

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO:**

**“ PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO  
DO PROGRAMA DE CONTROLE DE HANSENÍASE  
NA IV REGIONAL DE SAÚDE”**

**AUTORES:**

**Cilene Soares Silva Leal  
Maria de Fátima Fagundes de Lima  
Marlene da Rocha Gomes  
Simone Andréa Bezerra Barbosa**

**ORIENTADOR:**

**Maria de Fátima P. Militão de Albuquerque**

Recife - 1997

**CONSULTA**

(043.4) "1997"  
L433p

**AUTORES:**

**Cilene Soares Silva Leal  
Maria de Fátima Fagundes de Lima  
Marlene da Rocha Gomes  
Simone Andréa Bezerra Barbosa**

**“PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO  
DO PROGRAMA DE CONTROLE DE HANSENÍASE  
NA IV REGIONAL DE SAÚDE”**

**Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no 1º Curso de Especialização em Epidemiologia e Controle Descentralizado de Endemias do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva / CPqAM / FIOCRUZ / MS, sob a orientação da Professora Maria de Fátima P. Militão de Albuquerque.**

Recife - 1997

**AUTORES:**

**Cilene Soares Silva Leal  
Maria de Fátima Fagundes de Lima  
Marlene da Rocha Gomes  
Simone Andréa Bezerra Barbosa**

**“PROGRAMA DE DESCENTRALIZAÇÃO  
DO PROGRAMA DE CONTROLE DE HANSENÍASE  
NA IV REGIONAL DE SAÚDE”**

**Monografia aprovada como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista no 1º Curso  
de Especialização em Epidemiologia e Controle  
Descentralizado de Endemias do Núcleo de Es-  
tudos em Saúde Coletiva / CPqAM / FIOCRUZ / MS,  
pela Comissão formada pelos professores:**

**Orientador:**

\_\_\_\_\_  
Prof.....Inst.de Origem

**Examinadores:**

\_\_\_\_\_  
Prof.....Inst.de Origem

\_\_\_\_\_  
Prof.....Inst.de Origem

\_\_\_\_\_  
Prof.....Inst.de Origem

## SUMÁRIO :

- SUMÁRIO	01
- MAPAS, TABELAS E GRÁFICOS	02 à 04
1 - INTRODUÇÃO	05 à 15
1.1 - HANSENÍASE: Breve Retrospectiva do seu controle no Brasil	
1.2 - O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA IV REGIONAL DE SAÚDE: Realidade atual e processo de descentralização.	
2 - OBJETIVOS	16 e 17
3 - METODOLOGIA	18 e 19
4 - RESULTADOS	20 à 24
5 - CONCLUSÃO	25 e 26
6 - BIBLIOGRAFIA	27 à 29
7 - ANEXOS	30 à 54

## **MAPAS:**

- 1** - Distribuição espacial da média populacional dos municípios da IV DIRES no período de 1988 à 1996.
- 2** - Distribuição espacial das unidades com programas de controle da Hanseníase e existência de equipe mínima para implantação de novos programas.
- 3** - Distribuição espacial das detecções acumuladas (10.000 hab.) por município de residência atendidas na IV DIRES no período de 1988 à 1996.
- 4** - Distribuição espacial dos municípios com Centro de Referência para Hanseníase e áreas de abrangência na IV Regional de Saúde.
- 5** - Distribuição das Diretorias Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco.

## **TABELAS E GRÁFICOS:**

- 1** - Número de profissionais existentes por município para atendimento da Hanseníase na IV DIRES / PE -1997.
- 2** - Distribuição de casos e detecção (10.000 hab.) da Hanseníase por município de residência e atendidos na IV DIRES-PE, nos períodos de 1988 à 1996.
- 3** - Série Histórica da Hanseníase, detecção e prevalência em Pernambuco no período de 1988 à 1996.
- 4** - Distribuição de casos e detecção (10.000 hab.) da Hanseníase por triênio, na IV DIRES e Pernambuco no período de 1988 à 1996.
- 5** - Distribuição de casos e detecção (10.000 hab.) de Hanseníase, série histórica na IV DIRES e Pernambuco, no período de 1988 à 1996.
- 6** - Distribuição de casos notificados e detecção (10.000 hab.) de Hanseníase por forma clínica na IV DIRES e Pernambuco, no período de 1988 à 1996.
- 7** - Distribuição de casos e detecção (10.000 hab.) de Hanseníase por faixa etária na IV DIRES e Pernambuco, no período de 1988 à 1996.
- 8** - Distribuição de casos notificados e detecção (10.000 hab.) de Hanseníase por faixa etária e forma clínica na IV DIRES e Pernambuco, no período de 1988 à 1996.
- 9** - Distribuição de casos notificados e detecção (10.000 hab.) de Hanseníase segundo forma clínica por município de residência atendido na IV DIRES, no período de 1988 à 1996.

**10** - Distribuição de casos notificados e detecção (10.000 hab.) de Hanseníase segundo faixa etária por município de residência atendido na IV DIRES, no período de 1988 à 1996.

**11** - Distribuição das Unidades de Saúde públicas e privadas, por município da IV DIRES-PE em 1991.

## 1 INTRODUÇÃO:

### **1.1 - HANSENÍASE: Breve retrospectiva do seu controle no Brasil**

A Hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica, causada pelo **Mycobacterium leprae**, um bacilo álcool-ácido resistente em forma de bastonete, descoberto por Hansen em 1873 na Noruega (Diniz, 1960). É transmitida de pessoa a pessoa através das vias aéreas superiores e afeta principalmente a pele, os nervos periféricos, a mucosa do trato respiratório superior e os olhos, podendo causar sérias deformidades quando não diagnosticada e tratada em tempo.

A doença apresenta quatro formas clínicas, a forma indeterminada(I), a tuberculóide (T), a dimorfa (D) e a virchoviana (V), lembrando que as duas últimas são responsáveis pela propagação da infecção, por serem bacilíferas.

Quando falamos de Hanseníase sempre nos reportamos à sua denominação anterior - lepra - com toda a carga de "estigma" social que a acompanha desde tempos tão remotos como na Índia de 600 a.C., onde a doença teve seus sinais e sintomas primeiramente descritos. Da Índia a doença paulatinamente chega a Europa, sendo os séculos XI, XII e XIII descritos como os do seu apogeu.

A sua introdução na América provavelmente ocorreu no século XV, quando, na mesma época, uma grande parte de países europeus apresentavam diminuição do número de casos da doença. A Hanseníase chegou ao Brasil através dos portugueses, e o Rio de Janeiro foi o primeiro local onde a doença foi registrada em 1600, daí ocorrendo a sua disseminação pelo país.

Grande parte do estigma social que envolve a Hanseníase deve-se à prática de isolamento dos doentes, o que ocorria de modo compulsório antes e

depois da descoberta do bacilo por Hansen, por se acreditar que esta medida evitaria a propagação da doença. A primeira conferência a nível internacional para discutir as medidas que vinham sendo tomadas para o controle da endemia foi realizada em Berlim em 1897. Naquela ocasião reforçou-se a questão do isolamento, fato que não é alterado nas conferências posteriores, que recomendam o afastamento dos doentes do ambiente de trabalho quando lidassem com o público e a separação dos filhos logo após o seu nascimento (Diniz, 1960).

No Brasil do século XVIII, a construção de leprosários era incentivada em vários estados, principalmente nas cidades que tinham maior número de doentes, como forma de conter a endemia (Agrícola, 1960).

O início do século XX no Brasil foi marcado por uma situação sanitária preocupante. A propagação de doenças como a tuberculose, febre amarela, malária e varíola, estimularam o início de um processo de mudanças, objetivando nortear à saúde pública no país, em especial políticas de combate às doenças transmissíveis. (Bichat, 1979). Nesse contexto, Oswaldo Cruz torna-se uma figura de grande destaque.

A partir das propostas de mudanças de Oswaldo Cruz a Diretoria Geral de Saúde Pública é reestruturada em 1904, com o objetivo de atender a capital do país em termos de saúde e continuar na defesa sanitária dos portos brasileiros. É importante lembrar que o Brasil tinha todo interesse em cuidar bem dos seus portos, uma vez que o país era exportador de matéria prima para outros países. Outro fato de importância é que mesmo havendo mudança no enfoque das doenças transmissíveis, apenas a febre amarela tinha naquela época, serviço de profilaxia, não sendo dispensado as demais endemias, entre elas a Hanseníase, o mesmo tratamento.

Com Carlos Chagas, em 1920, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública em substituição a Diretoria Geral de Saúde Pública. Esta mudança significou a existência de órgãos especializados no controle da tuberculose, Hanseníase e doenças venéreas. Dez anos depois a saúde pública no Brasil, antes

subordinada ao Ministério da Justiça, passa a integrar o Ministério da Educação e Saúde quando o mesmo é criado (Bichat, 1979).

Entretanto as endemias permanecem como um desafio e na perspectiva de conter o seu avanço institui-se em 1934 a Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados. A partir de 1937 a Divisão de Saúde Pública fica responsável pelo controle da Hanseníase a nível nacional.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde e, quando logo depois, em 1959 institui-se a "Campanha Nacional Contra a Lepra" existiam no Brasil 36 leprosários e vários preventórios para os filhos dos hansenianos.

Ao final dos anos 50, após alguns anos de uso da Diaminodiphenil sulfona (DDS), para o tratamento da Hanseníase, as evidências eram claras que o isolamento compulsório não detinha a expansão da endemia. Foi então recomendado, a nível internacional, o tratamento ambulatorial da doença (Diniz, 1960).

A Divisão Nacional de Lepra, criada em 1970, enfrenta na mesma época uma campanha iniciada em São Paulo que tem por objetivo a mudança da nomenclatura da doença que passaria de "lepra" para "**Hanseníase**", como forma de minimizar o estigma da doença. A pergunta que se coloca até os dias de hoje é se a substituição de um nome tira a verdadeira essência do estigma social dessa endemia? A mudança foi efetuada em todo o país, a partir de 1975. Porém com o passar do tempo ficou demonstrado que ao se falar da Hanseníase ao paciente inicialmente ele até pense que este agravo não é a lepra descrita nos tempos bíblicos, mas com o desenvolver do tratamento essa associação sempre aparece. Por isso a questão principal é que os Serviços de Saúde passem a oferecer ao portador da doença, tratamento adequado e acompanhamento, para que sua cura seja garantida. Somente dessa forma combate-se efetivamente o estigma da doença.

Após a adoção da nova nomenclatura, a Divisão Nacional de Lepra e Campanha Nacional de Lepra passaram a ser denominadas respectivamente de Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Campanha Nacional Contra a Hanseníase. Logo após dessa mudança o Ministério da Saúde estabelece as metas do controle da Hanseníase, tendo como objetivo reduzir o adoecimento, prevenir incapacidades, preservar a unidade familiar e a integração social dos doentes. É enfatizado também a educação sanitária e a educação continuada dos profissionais de saúde (Antunes et al, 1988).

Em lugar da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, surge a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, sendo operacionalizado nas unidades de saúde públicas dos Estados o PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE. Nessas unidades de saúde é feito o tratamento dos doentes à nível ambulatorial, assim como as ações voltadas para prevenção.

Até o final da década de setenta o tratamento com a dapsona era, em certo grau, bem sucedido nos locais onde existiam programas de controle da Hanseníase bem organizados. Entretanto, devido a disseminação da resistência do *Mycobacterium leprae* à dapsona, o tratamento com essa droga tornou-se progressivamente ineficaz. Além disso, o longo período de tempo requerido para o tratamento com essa droga levava à irregularidade e ao abandono do tratamento. Esse grande obstáculo foi contornado com a introdução da estratégia de combinação de várias drogas para o tratamento primeiramente recomendado pela Organização Mundial de Saúde em 1981 (Mota, 1983, Brasil;WHO, 1982).

A partir de 1991 o Ministério da Saúde passou a adotar a poliquimioterapia (PQT), esquema terapêutico que faz uso simultâneo de várias drogas (Andrade, Boechat & Avelleira, 1994b, Cunha et al, 1994). A implantação dos esquemas de PQT reduz a prevalência da endemia na medida em que o período de tratamento é reduzido garantindo-se a cura em menos tempo. Consequentemente o percentual de altas por cura aumenta, diminuindo o número de casos em registro ativo. É preciso lembrar que a prevalência dos casos de

hanseníase, em um dado local e tempo, é calculada tendo-se no numerador todos os casos de hanseníase existentes no registro ativo.

O sucesso da PQT em vários países endêmicos levou a OMS a estabelecer como meta a eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública no ano 2.000. Em 1991, o Brasil participou da 44ª Assembléia Mundial de Saúde promovido pela OMS, onde na perspectiva do pacto para eliminação da Hanseníase, o país assumiu o compromisso de reduzir a taxa de prevalência de 17.1/ 10.000 habitantes para taxas de prevalência inferiores a 1/10.000 habitantes (MS/FNS/CENEPI, 1996).

O doente em PQT pode ser classificado em pancibacilar ou multibacilar o que na prática representa seis ou vinte e quatro meses de tratamento respectivamente, acreditando-se desta forma haver uma redução no abandono e aumento de altas por cura.

Apesar de não ser mais uma "doença sem esperança", após os grandes progressos alcançados em seu tratamento, a Hanseníase permanece como um grave problema de Saúde Pública em países da Ásia, África e América do Sul, entre esses últimos o Brasil. A roupagem do programa mudou, existe drogas de comprovada eficiência, porém, os dados sobre Hanseníase em 1995 apontam para o não cumprimento da meta firmada na 44ª Assembléia Mundial de Saúde (Boletim Epidemiológico, MS-1996).

Em Pernambuco, o Programa de Controle da Hanseníase é desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde- FUSAM. A Coordenação Estadual é responsável pela assessoria técnica, supervisão, avaliação e repasse de recursos às DIRES e municípios.

Atualmente esta coordenação está voltada para a descentralização das ações às DIRES e municípios. As Diretorias Regionais de Saúde são em número de dez (10) em todo o Estado, há anos atuavam apenas como repassadores de

informações, visto que, os dados que ali chegavam iam para o setor de Estatística, e daí para a Secretaria Estadual de Saúde. Não havia portanto, conhecimento detalhado sobre o desenvolvimento do programa a nível de unidade de saúde e/ou município, nem tão pouco da situação regional.

Por volta de 1992, as Divisões de Epidemiologia e Vigilância Sanitária das DORES começaram a reverter este fluxo, tendo conhecimento não só do número de pacientes inscritos, mas também participando da liberação dos medicamentos, tendo conhecimento sobre diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades dos pacientes.

Neste mesmo ano, a Coordenação do Programa de Hanseníase, identifica situações que são entraves para o desenvolvimento do Programa no Estado, como: falta de uma organização dos serviços de saúde que garanta um fluxo de referência e contra-referência no Estado; baixa cobertura com PQT dos casos da doença antigos, pouca integração entre a FNS, Universidades e Secretarias municipais; deficiência de recursos humanos em qualidade e quantidade; falta de divulgação e desarticulação do Sistema de Informação e falta de insumos.

Ressalta-se uma Campanha Educativa e Preventiva Nacional que utilizou a mídia e teve como resultado visível, um aumento considerável na detecção de casos novos de Hanseníase, como mostra a tabela 4. Reafirmando assim, a necessidade da reestruturação do Programa de Hanseníase respaldados na identificação dos entraves mencionados anteriormente.

Em 1995, o Programa de Hanseníase começou a trabalhar com o SINAN, dando origem a novos instrumentos de notificação, e tornando mais ágeis as informações oriundas dos municípios através das DORES. Este fato tem possibilitado um melhor acompanhamento e análise do desenvolvimento do Programa pelas DORES e municípios.

Atualmente na IV DIRES, o processo de descentralização está se dando através de um treinamento, visando informar e sensibilizar os profissionais de nível médio e superior ( enfermeiros e médicos) dos municípios. Após este momento, técnicos da IV DIRES realizarão visitas agendadas previamente, levando em consideração: municípios com o maior número de casos , existência de equipe mínima ( médicos , enfermeiros e auxiliar de enfermagem) e interesse dos municípios de descentralizar o atendimento ao hanseniano, segundo informações da Gerência Regional.

A Divisão de Epidemiologia e Vigilância. Sanitária, da IV DIRES, pretende realizar a busca ativa dos portadores de Hanseníase através dos Agentes Comunitários de Saúde nestes municípios. Os pacientes novos e os faltosos deverão ser acompanhados nos municípios e os pacientes que já estiverem em tratamento nos centros de saúde fora de sua residência só serão transferidos aos municípios de sua residência após avaliação do atendimento pelos técnicos da IV DIRES.

Os Centros de Saúde de Caruaru, Agrestina e Gravatá unidades com Programas de controle de Hanseníase já em funcionamento ficarão como referência para diagnóstico, enquanto os serviços de saúde dos municípios realizarão o tratamento e prevenção de incapacidades de seus pacientes.

Diante do fato do processo de descentralização já está ocorrendo, nos sentimos motivados em participar elaborando uma proposta de descentralização para o controle da Hanseníase na IV Regional de Saúde. Lembramos do que preconiza o Sistema Único de Saúde, quando responsabiliza os municípios pela saúde de seu povo, e estabelece prioridades a serem cumpridas.

O conhecimento sobre a situação de saúde local é responsabilidade do nível local. Será que os municípios da IV DIRES têm consciência do seu papel, enquanto ofertador de serviços , e parceiro na solução dos problemas de sua comunidade?

No estabelecimento de prioridades pela IV Regional de Saúde com os municípios, levou-se em consideração a organização dos mesmos?

Os Municípios foram questionados acerca do que precisariam de contrapartida para viabilizar o seu processo de descentralização?

É necessário lembrar a importância do papel atual da DIRES no apoio técnico, supervisão, avaliação, e não como complicador do processo de descentralização das Ações de Saúde.

Como estaria ocorrendo o diálogo entre DIRES e municípios e entre os municípios dentro da Regional, com vistas ao processo de descentralização do Controle da Hanseníase?

Os questionamentos acima propostos se prendem ao fato de que, a maioria dos municípios dependiam do apoio técnico e financeiro da Secretaria Estadual e Ministério da Saúde, para viabilização das ações de saúde a nível local. Fato este importante, na discussão que ora propomos na definição de uma proposta de descentralização para Controle de Hanseníase na IV DIRES.

Como promover e monitorar as relações hierarquizadas entre Unidades Básicas e Centros de Referência, no atendimento ao portador de Hanseníase e sua família ?

## **1.2 - O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA IV. REGIONAL DE SAÚDE: Realidade atual e Processo de Descentralização.**

A IV Regional de Saúde situa-se no Agreste Pernambucano, região do Vale do Ipojuca, no município de Caruaru. Limita-se ao Norte com Toritama Vertentes e Frei Miguelinho, ao Sul com Altinho e Agrestina, ao Leste com Bezerros e Riacho das Almas e a Oeste com Brejo da Madre de Deus e São Caetano. Os municípios que a compõem possuem clima semi-árido, quente e úmido.

São 32 municípios, assim descritos:

Agrestina	Jurema
Alagoinha	Panelas
Altinho	Pesqueira
Barra de Guabiraba	Poção
Belo Jardim	Riacho das Almas
Bezerros	Sairé
Brejo Madre Deus	Sanharó
Bonito	Santa Cruz Capibaribe
Cachoeirinha	Santa Maria do Cambucá
Camocim de São Félix	São Bento do Una
Caruaru	São Caetano
Cupira	São Joaquim do Monte
Frei Miguelinho	Tacaimbó
Gravatá	Taquaritinga do Norte
Ibirajuba	Toritama
Jataúba	Vertentes

Estes municípios compõem uma população total de 1.002.969 hab., sendo cerca de 63% urbano e 37% rural (IBGE, 1996). Cinco destes municípios têm população acima 50.000 hab. (Caruaru - 227.425; Gravatá - 64.614; Belo Jardim - 65.467; Pesqueira - 60.554; e Bezerros - 54.249) correspondendo a 15% do total (Mapa 01).

É oportuno destacar também, que 50% dos municípios (Alagoinha, Altinho, Camocim, Frei Miguelinho, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Maria Cambucá, São Bento do Una, São Joaquim do Monte, Tacaimbó e Vertentes) contam com a população rural maior que a urbana. (Mapa 01)

Vale ressaltar, que com o avanço da Reforma Sanitária, esses municípios, de certa forma, investiram na estrutura da rede de saúde tentando cumprir com as exigências das leis, rumo a municipalização.

Hoje, observa-se a necessidade de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para o estabelecimento de mudanças de pensamento e ação política em saúde, com a formação de uma consciência sanitária e social que adquira “a força das crenças populares” e conserve a mudança.

Considerando que a Hanseníase permanece como um problema de Saúde Pública no Estado de Pernambuco, e que as ações para o seu controle devem estar de acordo com as diretrizes do SUS, estamos propondo uma distribuição gradativa do atendimento ao paciente Hanseniano a nível da IV DIRES e de forma não precipitada.

Não podemos deixar de considerar neste momento, questões importantes em todo processo de transformação como: redistribuição de poder e recursos humanos e materiais, reorganização institucional e o estabelecimento de novas relações visando a reformulação de práticas através do diálogo, da pactuação e negociação. Durante todo o processo deverá ser considerado além do espaço geográfico, as questões políticas, sociais e culturais, decisórias na legitimação das mudanças.

É necessário que o processo de mudança seja flexível e gradual, para que as práticas novas substituam as antigas, sem ocorrer soluções de continuidade na atenção à população.

Na tentativa de elaborar uma proposta de descentralização para o atendimento ao Hanseniano na IV Regional de Saúde, consideramos fatores epidemiológicos, geográficos, gerenciais e políticos.

Habitualmente, os recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde não são suficientes para se pensar em serviços iguais em todas as áreas de um território. Além disso, universalmente a Hanseníase é considerada uma endemia de distribuição geográfica não uniforme, justificando por isto a nossa proposta de identificar áreas, para a implantação/implementação de serviços de referência, que atenda o portador de Hanseníase. Fatores como: população (municípios com população >que 50.000 habitantes), acesso viário, existência de profissionais (Médico, Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem) rede instalada e coeficiente de detecção de casos novos acumulado no período de 1988 a 1996, nortearam as discussões que vêm orientando o processo de descentralização das ações de controle da Hanseníase na IV DORES.

Por outro lado, além do anteriormente mencionado, quanto a limitação de recursos, pode-se acrescentar que a implantação de programas de controle de Hanseníase em todos os municípios de uma Regional de Saúde pode não ser necessária e inclusive, pode converter-se num desperdício de recursos materiais e humanos. (Boletim Eliminação da Hanseníase das Américas, OPAS, 1996).

Torna-se imprescindível a sensibilização dos Prefeitos e Gestores Municipais para considerarem a Hanseníase como um problema, que deve ser priorizado, visto que a situação numa dada área é muito mais grave, quando comparada com outras de mesma região.

Em relação a questão gerencial é importante concentrarmos nossos esforços e recursos materiais em áreas ou populações limitadas, isto é, aquelas consideradas de maior risco em relação à endemia, para obtermos um maior impacto com menor utilização de recursos e com maior eficiência de gestão.

## **2 - OBJETIVOS:**

**GERAL** - Formular uma proposta de descentralização do Programa de Controle da Hanseníase para a IV. Regional de Saúde do Estado de Pernambuco.

### **ESPECÍFICOS:**

**1** - Identificar a situação epidemiológica da Hanseníase na IV Dires, analisando os indicadores de morbidade, coeficiente de detecção geral e específico por grupo etário, formas clínicas da doença e coeficiente de detecção geral acumulado nos triênios durante o período de 1988 à 1996..

**2** - Comparar a situação epidemiológica específica da Hanseníase na IV Dires em relação ao Estado de Pernambuco.

**3** - Identificar a situação atual dos Serviços de Saúde em relação aos recursos humanos e infra-estrutura necessária para operacionalização da proposta.

**4** - Identificar espacialmente, de acordo com critérios operacionais e epidemiológicos, os municípios que serão de referência para o atendimento ao Hanseniano e sua família, na IV Regional de Saúde.

**5** - Elaborar instrumento para controle do retorno dos pacientes do Centro de Referência ao município de residência.

**6** - Elaborar instrumento específico a ser utilizado pela Dires para monitorar o abandono dos pacientes e controle dos comunicantes, garantindo assim a referência e contra-referência.

**7** - Formular um Plano de Capacitação a ser operacionalizado em forma de Oficina de Trabalho, visando fortalecer as diretrizes de Sistema Único de Saúde e sensibilizando os municípios da IV Dires para situação atual da Hanseníase.

**8** - Formular plano de capacitação para os técnicos de nível superior e médio das unidades que servirão de referência para o atendimento ao portador de Hanseníase na IV Dires, visando a operacionalização da proposta de descentralização.

### **3 - METODOLOGIA**

A proposta de descentralização da Hanseníase na IV Regional de Saúde foi baseada nos dados colhidos na Unidade de Referência em Caruaru, sede da IV DIRES, no banco de dados do SINAN da Secretaria Estadual de Saúde e no FIAM, referente ao período de 1988 à 1996, e levantamento bibliográfico, incluindo documentos oficiais publicados, e registros institucionais da política de saúde, referente a fundamentação teórica da endemia em estudo. Assim como nos relatos dos profissionais envolvidos neste programa.

Os documentos utilizados para análise constam do seguinte:

- **Unidade de Referência** - C. S. Amélia de Pontes - Caruaru.

- Prontuários dos pacientes atendidos e residentes nos municípios da IV DIRES.
- Fichas Individuais de Investigação Epidemiológica de Hanseníase - SINAN
- Livros de Registro.

- **Sede da IV DIRES-Divisão de Epidemiologia** -

- Pesquisa no banco de dados do SINAN Regional.
- Levantamento da equipe multiprofissional mínima existente nos municípios para descentralização do programa de controle da Hanseníase.
- Ofício enviado aos municípios convocando-os para participarem de treinamento com o objetivo de iniciar a descentralização.
- Aquisição de mapa com os municípios que compõem a IV Regional de Saúde.

- **Secretaria Estadual de Saúde-FUSAM**

- Pesquisa no banco de dados do SINAN do período de 1988 à 1996, referente a Hanseníase na IV Regional de Saúde e Estado de Pernambuco.
- Aquisição de mapa com descrição das DIRES, que compõem o Estado de Pernambuco.

- Pesquisa no relatório "Projeções das Populações dos municípios do Estado de Pernambuco segundo grupos de idades - 1988 - 1996", sobre as populações dos municípios da IV DIRES, geral e por faixa etária.

**- Fundação Desenvolvimento Municipal Interior de Pernambuco - FIAM**

- Pesquisa sobre dados populacionais geográficos, econômico e de infraestrutura geral dos municípios sob a jurisdição da IV Regional de Saúde.

Através da análise dos dados acima referidos, traçamos um perfil da situação de atendimento ao portador de Hanseníase dos municípios da IV DIRES, e propomos uma reestruturação dos serviços oferecidos atualmente ao nível da mesma, com o objetivo de aumentar o número de unidades de referência. Acreditamos com isto, satisfazer as necessidades mínimas da população a ser assistida e realizar um atendimento mais coerente e humanizado ao mesmo tempo que ampliamos a cobertura do Programa de Controle da Hanseníase.

Também, ousamos propor a utilização de instrumentos que melhore a qualidade da informação entre os municípios, entre estes e a DIRES e entre as DIRES e Secretaria Estadual de Saúde. Com a reestruturação do fluxo de informação visamos o controle não só do paciente, como também dos seus comunicantes.

#### **4 - RESULTADOS**

Dentro da proposta do OMS, através de uma deliberação da Assembléia Mundial de Saúde, de eliminar a Hanseníase como problema de Saúde Pública até o ano 2.000, é de fundamental importância a descentralização das ações de controle para as Unidades Básicas de Saúde dos municípios de uma regional.

Apesar da IV Regional de Saúde possuir uma população de 1.002.969 (IBGE, 1996), distribuída em 32 municípios, apenas 9% destes, desenvolvem ações de controle da Hanseníase, e as 91% restantes não dispõem de serviço para atendimento ao Hanseniano.

De acordo com a recomendação da OMS, para cada 200.000 hab. é necessário a existência de um serviço de atendimento ao Hanseniano. Considerando que a população total da IV DIRES está acima de 1.000.000 hab., seria necessário estabelecer novos parâmetros para o redirecionamento de um sistema de referência e contra-referência com o propósito de garantir o atendimento ao portador de Hanseníase e sua família.

Segundo, Eugênio Villaça, "o desafio maior na reorientação das políticas de saúde, refere-se ao impacto que se pretende alcançar na situação de saúde da população. A criação de uma nova cultura no âmbito do sistema de saúde é uma tarefa que se pode encontrar no processo de distritalização, um terreno fértil, para se criar e reforçar práticas institucionais baseadas no compromisso, na responsabilidade e na busca de eficiência e eficácia sanitária, social e política".

Com o objetivo de obter o maior impacto possível e reduzir os gastos com recursos, identificamos no mapa dos municípios da IV DIRES (mapa 1) as áreas geográficas que justificam, baseados em critérios populacionais, operacionais e epidemiológicos o estabelecimento de fluxo com referência e contra-referência, para o controle do Hanseniano através da descentralização dos serviços hoje existentes.

Como mostra o mapa 2, hoje apenas Caruaru, Gravatá e Agrestina possuem o Programa de Controle da Hanseníase. Considera-se município com programa implantado aquele que possui pelo menos uma Unidade de Saúde, sediada no mesmo, com diagnóstico e tratamento (PQT/OMS) disponíveis, independente do número de casos de Hanseníase se detectados e, ou tratados no ano da avaliação.

Com esta distribuição observamos que do ponto de vista geográfico, os serviços existentes dificultam o deslocamento dos pacientes oriundos das regiões ao Norte de Oeste da IV Regional de Saúde, reforçando desta forma a necessidade da descentralização para outros municípios.

Em relação a equipe de saúde, contamos em 50% destes municípios com equipe mínima completa necessária para a implantação do programa (conforme mostra tabela e gráfico 1).

Em relação a cobertura, considera-se a relação ideal de uma unidade de saúde sediada no município para cada 200.000 hab. Considerando os municípios isoladamente, cinco deles têm uma população acima de 50.000 hab., e destes apenas Caruaru possui população acima de 200.000 hab. Porém, ao considerarmos a Regional como um todo, com uma população total acima de 1 milhão de habitantes fica claro a necessidade de implantarmos o programa em mais municípios, já que as três unidades garantiriam apenas uma cobertura de 60% da população.

A tabela 11 mostra o número de unidades públicas existentes nos municípios da IV Dires, que vem reforçar a possibilidade da implantação do atendimento ao Hanseniano nos demais municípios.

A vigilância epidemiológica da Hanseníase é realizada através do cálculo dos indicadores de morbidade-coeficiente de prevalência e coeficiente de detecção de casos novos a cada ano. Durante o período analisado, podemos observar uma tendência de crescimento de ambos os coeficientes.

O coeficiente de prevalência ascendeu de 10,9/10.000 habs. em 1988 para 12,3/10.000 habs. em 1996, enquanto o coeficiente de detecção passou de 2,2/10.000 habs. em 1988 a 3,5/10.000 habs. em 1996 (Tabela 03). Analisando o coeficiente de detecção acumulado por triênio, observamos que a detecção de casos novos foi mais intensa no período compreendido entre 1991 e 1993 tendo decrescido no último período. Para o Estado de Pernambuco como um todo observamos um crescimento constante e gradativo do coeficiente (tabelas 3, 4 e 5).

Analisando as possíveis causas do crescimento do coeficiente de detecção de casos novos na IV DIRES salientamos a provável influência de uma Campanha Nacional Educativa realizada através da mídia pelo Ministério da Saúde. Daí ressaltarmos a importância do acesso a informação e a existência de um maior número de unidades no aumento da detecção de casos.

Em relação a distribuição da endemia por forma clínica, identificamos que na IV DIRES a detecção das formas multibacilares tem sido relativamente maior em relação ao Estado de Pernambuco (tabela 6), que tem detectado mais as formas pancibacilares, mostrando assim, a possibilidade do aumento do número de casos em decorrência da deficiência dos serviços em detectar precocemente as formas contagiantes.

Ao fazermos a distribuição por faixa etária e forma clínica, observamos que tanto a Regional como o Estado, apresentam o mesmo comportamento, havendo uma maior concentração de casos na faixa etária acima de 15 anos (Tabelas 7 e 8). Porém, de acordo com informações colhidas junto a Coordenação Estadual vem ocorrendo um discreto aumento ao longo dos anos do número de casos na faixa etária abaixo dos 15 anos. Apontando novamente para a fragilidade do sistema na detecção das formas disseminantes.

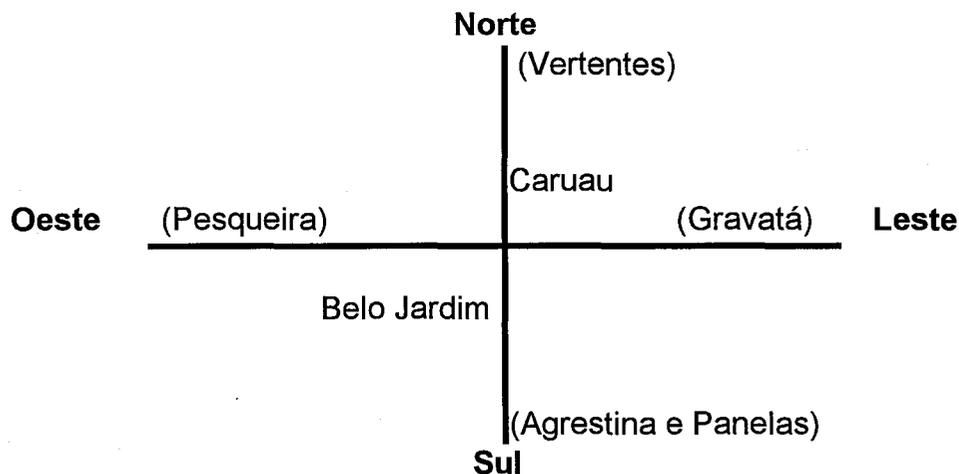
A distribuição por forma clínica e faixa etária nos 32 municípios da IV DIRES nos mostra (Tabelas 9 e 10), que 37,5% tem forma multibacilar, 28,1% apresentam

um equilíbrio, entre PB e MB e 12,5% não apresentam dados de detecção, com relação a faixa etária nota-se uma maior detecção (8,2%) acima de 15 anos.

Com base nos critérios acima analisados, selecionamos sete municípios distribuídos especialmente na região, dos quais três (Caruaru, Gravatá e Agrestina) já possuem o programa implantado, dois (Belo Jardim e Pesqueira) estão em fase de implantação e dois (Vertentes e Panelas) requerem a implantação por se apresentarem localizados estrategicamente em áreas distantes dos serviços existentes atualmente.

Vale salientar que Belo Jardim, Vertentes e Agrestina não obedecem a todos os critérios analisados conforme sequência a seguir: Belo Jardim não tem equipe mínima completa (Segundo informações da IV DIRES), mas a sua localização geográfica e incidência acululada, justifica a descentralização do serviço para o mesmo.

A proposta seria então criarmos sete Unidades de Referência para o atendimento ao paciente de Hanseníase e sua família, assim descritos e localizados geograficamente:



Os municípios da área de abrangência encaminhariam seus pacientes (conforme descrição no mapa 4 ) para o Centro de Referência, e este

informaria mensalmente a situação de atendimento dos mesmos ao município de origem (instrumentos números: 1 e 1.1 em anexo) para o conhecimento e acompanhamento através da visita domiciliar, controle dos comunicantes com vacinação BCG e resgate dos faltosos.

A monitorização na regional de saúde aconteceria através dos instrumentos já existentes no sistema, somando-se a estes a planilha de acompanhamento de faltosos e comunicantes (instrumento no. 2).

Os instrumentos de informação aqui propostos reforçarão a prática de gerenciamento durante todo o processo no planejamento, acompanhamento, avaliação das atividades e retroalimentação para a nova tomada de decisões.

Com finalidade de alcançar a descentralização proposta, faz-se necessário a realização de uma Oficina de Trabalho para sensibilização dos profissionais, gerentes e gestores do SUS, a nível da IV DORES. Gradativamente haverá necessidade de realizar uma "Capacitação Técnica em Hanseníase" para os profissionais de nível superior e médio, que irão operacionalizar o programa a nível municipal.

Vislumbramos assim, ao percorrer todas as etapas citadas anteriormente, a possível mudança das práticas de atendimento ao portador de Hanseníase e sua família na IV Regional de Saúde. E com isto, acreditamos resgatar a cidadania do portador desta endemia através da implantação de Serviços integralizados, equânimes, hierarquizados e mais humanizado.

## 5 - CONCLUSÃO

- O redirecionamento do sistema de informações a nível da IV Dires e do Estado de Pernambuco, se faz necessário e urgente frente a operacionalização da descentralização dos serviços que atendem os portadores de Hanseníase.
- A diminuição na detecção de casos de Hanseníase na IV Dires deve-se provavelmente a uma subnotificação dos casos decorrentes dos poucos investimentos no programa.
- O aumento do número de casos na IV Dires, da forma multibacilar, decorre da deficiência dos serviços em detectar precocemente as formas dimorfa e virchoviana.
- A inexistência de um plano voltado para Educação em Saúde na Hanseníase resulta numa diminuição na detecção de casos pelos serviços de referência.
- Os municípios da IV Dires apresentam uma classificação entre alto e médio risco da ordem de 59,4 %, facilitando com isto a disseminação da doença para os 40,6 % restantes. Consequentemente para áreas circunvizinhas.
- A falta de dados em 12,5 % dos municípios da IV Dires aponta para as falhas no Sistema de Informação atual.
- Apesar dos municípios de Belo Jardim, Agrestina e Vertentes não obedecerem a **maioria** dos critérios selecionados para análise do processo de descentralização, sua localização geográfica estratégica, incidência acumulada e inexistência do Serviço justifica a sua escolha como Centro de Referência da Hanseníase.
- Na implantação de Serviços de Referência é imprescindível o acompanhamento dos pacientes, pelos municípios de procedência, que não possuem o serviço de atendimento ao Hanseniano. A eles caberá o acompanhamento através de visita

domiciliar (agentes comunitários de saúde), controle dos comunicantes com vacinação BCG e resgate dos faltosos.

- A IV DIRES não poderá isolar-se do processo de descentralização uma vez que será o elo fomentador de informações, capacitações, apoio técnico, acompanhamento, articulação entre os municípios e avaliação. O instrumento nº 2 será utilizado para o controle e acompanhamento dos pacientes atendidos em toda DIRES.

- Os Centros de Referência para atendimento do Hanseniano e sua família na IV Regional de Saúde estarão localizados nos municípios de Gravatá, Agrestina, Belo Jardim, Pesqueira, Caruaru, Panelas e Vertentes, com possibilidade de alterações a cada nova avaliação acerca de serviços oferecidos e sua situação epidemiológica.

## BIBLIOGRAFIA

AGRÍCOLA, E.A Lepra no Brasil - resumo histórico, **Boletim do Serviço Nacional da Lepra**. v 19, n. 1, p. 143-155, 1960.

ALBUQUERQUE, Maria de Fátima M. de **A Hanseníase no Recife: um estudo Epidemiológico para o período de 1960/1975**. Recife, 1987. 193p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. p. 14.

ANDRADE, Vera et al..**Evolução da Hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de Saúde Pública**.. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz.

ANDRADE, Vera et all - **Séries temporais dos indicadores de morbidade da Hanseníase - Brasil, 1946 - 1994**. *Iesus*, v.3, p.23-31, 1996.

ANTUNES, José Leopoldo.F., COSTA Olavo.V., AUGUSTO, Maria .Helena.O. Hanseníase: A lepra sob a mira da Lei. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 48, n. 1-2, p.29 - 36, 1988

CLARO, Lenita B. Lorena. **Hanseníase: representações sobre a doença**.Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. p. 12-15.

CLARO, Lenita B. Lorena. Redução dos índices de abandono Programa de Controle da Hanseníase. A Experiência de um serviço de saúde no Rio de

Janeiro, **Brasil - Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9,n.4,p.504-507, out./dez, 1993.

DAUMERIE, D. Monitoring the Elimination of Leprosy. In: CONGRESS OF THE BRAZILIAN ASSOCIATION OF HANSENOLOGY, 9, Foz do Iguaçu, 4-8 June 1997.

DINIZ, O. Profilaxia da Lepra, **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. v.19, n.1,1960.

ELIMINAÇÃO da Hanseníase: uma meta em discussão. **Boletim Epidemiológico Brasília**, v.1,n. 12, p. 2, dez. 1996.

ESTRATIFICAÇÃO na eliminação da Hanseníase. **Hanseníase Hoje**, v.1, n.4, p.1-3, 1996.

MARTELLI, T.M.C. et al, Spatial patterns of Leprosy in an urban area of central Brazil, I. **Bulletin of the World Health Organization**, v.73, n.3,p.315-319, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça et all, Distritos Sanitários: Conceitos - Chaves. In: \_\_Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do S.U.S. São Paulo - Rio de Janeiro: **Huatec Abrasco**, 1993, cap.3, p.159-183.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. CENEPI. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA. **Guia de controle da Hanseníase**. Brasília, 1994. p.11, 17.

NOORDEEN, S.K., Elimination of Leprosy as a public health problem: Progress and prospects. **Bulletin of the World Health Organization**, v.73, p. 1-6, 1995.

NOORDEEN, S.K. Leprosy 1962-1992.4. Epidemiology and control of Leprosy - a review of progress over the last 30 year. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 87 n.5, p. 515 - 517, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Um guia para eliminar a Hanseníase com problema de saúde pública**. Genebra, 1995.

PROPOSTA para descentralização do Programa de Controle da Hanseníase. s.l.: s.4, 199-?

RECIFE, Prefeitura **Plano de Ação para o controle da Hanseníase na cidade do Recife**, 1997.

RODRIGUES, Bichat A. **Fundamentos de Administração Sanitária**, Brasília: 2a. Edição, 1979. p. 28-32.

SILVA, Cândido, Tuma, Milan. **Manual de Leprologia - O Bacilo de Hansen: Leprominoreação (Reação de Mitsuda)**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1958.

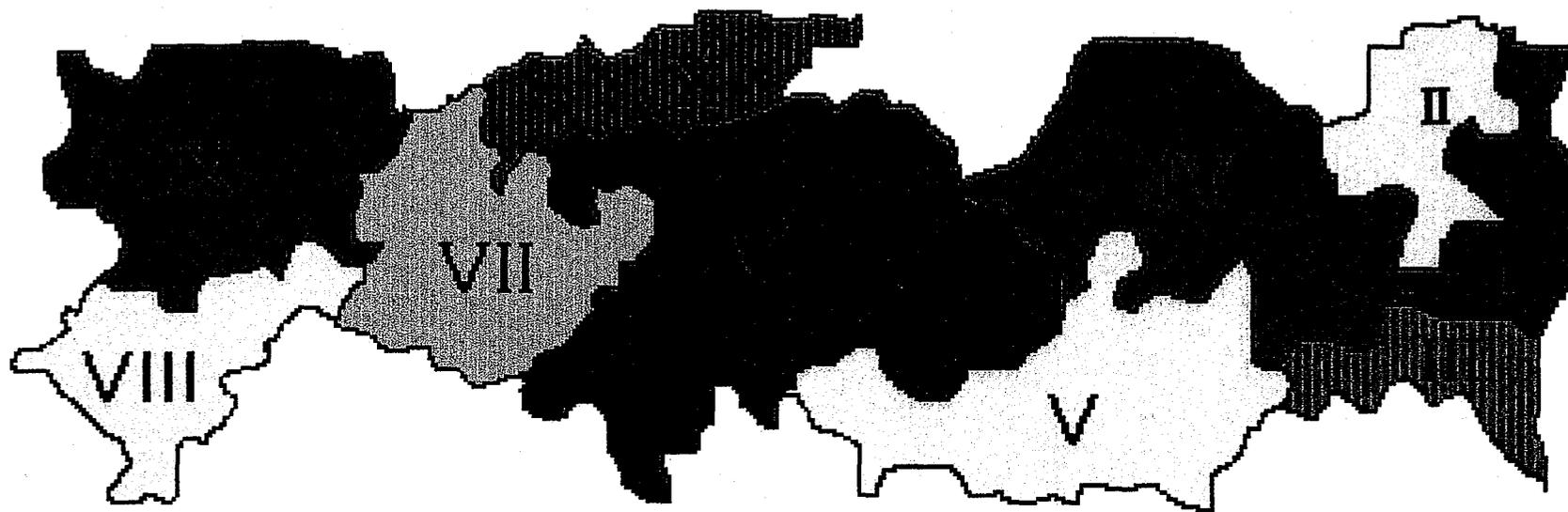
SIQUEIRA, Marília Teixeira de. **Controle de Endemias no Sistema Único de Saúde à caminho da Descentralização ? O caso Olinda/PE**, Rio de Janeiro, 1995. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

TALHARI, Sinésio, NEVES, René Garrido. **Hansenologia**. Manaus: Funcomiz, 1984.

TASCA Renato et all, **Sistemas de Informação em Saúde para Distritos Sanitários**, In: MENDES, Eugênio Vilaça et al. **Distritos sanitários: O processo social de mudança das práticas sanitárias do S.U.S.** São Paulo - Rio de Janeiro: **Huatec**, Abrasco, 1995, cap.7, p.267-302.

**7- ANEXOS**

## PERNAMBUCO POR DIRES



### LEGENDA:

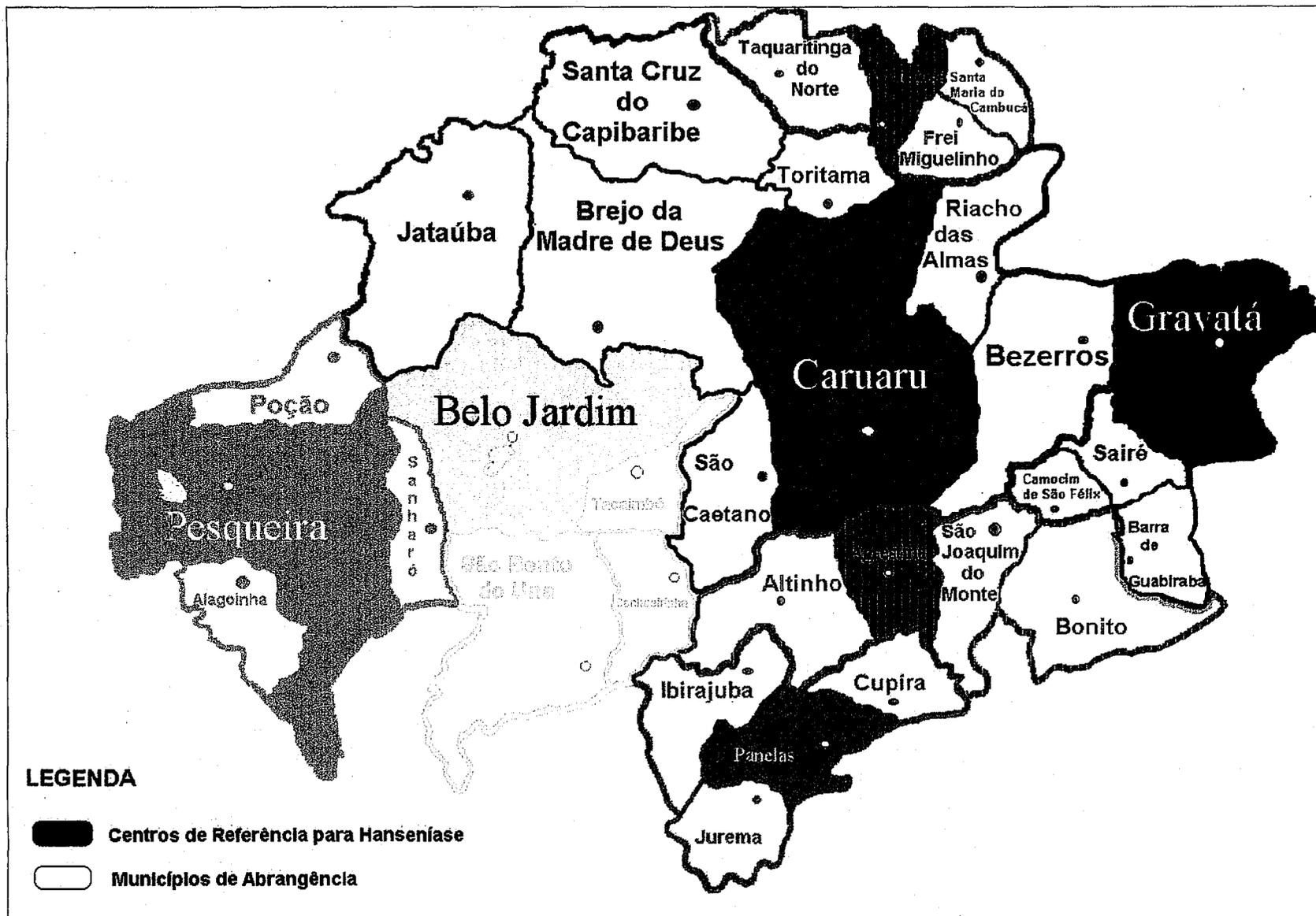
- I - Recife
- II - Limoeiro
- III - Palmares
- IV - Caruaru
- V - Garanhuns
- VI - Arcoverde
- VII - Salgueiro
- VIII - Petrolina
- IX - Ouricuri
- X - Afogados da Ingazeira







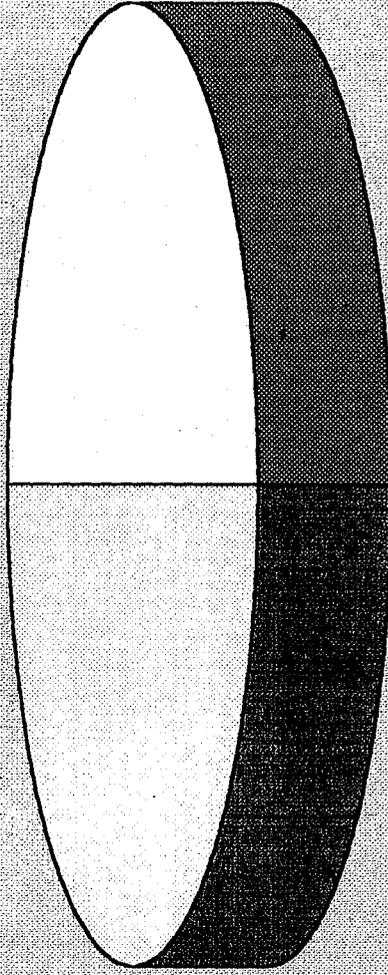
MAPA - 04  
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS COM CENTRO DE REFERENCIA PARA HANSENÍASE  
E ÁREAS DE ABRANGÊNCIA NA IV DIRES - PE



**TABELA - 01**  
**NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTES POR MUNICÍPIO**  
**PARA ATENDIMENTO DO HANSENIANO NA IV DIRES / PE - 1997**

MUNICÍPIOS	Nº DE PROFISSIONAIS		
	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUX. ENFER
Agrestina	2	1	2
Alagoinha	1	1	0
Altinho	1	2	1
Barra de Guabiraba	1	0	0
Belo Jardim	2	0	2
Bezerros	2	1	0
Bonito	1	0	2
Brejo Madre de Deus	1	1	2
Cachoeirinha	1	1	0
Camocim de São Félix	2	1	1
Caruaru	1	1	2
Cupira	1	0	2
Frei Miguelinho	1	1	1
Gravatá	1	1	2
Ibirajuba	1	0	0
Jataúba	1	1	2
Jurema	2	1	0
Panelas	1	1	2
Pesqueira	1	1	4
Poção	1	1	0
Riacho das Almas	1	1	2
Sairé	1	1	0
Sanharó	0	0	2
Santa Cruz do Capibaribe	1	1	2
Santa Maria do Cambucá	0	1	1
São Bento do Una	1	1	1
São Caetano	0	1	2
São Joaquim do Monte	1	0	3
Tacaimbó	1	0	3
Taquaritinga	1	1	2
Toritama	1	1	1
Vertentes	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>25</b>	<b>47</b>

**Gráfico - 01**  
**Número de Profissionais existentes por Município para atendimento do Hanseniano na IV DRES/PE - 1997**



Municípios com quadro completo

Municípios com quadro incompleto

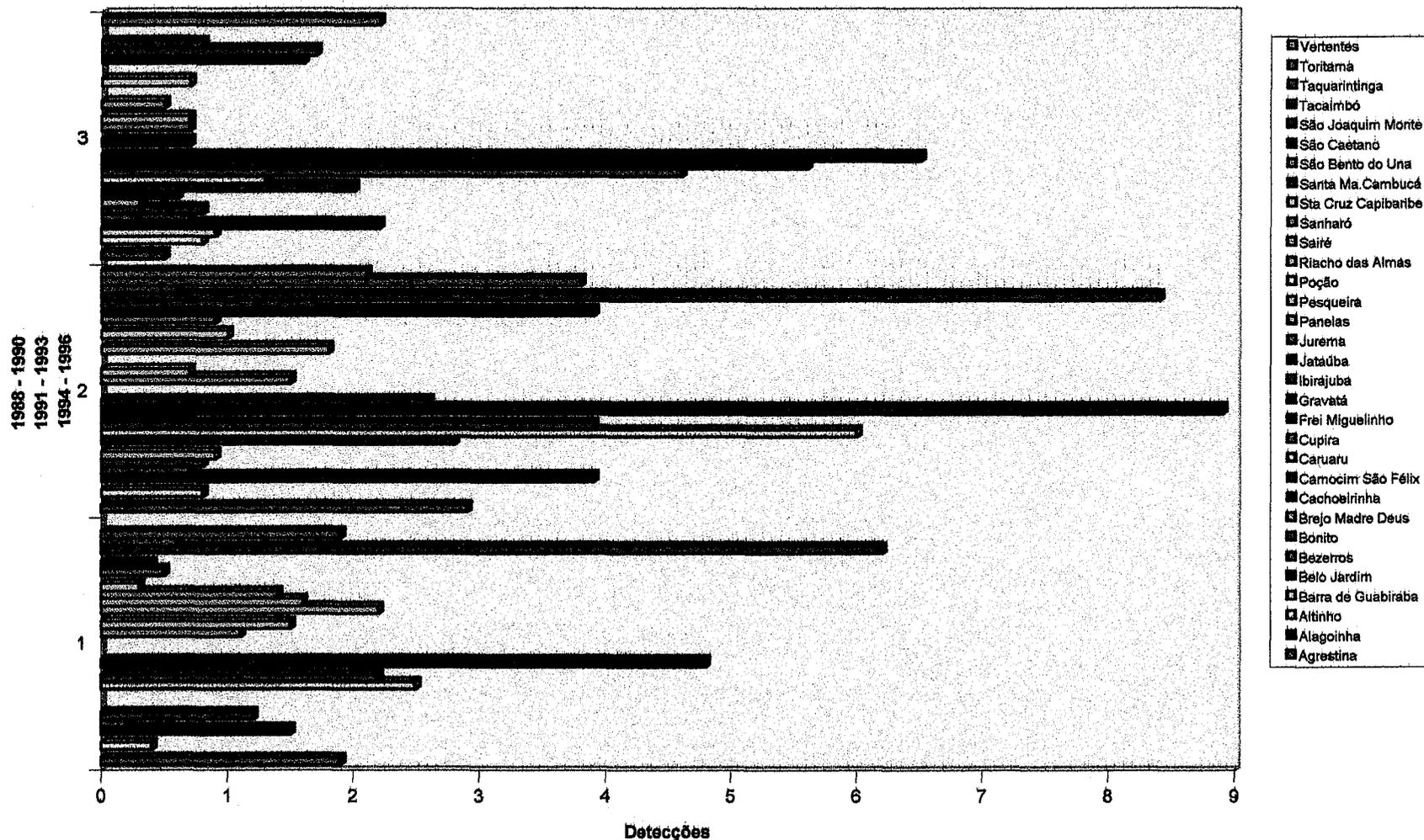
TABELA - 02

**DISTR.CASOS E DETEC.CASOS NOVOS P/10.000 HAB. DA HANSENIASE  
POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA E NOTIFICADOS NA IV DIRES - PE,  
DE 1988 À 1996.**

MUNICÍPIOS	1988 - 1990		1991 - 1993		1994 - 1996		TOTAL	
	Casos	Detecção	Casos	Detecção	Casos	Detecção	Casos	Detecção
Agrestina	3	1,9	4	2,9	1	0,5	8	4,3
Alagoinha							0	0
Altinho	1	0,4	2	0,8	2	0,8	5	2,2
Barra de Guabiraba					1	0,9	1	0,9
Belo Jardim	9	1,5	24	3,9	14	2,2	47	7,3
Bezerros	1	0,2	4	0,7	4	0,7	9	1,7
Bonito	4	1,2	3	0,8	3	0,8	10	2,8
Brejo Madre Deus			3	0,9	1	0,3	4	1,2
Cachoeirinha					1	0,6	1	0,6
Camocim São Félix			4	2,8	3	2	7	4,8
Caruaru	51	2,5	131	6	29	1,3	211	9,4
Cupira	5	2,2	9	3,9	11	4,6	25	10,6
Frei Miguelinho			1	0,7	8	5,6	9	6,3
Gravatá	30	4,8	56	8,9	42	6,5	128	20,3
Ibirajuba			2	2,6			2	2,7
Jataúba					1	0,7	1	0,7
Jurema							0	0
Panelas	3	1,1	4	1,5	2	0,7	9	3,3
Pesqueira	8	1,5	4	0,7	4	0,7	16	2,7
Poção							0	0
Riacho das Almas	4	2,2			1	0,5	5	2,7
Sairé	2	1,6	2	1,8			4	3,6
Sanharó	2	1,4					2	1,3
Sta Cruz Capibaribe	1	0,3	4	1	3	0,7	8	1,9
Santa Ma.Cambucá							0	0
São Bento do Una	2	0,5	4	0,9			6	1,4
São Caetano	1	0,4	12	3,9	5	1,6	18	5,8
São Joaquim Monte			3	1,7	3	1,7	6	3,5
Tacaimbó	6	6,2	10	8,4	1	0,8	17	13,8
Taquaritinga	1	0,6	1	0,6			2	1,1
Toritama	2	1,9	6	3,8			8	5,1
Vertentes			3	2,1	3	2,2	6	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>	<b>1,5</b>	<b>296</b>	<b>3,1</b>	<b>143</b>	<b>1,4</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>

Fonte: DIEVIS / SES - PE

**Gráfico - 02**  
**Distribuição de casos e coeficiente de casos novos da hanseníase por município de residência, notificados na IV Dires/PE de 1988 à 1996**

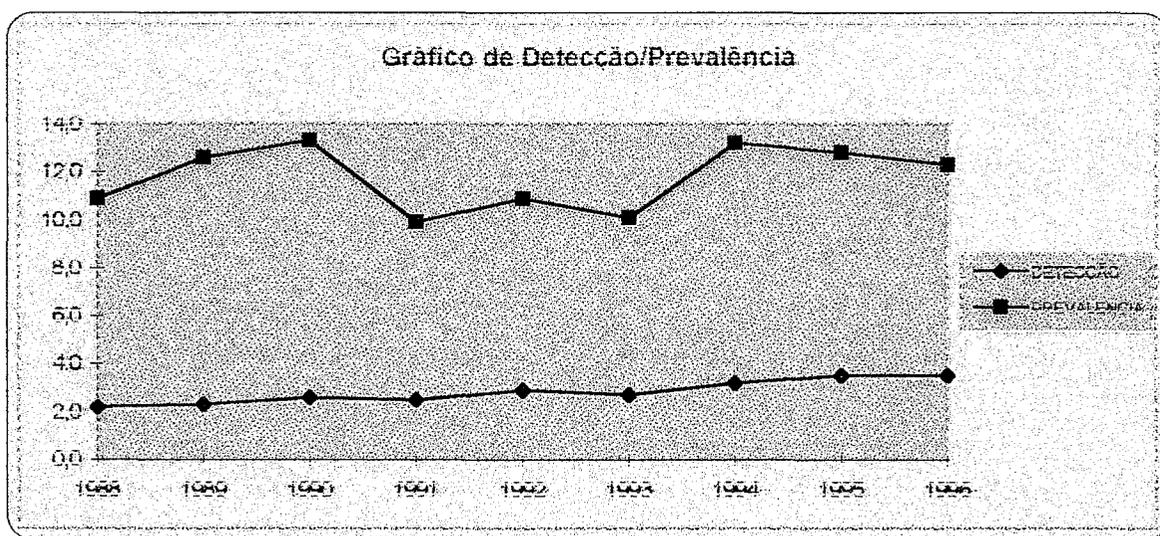


**TABELA - 03**  
**HISTÓRICO DA HANSENÍASE - COEF. DETECÇÃO DE CASOS NOVOS**  
**E PREVALÊNCIA P/10.000 HABS. - PERNAMBUCO**  
 1988 / 1996

ANOS	POPULAÇÃO	DETECÇÃO		PREVALÊNCIA	
		CASOS	DETECÇÃO	CASOS	PREVALÊNCIA
1988	6.826.551	1.581	2,2	7.424	10,9
1989	6.904.048	1.498	2,3	8.744	12,6
1990	7.024.392	1.291	2,6	9.310	13,3
1991	7.126.855	1.893	2,5	7.022	9,9
1992	7.215.071	2.098	2,9	7.832	10,9
1993	7.320.156	2.140	2,7	7.404	10,1
1994	7.430.156	2.368	3,2	9.799	13,2
1995	7.543.613	2.840	3,5	9.629	12,8
1996	7.517.728	2.984	3,5	9.229	12,3

Fonte: DIEVIS / SES - PE

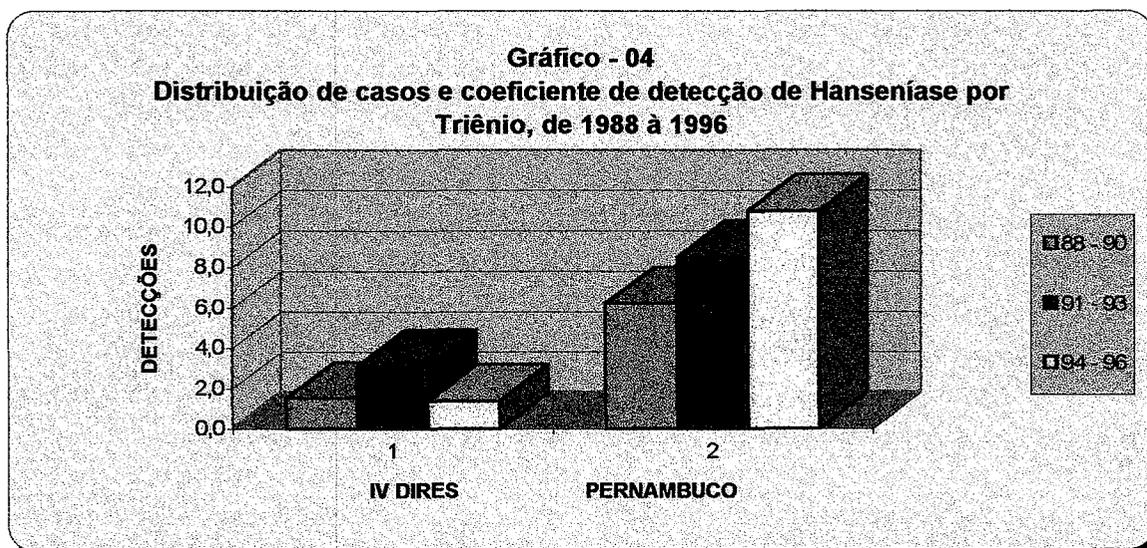
Coefficiente/deteccão de casos novos e prevalência por 10.000 habitantes- PE



**TABELA - 04**  
**DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E COEFICIENTE/DETECÇÃO-CASOS NOVOS**  
**P/10.000 HABS.-HANSENÍASE P/TRIÊNIO NA IV DIRES E PERNAMBUCO**  
**1988 À 1996**

ANOS	IV DIRES		PERNAMBUCO	
	CASOS	DETECÇÃO ACUMULADA	CASOS	DETECÇÃO ACUMULADA
88 - 90	136	1,5	4.350	6,2
91 - 93	296	3,1	6.131	8,5
94 - 96	143	1,4	8.132	10,8
<b>TOTAL</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>	<b>18.613</b>	<b>25,4</b>

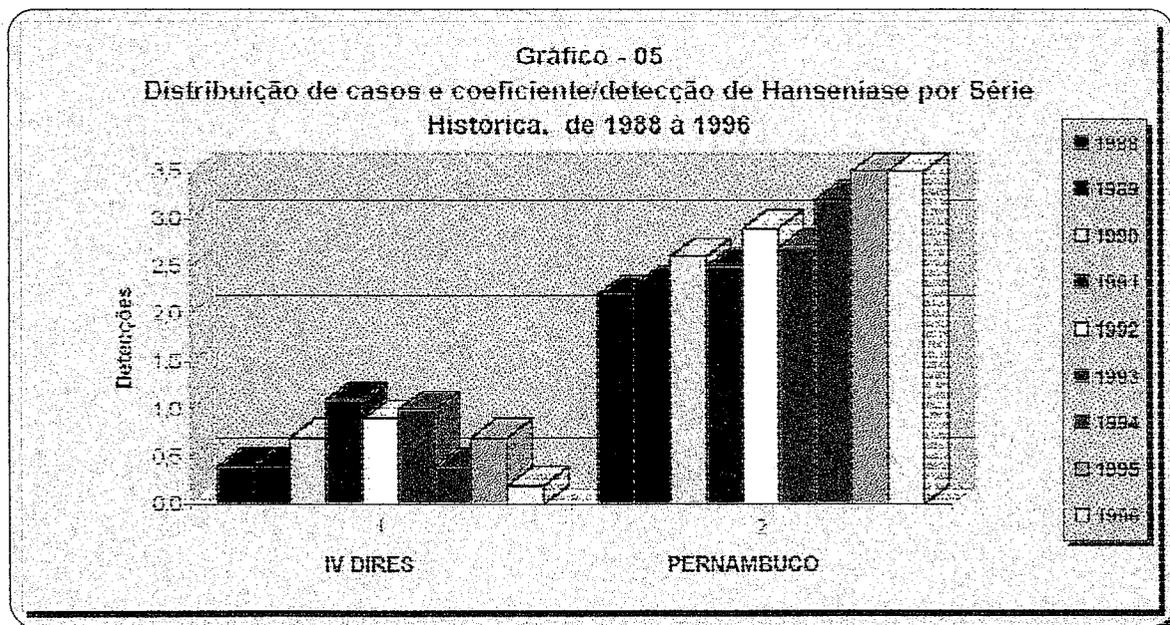
Fonte: DIEVIS / SES - PE



**TABELA - 05**  
**DISTRIBUIÇÃO/CASOS E COEF./DETECÇÃO DE CASOS NOVOS POR**  
**10.000 HABS. DE HANSENÍASE SÉRIE HISTÓRICA NA IV DIRES E**  
**PERNAMBUCO - 1988 À 1996**

ANOS	IV DIRES		PERNAMBUCO	
	CASOS	DETECÇÃO	CASOS	DETECÇÃO
1988	33	0,4	1.561	2,2
1989	37	0,4	1.498	2,3
1990	66	0,7	1.291	2,6
1991	107	1,1	1.893	2,5
1992	91	0,9	2.098	2,9
1993	98	1,0	2.140	2,7
1994	47	0,4	2.308	3,2
1995	77	0,7	2.840	3,5
1996	19	0,2	2.984	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>	<b>18.613</b>	<b>25,4</b>

Fonte: DIEVIS / SES - PE

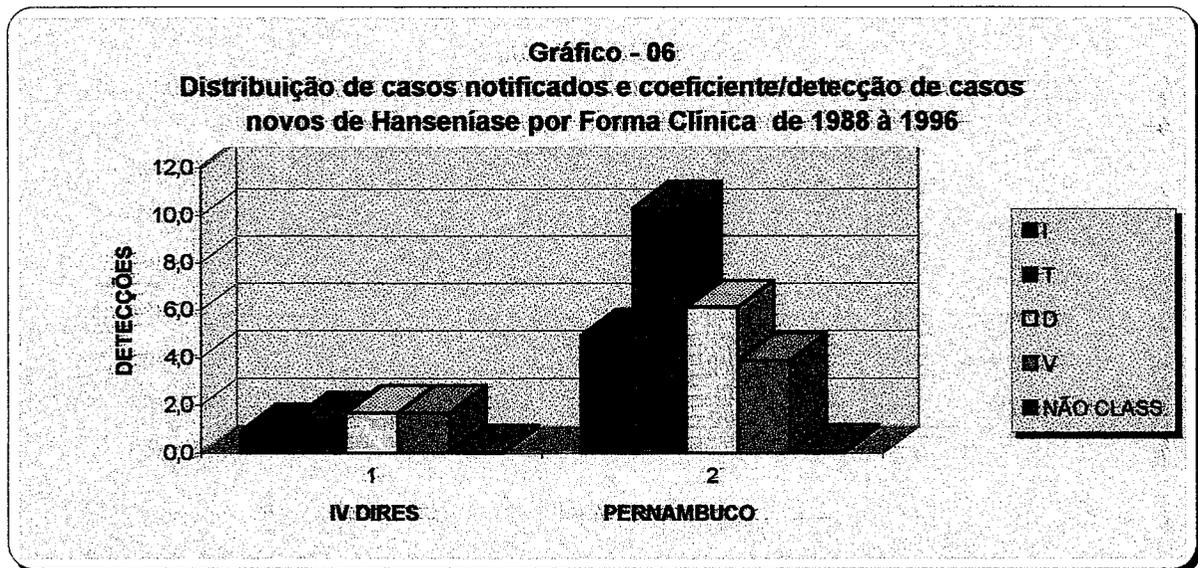


**TABELA - 06**

**DISTRIBUIÇÃO-CASOS NOTIFICADOS E COEFICIENTE/DETECÇÃO CASOS  
NOVOS P/10.000 HABS.DE HANSENIASE, NA IV DIRES E PERNAMBUCO  
1988 À 1995**

FORMA CLÍNICA	IV DIRES		PERNAMBUCO	
	CASOS	DETECÇÃO	CASOS	DETECÇÃO
I	93	0,9	3.625	4,9
T	142	1,4	7.563	10,3
D	168	1,7	4.470	6,1
V	167	1,7	2.906	3,9
NÃO CLASS.	5	0,05	49	0,07
<b>TOTAL</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>	<b>18.613</b>	<b>25,4</b>

Fonte: DIEVIS / SES - PE

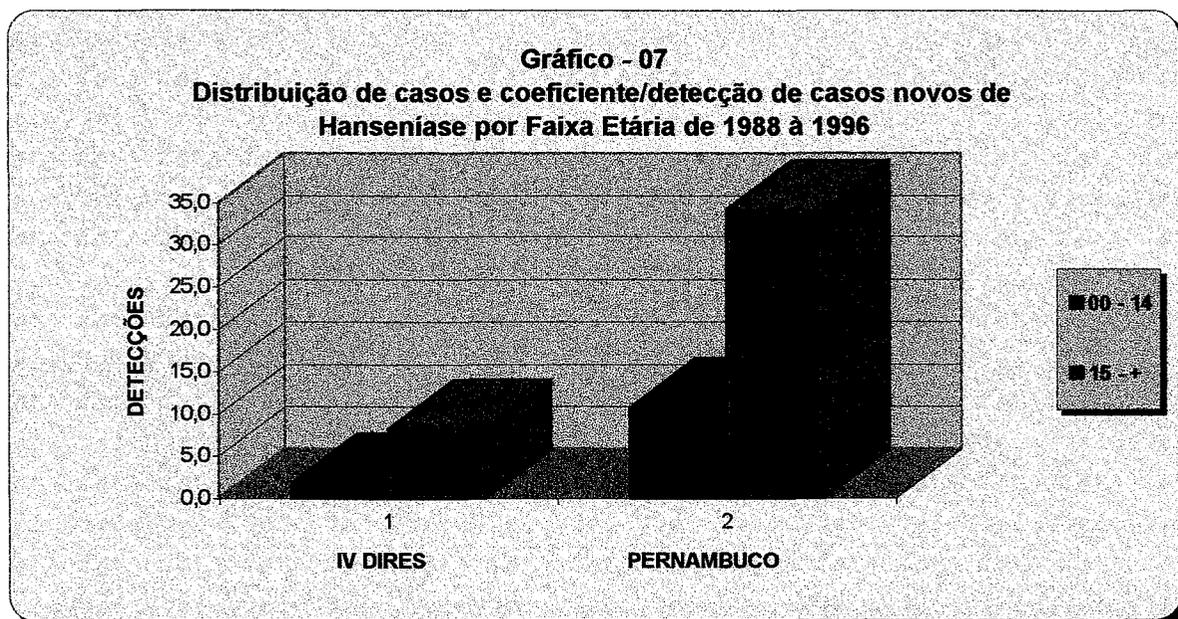


**TABELA - 07**

**DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E COEFICIENTE/DETECÇÃO DE CASOS NOVOS POR 10.000 HABS.DE HANSENÍASE, POR FAIXA ETÁRIA NA IV DIRES E PERNAMBUCO 1988 À 1996**

FAIXA ETÁRIA	IV DIRES		PERNAMBUCO	
	CASOS	DETECÇÃO	CASOS	DETECÇÃO
00 - 14	67	1,8	2.902	10,7
15 - +	508	8,2	15.711	34,1
<b>TOTAL</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>	<b>18.613</b>	<b>25,4</b>

Fonte: DIEVIS / SES - PE



**TABELA - 08**

**DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS E COEFICIENTE/DETECÇÃO DE CASOS NOVOS P/10.000 HABS. DE HANSENIASE, P/FORMA CLÍNICA E FAIXA ETÁRIA NA IV DIRES E PERNAMBUCO - 1988 À 1996**

FORMA CLÍNICA	IV DIRES				PERNAMBUCO			
	(IV) 00 - 14 ANOS		(IV) 15 e+ ANOS		(PE) 00 - 14 ANOS		(PE) 15 e+ ANOS	
	CASOS	DETECÇÃO	CASOS	DETECÇÃO	CASOS	DETECÇÃO	CASOS	DETECÇÃO
I	20	0,5	73	1,2	764	2,8	2.861	6,2
T	16	0,4	126	2,0	1.287	4,7	6.276	13,6
D	15	0,4	153	2,5	561	2,1	3.909	8,5
V	14	0,4	153	2,5	278	1,0	2.628	5,7
NÃO CLASS.	2	0,05	3	0,05	12	0,04	37	0,08
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>1,8</b>	<b>508</b>	<b>8,3</b>	<b>2.902</b>	<b>10,6</b>	<b>15.711</b>	<b>34,1</b>

Fonte: DIEVIS / SES - PE

**Gráfico - 08**

**Distribuição de casos notificados e coeficiente/deteccção de casos novos de Hanseníase por Forma Clínica e Faixa Etária de 1988 à 1996**

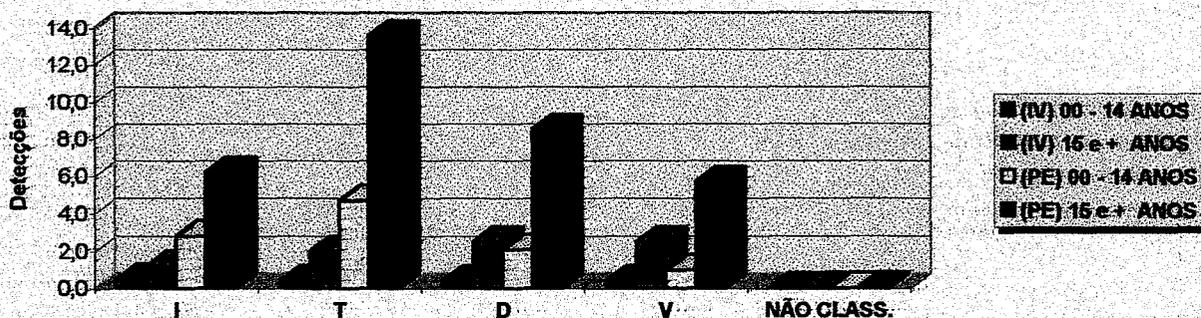


TABELA - 09

DISTRIBUIÇÃO-CASOS NOTIFICADOS E COEFICIENTE/DETECÇÃO DE CASOS NOVOS P/10.000 HABS.DE HANSENÍASE, FORMA CLÍNICA, POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATENDIDOS NA IV DIRES-PE, DE 1988 À 1996.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORMA CLÍNICA										TOTAL	
	I		T		D		Y		NÃO CLASS.		Nro.	Det
	Nro.	Det	Nro.	Det	Nro.	Det	Nro.	Det	Nro.	Det		
Agrestina	2	1,1	3	1,6	1	0,5	2	1,1			8	4,3
Alagoinha											0	0
Altinho	1	0,4	1	0,4	1	0,4	2	0,9			5	2,2
Barra de Guabiraba							1	0,9			1	0,9
Belo Jardim	3	0,5	11	1,7	19	2,9	14	2,2			47	7,3
Bezerras	1	0,2	4	0,7	2	0,4	2	0,4			9	1,7
Bonito	1	0,3	3	0,8	2	0,6	2	0,6	2	0,6	10	2,8
Brejo Madre Deus	1	0,3			2	0,6	1	0,3			4	1,2
Cachoeirinha			1	0,6							1	0,6
Camocim São Félix			1	0,7	2	1,4	3	2,1	1	0,7	7	4,8
Caruaru	37	1,6	44	1,9	83	3,7	47	2,1			211	9,4
Cupira	6	2,5	2	0,8	6	2,5	11	4,6			25	10,6
Frei Miguelinho					4	2,8	5	3,5			9	6,3
Gravatá	19	3	47	7,4	14	2,2	48	7,6			128	20,3
Ibirajuba					2	2,7					2	2,7
Jataúba			1	0,7							1	0,7
Jurema											0	0
Panelas			4	1,5			5	1,8			9	3,3
Pesqueira	3	0,5	2	0,3	6	1	3	0,5	2	0,3	16	2,7
Poção											0	0
Riacho das Almas	1	0,5	1	0,5			3	1,6			5	2,7
Sairé			1	0,9	1	0,9	2	1,8			4	3,6
Sanharó							2	1,3			2	1,3
Sta Cruz Capibaribe	4	0,9	1	0,2	3	0,7					8	1,9
Santa Ma.Cambucá											0	0
São Bento do Una	2	0,5	2	0,5	2	0,5					6	1,4
São Caetano	3	0,9	5	1,6	5	1,6	5	1,6			18	5,8
São Joaquim Monte	2	1,2	1	0,6	2	1,2	1	0,6			6	3,5
Tacaimbó	6	4,9	2	1,6	7	5,7	2	1,6			17	13,8
Taquaritinga							2	1,1			2	1,1
Toritama	1	0,6	1	0,6	4	2,5	2	1,3			8	5,1
Vertentes			4	2,8			2	1,4			6	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>0,9</b>	<b>142</b>	<b>1,4</b>	<b>168</b>	<b>1,7</b>	<b>167</b>	<b>1,7</b>	<b>5</b>	<b>0,5</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>

Fonte: DIEVIS / SES - PE

**Gráfico - 09**  
**Distribuição do coeficiente/deteccção de casos novos de Hanseníase, por**  
**Forma Clínica, da IV DIRES,**  
**de 1988 à 1996**

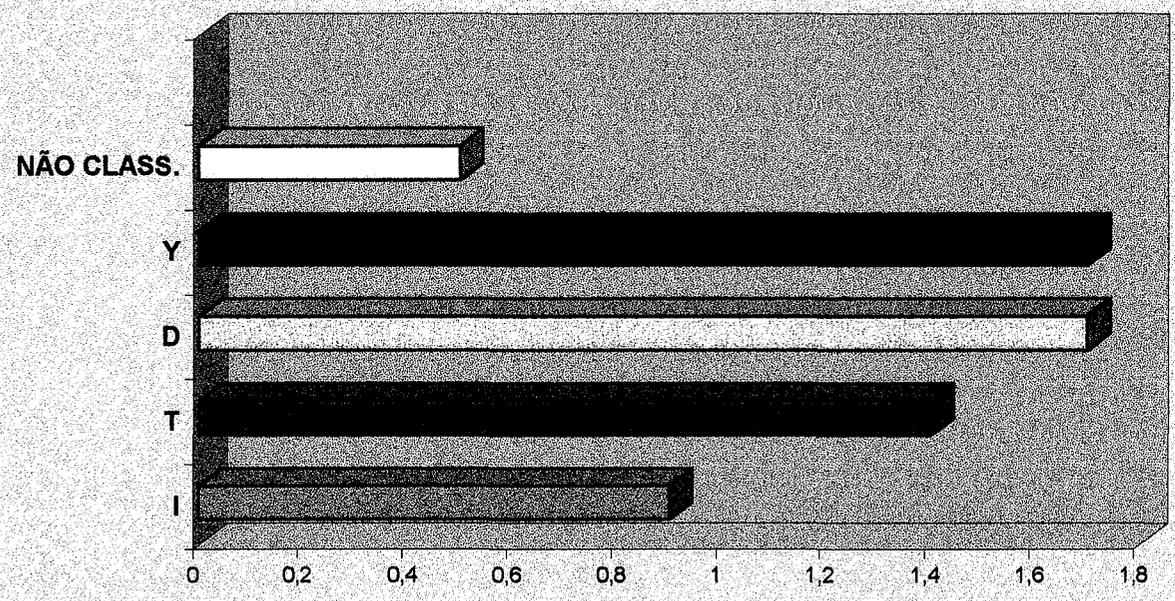
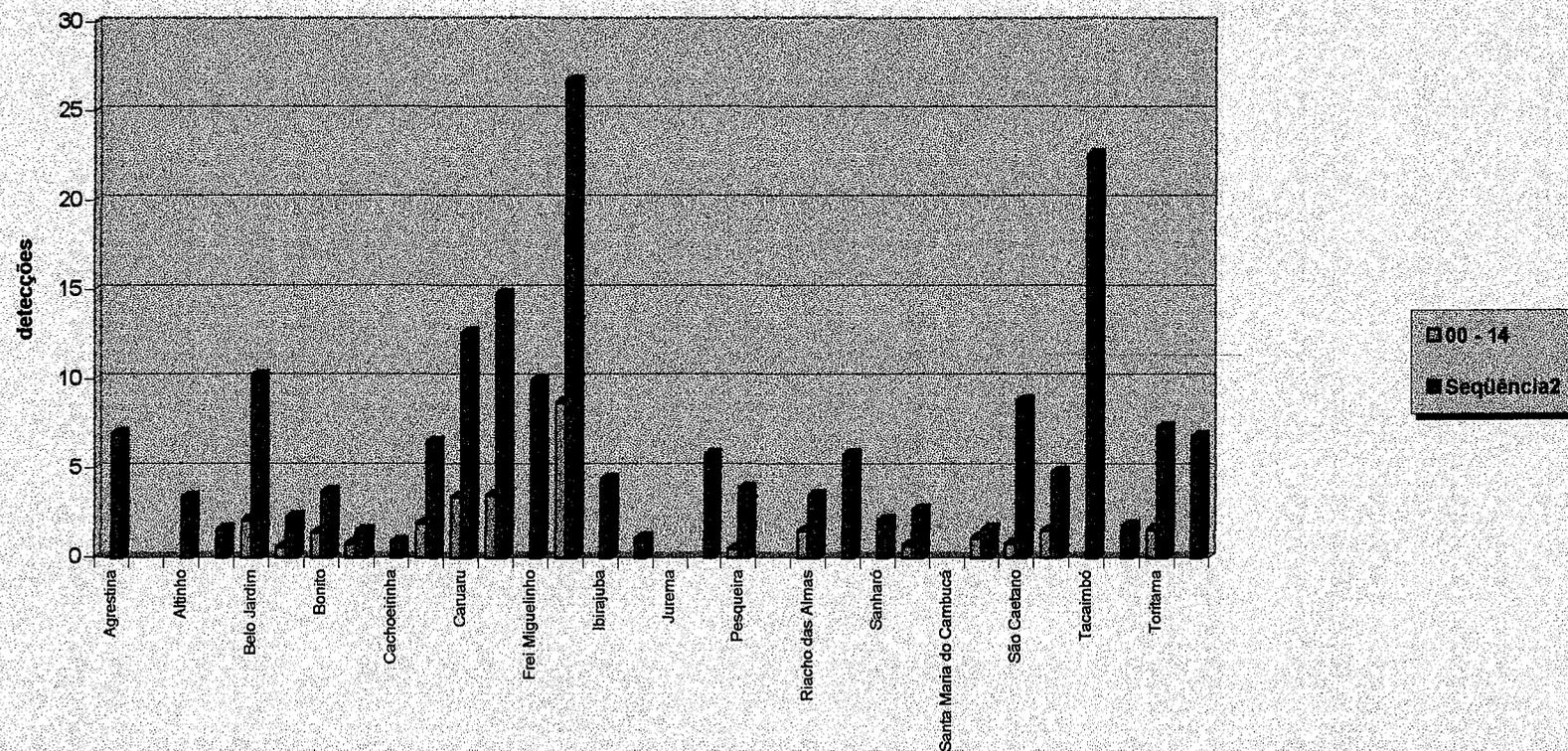


TABELA - 10

DISTRIBUIÇÃO-CASOS NOTIFICADOS E COEFICIENTE/DETECÇÃO DE CASOS NOVOS P/10.000 HABS.DE HANSENÍASE, P/FAIXA ETÁRIA, POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATENDIDOS NA IV DIRES-PE, DE 1988 À 1996

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FAIXA ETÁRIA				TOTAL	
	00 - 14		15 - ACIMA		Nro.	Detecção
	Nro.	Detecção	Nro.	Detecção		
Agrestina			8	7	8	4,3
Alagoinha					0	0
Altinho			5	3,4	5	2,2
Barra de Guabiraba			1	1,6	1	0,9
Belo Jardim	5	2,1	42	10,2	47	7,3
Bezerros	1	0,6	8	2,3	9	1,7
Bonito	2	1,4	8	3,7	10	2,8
Brejo Madre de Deus	1	0,8	3	1,5	4	1,2
Cachoeirinha			1	0,9	1	0,6
Camocim de São Félix	1	1,9	6	6,5	7	4,8
Caruaru	26	3,4	185	12,6	211	9,4
Cupira	3	3,5	22	14,8	25	10,6
Frei Miguelinho			9	9,9	9	6,3
Gravatá	20	8,7	108	26,7	128	20,3
Ibirajuba			2	4,4	2	2,7
Jataúba			1	1,1	1	0,7
Jurema					0	0
Panelas			9	5,8	9	3,3
Pesqueira	1	0,5	15	3,9	16	2,7
Poção					0	0
Riacho das Almas	1	1,5	4	3,5	5	2,7
Sairé			4	5,8	4	3,6
Sanharó			2	2,1	2	1,3
Santa Cruz do Capibaribe	1	0,7	7	2,7	8	1,9
Santa Maria do Cambucá					0	0
São Bento do Una	2	1,1	4	1,6	6	1,4
São Caetano	1	0,8	17	8,8	18	5,8
São Joaquim do Monte	1	1,5	5	4,8	6	3,5
Tacaimbó			17	22,6	17	13,8
Taquaritinga			2	1,8	2	1,1
Toritama	1	1,6	7	7,3	8	5,1
Vertentes			6	6,8	6	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>1,8</b>	<b>508</b>	<b>8,2</b>	<b>575</b>	<b>5,8</b>

**Gráfico - 10**  
**Distribuição do coeficiente/deteccção de casos novos de Hanseníase segundo faixa etária, na IV DIRES,**  
**de 1988 à 1996**



**TABELA - 11**  
**NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICAS E PRIVADAS**  
**POR MUNICÍPIOS DA IV DIRES - PE**

MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	
	PÚBLICAS	PRIVADAS
Agrestina	6	1
Alagoinha	4	
Altinho	6	
Barra de Guabiraba	1	
Belo Jardim	10	3
Bezerros	9	2
Bonito	7	1
Brejo Madre Deus	8	1
Cachoeirinha	3	
Camocim São Félix	5	
Caruaru	34	15
Cupira	7	
Frei Miguelinho	6	
Gravatá	10	3
Ibirajuba	3	
Jataúba	8	
Jurema	2	
Panelas	6	
Pesqueira	16	5
Poção	3	
Riacho das Almas	5	
Sairé	2	
Sanharó	5	
Sta Cruz Capibaribe	6	1
Santa Ma. Cambucá	2	
São Bento do Una	7	
São Caetano	5	
São Joaquim Monte	5	1
Tacaimbó	5	
Taquaritinga	4	2
Toritama	3	
Vertentes	6	1
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>36</b>

Fonte: FIAM / 1991

Gráfico - 11  
 Número de Unidades de Saúde Públicas e Privadas por municípios da IV DIRES

