS/MS e CCGAB/DAB/SAS/MS. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hansenia>. Acesso em: 28 de nov. 2017.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é um boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 - Anexo I - 1º andar - Centro - Florianópolis - CEP: 88010-002 - Fone: (48)3664-7400. www.dive.sc.gov.br

Governo do Estado: João Raimundo Colombo e Eduardo Pinho Moreira | Secretário de Estado da Saúde: Vicente Caropreso | Secretário Adjunto: Murillo Ronald Capella | Superintendente de Vigilância em Saúde: Fábio Gaudenzi de Faria | Diretor de Vigilância Epidemiológica: Eduardo Marques Macário | Gerente de Vigilância de Agravos Infecciosos, Emergentes e Ambientais: Gladis Helena da Silva | Produção: Núcleo de Comunicação DIVE/SC.