

Informativo epidemiológico — folheto nº2/2014



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

HANSENÍASE

Produzido pelo Núcleo de Dermatologia Sanitária/GDECAT/DIVEP

Maio de 2014

A hanseníase

A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade. Ao longo da história, em virtude de ser incurável e deformante, a doença gerou temor e discriminação. Além disso, pelo desconhecimento de outras medidas para conter o avanço da doença, os portadores da hanseníase foram isolados por séculos. A assistência era feita por instituições de caridade e o governo ausentou-se por muito tempo do seu papel no controle da hanseníase como problema de saúde pública. Esse comportamento de passividade dos serviços de saúde parece ter repercussões até os dias atuais.

Até a década de 40 não havia um tratamento promissor, visto ser a monoterapia com dapsona uma terapêutica prolongada e sem perspectivas de término. A rifampicina foi introduzida nos anos 60. A melhoria das condições de vida da população foi realmente o fator decisivo para o desaparecimento da hanseníase na Europa no final do século XIX. Somente em 1981, a Organização Mundial de Saúde instituiu a poliquimioterapia (PQT) como tratamento padrão para a hanseníase, que consiste no uso de três drogas associadas— rifampicina, dapsona e clofazimina— por tempo limitado, segundo a forma clínica. Mais de 30 anos após, percebe-se que a PQT por si só não é suficiente para o alcance da eliminação. O diagnóstico precoce é a principal medida de controle e é uma falha histórica. O exame de contatos é uma ação de vigilância epidemiológica essencial ao diagnóstico precoce e à interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase. A inobservância dessa medida garante a permanência da doença na região e conseqüentemente, o desenvolvimento de suas seqüelas.

O Brasil registra mais de 30 mil casos/ano. Em 2012 o coeficiente de prevalência do Brasil foi de 1,51 por 10 mil habitantes, com importantes variações regionais e estaduais: Sul e Sudeste (exceto Espírito Santo) apresentam níveis de eliminação da doença como problema de saúde pública. Norte, Nordeste e Centro-Oeste, (exceto Rio Grande do Norte e Distrito Federal) ainda possuem coeficientes elevados, sobretudo nos estados do Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Rondônia e Pará.

O coeficiente de detecção em menores de 15 anos indica a **manutenção da endemia** e a precocidade da exposição da população ao bacilo. No Brasil é alto (4,81 por 100.000 habitantes em 2012) e é a prioridade da política atual da hanseníase no país, que por meio da realização anual de Campanhas de busca ativa no ensino público fundamental em todo país pretende reverter esta triste realidade, instituir uma rotina de ações de busca ativa e também criar uma oportunidade para a conscientização da população sobre a doença.

Os indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no DF, referentes ao ano de 2013 foram fechados em 31 de março de 2014, consulte-os abaixo no quadro 1, e na seqüência, conheça o percentual de exame de contatos de sua Unidade de Saúde.

Quadro 1—Indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Distrito Federal - 2013 a maio de 2014.

ANO	CASOS NOVOS DF	CASOS NOVOS 0-14 (DF)	COEFICIENTE DE DETECÇÃO (100.000 hab.)		COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA (10.000 hab.)	% (grau II) NO DIAGNÓSTICO	% (grau II) NA CURA	% CONTATOS EXAMINADOS	% ABANDONO coorte	% CURA coorte
			GERAL	0 A 14 ANOS						
2013	180	4	6,41	0,64	0,89	7,8	8,1	72,6	5,4 (9)	92,2
2014	55	2	-	-	-	14,3	-	40,4	-	-

Tabela 2—Percentual de exame de contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase residentes no Distrito Federal, 2014.

UNIDADE REG. NOTIFICADORA	CONT. REGISTRADO	CONT. EXAMINADO	%CONT. EXAMINADO
01 - REGIONAL SUL—U.M.Asá Sul	21	21	100
02 - REGIONAL NORTE	22	4	18,2
. HRAN	22	4	18,2
. CSB 13	0	0	0
. HUB	0	0	0
03 - REGIONAL CEILÂNDIA	33	17	51,5
. CSC 04	0	0	0
. CSC 05	10	0	0
. CSC 06	0	0	0
. CSC 07	0	0	0
. CSC 09	0	0	0
. CSC 10	3	3	100
. CSC 11	0	0	0
. CSC 12	20	14	70
04 - REGIONAL BRAZLÂNDIA—CSBZ 1	8	0	0
05 - REGIONAL TAGUATINGA	18	9	50
. CST 01	2	0	0
. CST 02	6	3	50
. CST 05	4	0	0
. CST 07	5	5	100
. POLICLIN TAGUAT	1	1	100
06 - REGIONAL SOBRADINHO	0	0	0
. CSS 01	0	0	0
. CSS 02	0	0	0
. CSS 03	0	0	0
07 - REGIONAL PLANALTINA	9	0	0
. HRPlan	3	0	0
. CSP 01	6	0	0
. CSP 02	0	0	0
08 - REGIONAL GUARÁ	1	0	0
. CSGU 03	1	0	0
. CS ESTRUTURAL	0	0	0
09 - REGIONAL SAMAMBAIA	18	9	50
. CSSA 01	2	1	50
. CSSA 02	10	4	40
. CSSA 04	6	4	66,7
10 - REGIONAL GAMA	0	0	0
. CSG 01	0	0	0
. CSG 02	0	0	0
11 - REGIONAL REC. DAS EMAS	8	0	0
. CSRE 01	3	0	0
. CSRE 02	5	0	0
12 - REGIONAL STª Mª	7	0	0
. CSSM 01	0	0	0
. CSSM 02	7	0	0
13 - REGIONAL SÃO SEBASTIÃO	6	4	66,7
. U.M. SÃO SEBASTIÃO	6	4	66,7
. PDF PENITENCIARIA DO DF	0	0	0
. CDP C.DETENSAO PROVISORIA	0	0	0
14 - REGIONAL N. BAND. CSNB 02	6	0	0
15 - REGIONAL PARANOÁ - CSPA 01	4	1	25
Total	161	65	40,4

INTERPRETAÇÃO
PORTARIA MS 3.125/2010
BOM: ≥ 75%
REGULAR: 50,0 A 74,9%
PRECÁRIO: < 50%