

Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005

A description of Hansen's disease in the Brazilian Federal District from 2000 to 2005

Marco Antônio Rios Lima¹
Marcelo Oliveira Prata¹
Demóstenes Moreira¹

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes hanseníase atendidos no Distrito Federal no período de 2000 a 2005.

Métodos: Trata-se de um estudo ecológico observacional, tipo série temporal, descritivo, cuja fonte é o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Resultados: O coeficiente de detecção de casos novos no ano 2000 foi de 1,65 e, em 2005 foi de 1,24/10.000 habitantes, ou seja, uma diminuição de 24,8%. Constatou-se que a forma clínica predominante foi a tuberculóide, com 545 casos, representando 28% do total. Na distribuição por gênero, predominou o sexo masculino com 1054 casos novos (54,2% do total) no período envolvido. No sexo masculino a forma virchowiana foi a mais freqüente com 343 casos novos (32,5% do total do gênero). No sexo feminino predominou a forma tuberculóide com 297 casos (33,5% do total do gênero). A faixa etária com maior notificação de casos foi a compreendida entre 20-39 anos, com 47,8% do total. Ao analisar o grau de incapacidade na notificação durante o período do estudo, verificou-se que 62,3% dos pacientes era grau 0 (sem incapacidade). Quanto à escolaridade, houve maior número de notificações na faixa de 4-7 anos de estudo, 30,1% dos pacientes analisados.

Conclusão: O perfil dos pacientes hanseníase no Distrito Federal é composto principalmente por homens jovens, predominando a forma tuberculóide da doença. Observa-se ainda que os pacientes apresentam baixa escolaridade e incapacidades mínimas ou ausentes. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal tem alcançado êxito na modificação do panorama local da hanseníase, obtendo resultados importantes, como a redução do coeficiente de detecção de casos novos. Contudo, o empenho e a vigilância devem ser contínuos para que possamos avançar na caminhada em direção à eliminação da doença, diagnosticando os casos em fases mais precoces e alterando indicadores como a incidência em menores de 15 anos.

Palavras-chave: Hanseníase/epidemiologia; Classificação; Complicações.

¹Escola Superior de Ciências da Saúde,
Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de
Saúde, Brasília-DF, Brasil

Correspondência

Marco Antonio Rios Lima, SMT conjunto
16, casa 05, Taguatinga-DF, Brasil.
marcoantoniobsb@gmail.com

Recebido em 09/outubro/2007
Aprovado em 20/maio/2008

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of patients with Hanseniasis receiving assistance in the Federal District between 2000 and 2005.

Methods: A descriptive, temporal series, observational ecological study, whose source of data was the National Disease Notification System (SINAN) of the Federal District's Health Secretariat.

Results: The new case detection coefficient in 2000 was 1.65, and in 2005 was 1.24 for every 10,000 inhabitants, which represents a 24.8% reduction. The predominant clinical form was tuberculoid, with 545 cases, representing 28% of the total. In the distribution by gender, males predominated with 1,054 new cases (54.2% of the total) during the period covered. In males, the most frequent form was Virchowian, with 343 new cases (32.5% of the total for this gender). In females, the tuberculoid form was the most usual, with 297 cases (33.5% of the total for this gender). The age group with the highest incidence of cases was 20-39 years, representing 47.8% of the total. Through the analysis of the degree of incapacity reported during the period of the study, it was verified that 62.3% of patients were degree 0 (no incapacity). As regards the level of schooling, there was a higher notification rate among those with 4-7 years of study, 30.1% of the patients analyzed.

Conclusion: The profile of patients with Hanseniasis in the Federal District is comprised mainly of young men, with the predominance of the disease's tuberculoid form. It was also observed that the patients had low levels of schooling and minimal or absent incapacities. The Federal District's Health Secretariat has been successful in altering the local Hanseniasis context, obtaining important results such as a reduction in the new case detection coefficient. However, efforts and surveillance must be ongoing so that progress may be made towards the elimination of the disease, with earlier diagnoses, and changing indexes like the incidence among those under the age of 15.

Key words: Hanseniasis/epidemiology; Classification; Complications.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, descoberto e descrito por Gerhard H.A.Hansen em 1968, em Bergen, na Noruega.

Para o Ministério da Saúde, um caso de hanseníase caracteriza-se pela existência de uma pessoa que apresenta uma ou mais de uma das seguintes características: lesão de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo com espessamento neural e baciloscopia positiva¹.

A evolução da infecção e da doença depende da resistência individual (imunidade celular especí-

fica contra o bacilo de Hansen - BH). Admite-se que o período de incubação da Hanseníase seja de 2 a 5 anos. A doença tem evolução lenta, insidiosa, com a cronicidade interrompida por surtos agudos ou subagudos, chamados estados reacionais, acompanhados de febre e outros sintomas gerais. A primeira manifestação clínica é a disestesia (alteração da sensibilidade) cutânea, porque o bacilo de Hansen é neurotrópico. Inicialmente, ocorrem alterações da sensibilidade térmica: hiperestesia (durante o período fugaz), seguidas de hipoestesia e, após algum tempo, anestesia. A seguir, ocorre perda progressiva da sensibilidade dolorosa e por último, da tátil².

O *M. leprae* é eliminado pelas secreções nasais, da orofaringe e soluções de continuidade da pele de doentes bacilíferos penetrando no indivíduo provavelmente através de áreas erodadas da pele. Alguns autores admitem que os bacilos podem invadir o organismo através das mucosas das vias aéreas superiores. O bacilo de Hansen é um germe de alta infectividade e baixa patogenicidade e virulência. Após a infecção o bacilo induz resposta imunológica celular e humoral no hospedeiro³.

Segundo a literatura³, não há suscetibilidade étnica nem de sexo, entretanto há um predomínio da forma virchowiana nos homens (2:1). Isso pode ter alguma relação com fatores hormonais³. A principal forma de contágio é inter-humana e o maior risco está relacionado com a convivência domiciliar com doente bacilífero sem tratamento.

Quando o BH penetra no organismo humano, verifica-se que a infecção pode evoluir de várias maneiras e, a partir daí, apresentar várias formas clínicas: hanseníase indeterminada (HI), hanseníase tuberculóide (HT), hanseníase virchowiana (HV), hanseníase dimorfa (HD).

Por se tratar de uma doença de evolução crônica, quando diagnosticada tardiamente, pode gerar uma série de transtornos graves para os portadores e seus familiares, como a incapacidade das mãos, pés e olhos, decorrente do marcante comprometimento dos nervos periféricos⁴.

Para fins de registro e controle, o Ministério da Saúde⁵, estabeleceu em 2001, uma nova classificação para a determinação do grau de incapacidade, de acordo com as limitações apresentadas nos olhos, mãos e pés dos pacientes nos graus 0, 1 e 2:

grau 0 – quando não há incapacidade nos olhos, nas mãos e nos pés.

grau 1 – quando há incapacidade (diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, nas mãos ou nos pés).

grau 2 – quando há incapacidade e deformidade (nos olhos: lagofalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade corneana e diminuição da acuidade visual; nas mãos e nos pés: lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea, “mão ou pé caídos” ou contratura do tornozelo).

No cenário internacional, entre os 25 países mais endêmicos do mundo, o Brasil ocupa o primeiro lugar em relação aos coeficientes de detecção de casos novos e o segundo lugar em números absolutos, atrás apenas da Índia.

Segundo a Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde⁶, em 2003 foram diagnosticados 51.597 casos novos de hanseníase no Brasil, com taxa de detecção de 2,9/10.000 habitantes. Essa taxa é considerada muito alta, segundo os parâmetros nacionais, que consideram elevadas as taxas maiores que 1/10.000 hab.

Com relação ao registro ativo, estava registrado em 2003 um total de 79.908 casos de hanseníase no Brasil, com taxa de prevalência de 4,52/10.000 hab. A taxa de prevalência de hanseníase no Centro-Oeste neste mesmo ano foi de 8,75 casos/10.000 hab. (corresponde ao n.º de 10.783 casos), sendo considerada uma taxa de alta prevalência⁶.

Apesar da redução drástica no número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes, no período compreendido entre 1985 a 2000, a hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública que exige uma vigilância resolutive¹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, eliminar a hanseníase significa ter menos de um caso para cada grupo de 10 mil habitantes. Os grandes eixos do plano para eliminação da doença são identificar novos casos e garantir o acesso ao tratamento para todos os pacientes. Além disso, todas as pessoas que já têm hanseníase deverão ser curadas. O tratamento é feito gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e dura de seis a doze meses.

A principal estratégia do Ministério da Saúde⁸ é a integração das ações de diagnóstico e tratamento da doença na atenção básica. Isso significa que as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e todas as unidades do SUS passam a integrar a rede de atendimento ao paciente, facilitando o acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento.

O objetivo do presente estudo é descrever a evolução da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005 e conhecer ao tempo da notificação a forma clínica, sexo, idade, escolaridade e grau de incapacidade da doença.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico observacional, tipo série temporal, descritivo, cuja fonte é o banco de dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos Notificáveis) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Cabe lembrar que o banco de dados registra todos os casos novos notificados de hanseníase do DF por ano de ocorrência.

A coleta das informações foi realizada de acordo com as orientações contidas no Manual de Operação do SINAN⁹. Foi realizado um levantamento documental das estatísticas referentes a forma clínica da doença, grau de incapacidade, incidência, sexo, idade, escolaridade e grau de incapacidade na notificação.

Para análise estatística foi utilizado o programa EpiInfo versão 3.3.2, de onde foram obtidas as frequências das variáveis estudadas.

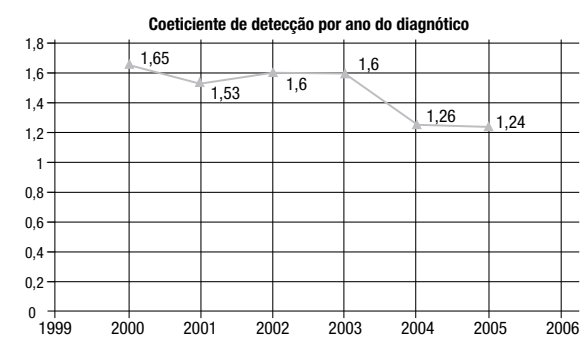
RESULTADOS

Frequência por ano de diagnóstico

Dos 1940 pacientes diagnosticados no período de 2000 a 2005, 338 (17,4%) foram notificados em 2000, 322 (16,6%) em 2001, 347 (17,8%) em 2002, 356 (18,3%) em 2003, 287 (14,8%) em 2004 e 290 (14,9%) em 2005.

Figura 01

Coefficiente de detecção por ano de diagnóstico (Brasília, 2006).



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Banco de dados do SINAN e base populacional do IBGE.

Observou-se que de 2000 a 2001 houve uma pequena diminuição no número de casos novos (4,7%), seguida por uma ascensão até o ano de 2003 (aumento de 10,5%), quando se iniciou uma queda importante da incidência com estabilização nos anos 2004 e 2005. (queda de 19,38%

entre 2003 e 2004). A queda total no número de notificações no período de 2000 a 2005 foi de 14,2%. O coeficiente de detecção, calculado com o número de notificações sobre 10000 habitantes, acompanhou essa tendência, conforme a figura 1, observando-se redução de 24,8% no período de 5 anos.

Forma clínica por faixa etária e gênero entre os anos de 2000 a 2005

No intervalo entre os anos 2000 a 2005 constatou-se que a forma clínica predominante foi a tuberculóide, representando 28% do total. A forma dimorfa veio logo em seguida, constituindo 27,1% do total. As formas menos prevalentes foram a virchowiana e a indeterminada com 25,2% e 14,2% dos casos respectivamente. Ao analisar-se a forma clínica predominante por ano de diagnóstico observa-se uma alternância entre a forma dimorfa e tuberculóide, porém sem significância estatística. A forma tuberculóide oscilou entre 26% e 30,2% dos casos, quando calculada a porcentagem anual. É importante mencionar que 5,4% dos pacientes não foram avaliados quanto à forma clínica (tabela 01).

Tabela 01

Frequência da forma clínica por ano de diagnóstico na notificação.

Ano Diagnóstico	Ignorado/ Branco	Indeterminada	Tuberculóide	Dimorfa	Virchowiana	Não classificada	Total
2000	6	53	88	98	90	3	338
2001	3	39	87	97	86	10	322
2002	3	45	105	97	83	14	347
2003	1	61	107	81	87	19	356
2004	2	41	74	84	69	17	287
2005	7	37	84	68	75	19	290
Total	22	276	545	525	490	82	1940

Fonte: Banco de dados do SINAN – 2006.

Na distribuição por gênero, predominou o sexo masculino com 54,2% dos casos novos no período envolvido. No sexo masculino prevaleceu a forma virchowiana que totalizou 32,5% dos casos novos. No sexo feminino vigorou a forma tuberculóide que perfaz 33,5% dos casos novos do gênero (tabela 02).

Foram avaliadas as seguintes faixas etárias: 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais. A faixa etária com maior incidência de casos foi a compreendida entre 20 a 39 anos, com 47,8% do total. As faixas etárias de 40 a 59 e de 60 anos ou mais representaram respectivamente 30,1% e

10,8% dos casos. Na faixa etária de 1 a 9 anos, a incidência foi de 0,7% e na adolescência (10 a 19 anos) foi de 10,5%.

Tabela 02

Frequência da forma clínica por gênero na notificação.

Sexo	Ignorado/ Branco	Indeter- minada	Tuber- culóide	Dimorfa	Virchowiana	Não classi- ficada	Total
Ignorado	0	0	0	0	0	1	1
Masculino	12	122	248	293	343	36	1054
Feminino	10	154	297	232	147	45	885
Total	22	276	545	525	490	82	1940

Fonte: Banco de dados do SINAN – 2006.

Na faixa etária predominante prevaleceu a forma tuberculóide com 29,4% dos casos. Contudo, nas faixas etárias de 40 a 59 e maiores que 60 anos a forma virchowiana destacou-se com 29,4% e 37,8% dos casos, respectivamente. Já a forma tuberculóide representou 27,2% e 18%, respectivamente, do total de casos dessas faixas etárias (tabela 03).

Tabela 03

Frequência da forma clínica por faixa etária na notificação.

Faixa etária	Ignorado/ Branco	Indeter- minada	Tuber- culóide	Dimorfa	Virchowiana	Não classi- ficada	Total
1-4	0	1	1	0	0	0	2
5-9	0	2	7	2	1	0	12
10-19	3	52	66	40	36	7	204
20-39	11	154	274	254	202	34	929
40-59	6	60	159	157	172	30	584
60 e +	2	7	38	72	79	11	209
Total	22	276	545	525	490	82	1940

Fonte: Banco de dados do SINAN – 2006.

Incapacidade na notificação por gênero e faixa etária entre 2000 a 2005

Na análise do grau de incapacidade na notificação durante o período do estudo, verificou-se que 62,3% dos pacientes eram grau 0, ou seja, sem incapacidade. Em contrapartida 28,5% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade, sendo 20,5% grau 1 e 8% grau 2. É digno de nota que 9,2% dos pacientes não foram avaliados quanto à incapacidade no momento do diagnóstico.

Na faixa etária de maior número de notificações, 20 a 39 anos, 66,7% dos pacientes não apresentaram incapacidades. Os incapacitados dessa faixa etária representaram 25,6%, sendo 18,4% grau 1 e 7,2% grau 2. Cabe referir que 7,6% dos pacientes nessa faixa etária não foram avaliados quanto ao grau de

incapacidade. Na faixa etária de 60 anos ou mais, 48,3% apresentaram incapacidade na notificação, sendo 32% grau 1 e 16,2% grau 2. Na faixa etária de 1 a 9 anos, a frequência de incapacidades foi de apenas 0,7%, com 85,7% sem incapacidade no diagnóstico. Na adolescência (10 a 19 anos) o percentual de incapacitados foi de 10,5%, com 72,5% sem incapacidade na notificação (tabela 04).

Tabela 04

Frequência do grau de incapacidade por faixa etária.

Faixa etária	Ignorado/ Branco	Grau zero	Grau 1	Grau 2	Não avaliado	Total
1-4	0	2	0	0	0	2
5-9	0	10	1	0	1	12
10-19	9	148	24	7	16	204
20-39	24	620	171	67	47	929
40-59	18	351	135	48	32	584
60 e +	7	79	67	34	22	209
Total	58	1210	398	156	118	1940

Fonte: Banco de dados do SINAN – 2006.

Quanto ao gênero, no sexo masculino 61,3% dos pacientes não apresentaram incapacidade. No sexo feminino percentual semelhante, 62,4%, não apresentaram incapacidade na notificação.

No que se refere à escolaridade, houve maior frequência das notificações da hanseníase na faixa de 4 a 7 anos de estudo, 30,1% dos pacientes analisados. O grupo de analfabetos foi de 9%, já aqueles com mais de 8 anos de estudo foi de 21,7%. Salienta-se que proporção considerável de indivíduos não foi avaliada quanto à escolaridade (25,6% do total). Dentre os analfabetos observou-se 38,2% de pacientes incapacitados. No grupo com 4 a 7 anos de estudo esse percentual foi de 30,7%. Já no grupo com mais de 8 anos de estudo, houve apenas 20,1% dos pacientes com incapacidades.

DISCUSSÃO

O aumento da detecção da hanseníase entre os anos de 2001 a 2003 observado no presente estudo está em acordo com o estudo de Mello et al.¹⁰, realizado em Santa Catarina em período semelhante. No entanto, este fato pode significar apenas melhora na notificação dos casos novos e não aumento real da incidência da doença nas regiões observadas. A queda importante no coeficiente de detecção de casos novos no período de 2003 a 2004, provavelmente, deve-se a diminuição real do número de casos novos, ou seja, da incidência da doença, possivelmente conseqüente a esforços

envidados pela Secretaria de Saúde do DF na detecção precoce e tratamento adequado dos casos, contribuindo para o controle da Hanseníase.

A queda do coeficiente de detecção de casos novos, observada durante o período de estudo, condiz com os dados publicados na V Carta de Eliminação da Hanseníase no DF¹¹. Mello et al.¹⁰ encontraram, na maioria dos municípios estudados, coeficiente de detecção anual de casos novos entre 0,2 e 1 / 10.000 habitantes (período de 1999 a 2003). Comparando-se o Centro-Oeste com o Sul do país é esperado menor coeficiente de casos nesta última região em razão, provavelmente, das melhores condições de vida do sistema de saúde local. Entretanto, Barro¹² em estudo feito em Londrina, encontrou coeficiente de detecção de 1,5 casos novos/ 10.000 no ano de 2001. Isso demonstra a divergência da incidência da hanseníase também dentro de uma mesma região, o que leva à reflexão sobre a diversidade de fatores envolvidos na detecção de casos novos, como a capacitação de recursos humanos e o nível de acesso às informações sobre a doença pelos meios de comunicação.

No que diz respeito à forma clínica, a predominância da forma tuberculóide também foi assinalada por Barro¹². Outros autores encontraram dominância da forma dimorfa, porém com percentuais bastante divergentes da forma tuberculóide^{10,13,14}. Mello et al.¹⁰, por exemplo, encontraram apenas 5,5% dos casos com a forma tuberculóide, contrastando com outros estudos^{13,14}. Segundo Newell¹⁵, a forma tuberculóide predomina em áreas endêmicas e de acordo com Figueiredo e Silva¹⁶, o crescimento dessa forma clínica está diretamente ligado à expansão da endemia. Em concordância com este estudo, Aquino et al.¹³ também referiram alto percentual da forma tuberculóide. A relativa estabilidade da forma tuberculóide no DF durante o período de estudo (26 a 30,2%), leva a crer que a diminuição da endemia sugerida pela queda da taxa de detecção vem sendo lenta. O baixo percentual de forma indeterminada demonstra atraso no diagnóstico permitindo inferir que a rede básica não vem detectando os casos nas formas iniciais da doença¹⁴. Verificou-se percentual da forma indeterminada semelhante ao relatado pela maioria dos autores pesquisados, discordando, contudo, de Gomes et al.¹⁴ que referiram menor proporção de casos (5,8%). É importante salientar que a porcentagem de pacientes não avaliados quanto à forma clínica, ainda que baixa, pode prejudicar a análise dos resultados.

Quanto ao gênero, a preponderância de casos novos no sexo masculino também foi relatada na

literatura^{10,12,13}. Divergindo desses estudos e de outros de âmbito nacional Gomes et al.¹⁴ encontraram maior frequência na população feminina (50,05%). Dados da OMS dos casos novos em todo o mundo em 2001 mostram incidência duas vezes maior no sexo masculino do que no feminino¹⁷. O predomínio da doença no gênero masculino poderia traduzir uma maior oportunidade de contato social entre os homens, além de um exame clínico menos cuidadoso em mulheres¹⁸. Em comunidades onde as diferenças culturais mencionadas são menores, não se encontram variações por sexo no número total de doentes, podendo-se hipotetizar que o sexo biológico não exerce influência significativa na determinação da doença¹⁸.

No presente estudo, encontrou-se predominância da forma virchowiana no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino destacou-se a forma tuberculóide. Possivelmente existam fatores hormonais ou outros que levem as mulheres a desenvolver resposta imune celular mais intensa contra o *M. leprae*, fazendo predominar no gênero feminino a forma tuberculóide¹⁹.

Referindo-se à faixa etária, apesar da divergência das faixas avaliadas entre os estudos, nota-se que, na maioria deles, a doença predomina na faixa etária economicamente ativa, trazendo grande impacto socioeconômico^{12,14}. Em contraste com os demais estudos, em Santa Catarina Mello et al.¹⁰ evidenciaram que a maioria dos pacientes (61,5%) era pertencente a grupo etário mais velho (40 a 59 anos). Esse mesmo autor não encontrou casos de hanseníase em menores de 15 anos¹⁰, ao contrário do DF, onde foi evidenciado percentual relevante de casos na população infanto-juvenil, podendo-se depreender que a transmissão ainda esteja ocorrendo de forma significativa. O contágio precoce com o agente causador é mais comum em regiões de alta prevalência¹³, onde a transmissão ocorre de maneira marcante.

Despontando como forma clínica predominante neste estudo, a forma tuberculóide também foi a mais freqüente nas faixas etárias mais jovens (até os 39 anos). Todavia, com o envelhecimento da população, é interessante notar que passa a vigorar a forma virchowiana da doença (faixas etárias de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais). Uma hipótese seria que o déficit imunológico advindo da senescência tenderia a desviar a manifestação clínica para o pólo virchowiano.

No que tange ao grau de incapacidade na notificação, o percentual encontrado de pacientes sem in-

capacidade (62,3%) foi próximo ao relatado por outros autores^{13,14}. Gomes et al.¹⁴ encontraram 72,5% dos pacientes sem incapacidade enquanto Mello et al.¹⁰ identificaram 70,2% dos pacientes em condição semelhante. Ao interpretar esses dados, constata-se que a ausência de incapacidade pode denotar uma melhora da assistência à saúde, com diagnósticos mais precoces, busca ativa de casos, melhor oferta de atendimento, podendo, porém, ser resultado de subnotificação. A proporção de pacientes não avaliados quanto à incapacidade no momento do diagnóstico (9%), pode comprometer a interpretação dos dados.

Ainda com relação ao grau de incapacidade, observa-se que quanto maior a faixa etária, maior o número de pacientes com incapacidades. A baixa procura dos serviços de saúde pelos idosos, possivelmente devido à vergonha associada ao diagnóstico estigmatizante, pode ser a responsável pela maior incidência de incapacidades nesse segmento da população.

A análise da incapacidade por gênero mostrou percentuais semelhantes de incapacitados. Isso levanta a hipótese de que não exista influência significativa do gênero no desenvolvimento de incapacidades. Ao contrário, a precocidade do atendimento é fundamental para evitá-las.

Em relação à escolaridade, houve predomínio do baixo nível escolar na população estudada, situação também descrita por Mello et al.¹⁰ e Aquino et al.¹³, porém com índices de analfabetismo mais elevados (14% e 39,6% respectivamente). A baixa porcentagem de analfabetos no Distrito Federal provavelmente reflete apenas o melhor nível de escolaridade da população local em comparação com os estudos citados.

No estudo em tela, observou-se que quanto maior o nível de escolaridade, menores são as taxas de incapacidade, podendo-se inferir que a educação proporciona ao indivíduo uma maior compreensão do processo saúde-doença, levando à busca precoce do serviço de saúde. No entanto, percentual relevante de pacientes não foram avaliados quanto à escolaridade, comprometendo a interpretação dos resultados. Kerr-Pontes et al.²⁰, em estudo ecológico no Nordeste do Brasil, mostram claramente que a desigualdade social está intimamente relacionada à hanseníase, por levar à urbanização descontrolada e concentração urbana em espaços fechados, favorecendo a transmissão do bacilo.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal vem desempenhando seu papel em conformidade com pla-

no nacional de eliminação da hanseníase: realizando planejamentos, orientações sobre a doença, capacitação de profissionais, busca ativa de casos, estruturação de unidades de saúde e disponibilização de terapêutica. A tendência da redução do coeficiente de detecção de casos novos, conforme mostrado nos últimos relatórios e neste estudo, é um passo importante para que seja alcançado o objetivo firmado com o nível federal de saúde. Entretanto, é necessário atentar para o acompanhamento de outros indicadores, como a diminuição do percentual da forma tuberculóide e aumento da porcentagem da forma indeterminada (diagnóstico precoce), além da diminuição da incidência em menores de 15 anos, que sinalizariam a efetividade das ações. Para que isso ocorra, é imprescindível concentrar esforços na promoção da saúde, num trabalho conjunto de vários setores do governo, a fim de serem implementadas ações que alcancem nos diversos determinantes sociais da saúde, trazendo melhor qualidade de vida e conseqüentemente menores taxas de incidência e prevalência de agravos crônicos como a hanseníase.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes hanseníase do Distrito Federal é composto principalmente por homens jovens, predominando a forma tuberculóide da doença. Observa-se ainda que os pacientes apresentam baixa escolaridade e incapacidades mínimas ou ausentes. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal tem alcançado êxito em sua luta pela modificação do panorama local da hanseníase, obtendo a melhora de indicadores importantes, como a redução do coeficiente de detecção de casos novos. Contudo, o empenho e a vigilância devem ser contínuos para que possamos avançar na caminhada em direção à eliminação da doença, diagnosticando os casos em fases mais precoces e acompanhando o quadro com outros indicadores, como a diminuição da incidência em menores de 15 anos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos sinceramente à Dra. Roseane Pereira de Deus, chefe do Núcleo de Dermatologia Sanitária da SES - DF, pelo acesso ao banco de dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) e, sobretudo, por suas orientações indispensáveis para a correta coleta de dados no sistema. Outrossim, agradecemos à nossa instituição, a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelos computadores, ferramentas eletrôni-

cas de pesquisa e material bibliográfico disponibilizado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília, 2002. 90 p.
2. Tiscornia, JE. La lepra en la ultima década del siglo: Classificacion. Act Terap Dermatol. 1996; 19:57-64.
3. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
4. Talhari S, Neves RG. Hanseníase. 3ª. ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997. 167 p.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília, 2001. 107 p.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Brasília, 2005. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=276 Acessado em 26/Junho/2006
7. World Health Organization. The final push towards elimination of leprosy: strategic plan, 2000-2005. Disponível em www.paho.org/common/Display.asp?Lang=E&RecID=7211. Acessado em 28/março/2007
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal, 2006-2010. Brasília, 2006.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Manual de Operação. Brasília, 2004.
10. Mello, RS de; Popoaski, MCP; Nunes, DH. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. *ACM arq. catarin. med.* 2006;35(1):29-36.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. V Carta de Eliminação da Hanseníase, Distrito Federal, 2006.
12. Barro, MPAA. Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais. *Hansen. int.* 2004;29(2):110-117.
13. Aquino DMC de, Caldas AJM, Silva AAM da, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36:57-64.
14. Gomes CCD, Pontes MADA, Gonçalves HDS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol.* 2005;80(Supl 3):S283-8.
15. Newell KW. An epidemiologist's view of leprosy. *Bull World Health Organ.* 1966;34:827-57.
16. Figueiredo IA, Silva AAM da. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998: a endemia está em expansão?. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:439-45.
17. World Health Organization. Leprosy, global situation. *Wkly Epid Rec.* 2002;77:1-8 Disponível em <http://www.who.int/lep/>. Acessado em 15/maio/2007
18. Lombardi C, Suarez REG. Epidemiologia da hanseníase. In: Talhari S, Neves RG, org. Hanseníase. Manaus: Gráfica Tropical; 1997, p.127-136,
19. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. 1156p.
20. Kerr-Pontes LRS, Montenegro ACD, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Int J Epidemiology* 2004; 33: 262-269.