

Busca Ativa de Hanseníase nos Comunicantes Intra-Domiciliares dos Pacientes do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário/Universidade Federal de Alagoas

Área Temática de Saúde

Resumo

O mal de Hansen constitui grave problema de Saúde pública no Brasil, apresentando altos níveis endêmicos com distribuição variada nas diferentes regiões. Os comunicantes têm papel fundamental na epidemiologia da hanseníase. Objetivos: Este trabalho objetivou diagnosticar casos nos comunicantes, tratá-los e efetuar medidas profiláticas. Metodologia: Feito o cadastramento dos pacientes cujos comunicantes não compareciam ao ambulatório de Dermatologia, realizaram-se visitas domiciliares e em casos suspeitos, encaminhados para consulta para confirmação diagnóstica e tratamento. Os demais comunicantes receberam educação em saúde e vacinação (BCG). Principais Resultados: Foram realizadas entrevistas com 104 pessoas, sendo 21 casos índice de hanseníase e 83 comunicantes; 76,2% dos pacientes estavam curados, 4,8% apresentavam reação hansênica e 9,5% possuíam seqüelas neurológicas. Dentre os comunicantes foi diagnosticado um portador da doença. Conclusão: Pioneiro no estado de Alagoas serviu como fonte de educação em saúde, permitindo-se desmistificar alguns tabus, inclusive o de que a hanseníase não tem cura. Alguns comunicantes provavam que haviam aprendido a lição quando conseguiam convencer seus familiares, ausentes no momento da visita, a irem ao Hospital.

Autores

Cosmo Faustino do Nascimento Júnior – Graduando em Medicina
Divanise Suruagy Correia – Mestre em Saúde da Criança
Manoel Gomes Filho Neto - Graduando em Medicina
Raquel Patriota Cota Bastos – Médica Dermatologista

Instituição

Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Palavras-chave: hanseníase; comunicantes; epidemiologia.

Introdução e objetivo

A Hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae* que foi descrito por Amauer Gerhard Henrik Hansen, em 1873, como a primeira bactéria patogênica para o Homem. É ímpar entre as micobactérias patogênicas, por apresentar atividade dopa-oxidase, pois possui uma enzima específica (O-difenil-oxidase) capaz de oxidar a dihidroxifenil-alanina (DOPA) e, assim, transformá-la em melanina (Sampaio, 2001).

É uma doença milenar, infecto-contagiosa, crônica, podendo ter períodos de agudização, constituindo-se o que se chama reação Hansênica ou Estados Reacionais, que se não tratar a tempo pode levar a graves deformidades físicas, e por conseqüente estigma social.

Quanto à transmissão, a via respiratória ainda é a principal; porém até o momento, não há provas que possa ocorrer somente por esta via, podendo ocorrer, quando existem lesões ulceradas ou traumáticas na pele. A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples na maioria dos casos. Em contrapartida, o dano neurológico responsabiliza-se pelas seqüelas que podem

surgir. Constitui importante problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo.

A principal fonte de infecção é o doente Multibacilar (MB) das formas clínicas VV; DV; DD; pois apresentam elevada carga bacilar na derma e em mucosas e podem eliminar bacilos no meio exterior. Quando, o indivíduo entra em contato com o bacilo pode adoecer ou não, e se houver adoecimento a primeira forma é a indeterminada, que pode evoluir para uma das três formas da classificação de Madrid (Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana) a depender: da carga bacilar adquirida, da imunidade celular, da capacidade dos macrófagos destruírem o bacilo, da subpopulação dos linfócitos T que vão atuar com suas citocinas e do HLA (Antígeno de histocompatibilidade) que geneticamente determina se o paciente tem ou não suscetibilidade à doença. O tempo de incubação da doença é longo, entre três e sete anos. O bacilo tem predileção por pele e nervos (Sampaio, 2001).

O Brasil ocupa o 2º lugar no mundo em números de casos de hanseníase, com uma taxa de prevalência considerada alta; de 4,33 por 10000 hab., só perdendo para Índia, que apresenta uma taxa de prevalência de 5,25 por 10000 hab. e representa o 1º lugar no mundo, de acordo com os dados da OMS de 1998. A Índia tem uma avançada tecnologia nuclear e o Brasil uma economia cujo PIB está entre os doze maiores do planeta, mas ambas tem em comum, também, uma má distribuição de renda e um número elevado de indivíduos abaixo da linha de pobreza. Aproximadamente, 94% dos casos conhecidos nas Américas e 94% dos casos novos diagnosticados são notificados pelo Brasil. Ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência têm declinado ano a ano, resultado da consolidação do tratamento poliquimioterápico. Entretanto, as taxas de detecção de casos novos têm se mantidas elevadas, e a expectativa é de que só se alcance a meta de eliminação da doença em 2005, quando a prevalência deverá ser inferior a 1,0/10.000 habitantes.

O mal de Hansen constitui grave problema de Saúde pública no Brasil, pela alta prevalência, por ser capaz de causar incapacidade física permanente, e, portanto, em um país endêmico como o nosso, qualquer mancha com distúrbio da sensibilidade, de evolução longa, até que se prove o contrário, é hanseníase e deve ser tratada como tal.

O Brasil apresenta altos níveis endêmicos com distribuição variada nas diferentes regiões. De acordo com os dados do Ministério da Saúde de 2000, enquanto estados como Roraima, Mato Grosso e Maranhão apresentam taxas muito altas de prevalência (acima de 20 casos/10.000 hab.); os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul estão com taxas baixas (de menos de 1 caso/10.000 hab.) e dentro do recomendado pela OMS.

Durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde (OMS), mediante a resolução Who 44.9, aprovou-se em 1991 a meta para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública para o ano 2000, ou seja, reduzir o coeficiente de prevalência da hanseníase para menos de um caso por 10.000 habitantes. Não confundir com erradicação, que é a interrupção completa da transmissão, a incidência passa a ser 0 (zero), o agente causal desaparece e toda fonte de infecção ou infestação é suprimida, porém necessitando do controle e da vigilância à doença.

Em Alagoas, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de 2000, a taxa de prevalência é de 1,46/10.000 hab., considerada pela OMS de média prevalência. A taxa de detecção (casos novos) tem aumentado, pois em 1998 era de 0,73/10.000 hab. e em 1999 subiu para 1,05/10.000 hab., mas muito ainda precisa ser feito para atingir a meta. Mesmo estando numa área endêmica, são poucos os trabalhos preocupados em entender a epidemiologia atual neste estado, inclusive a situação de controle dos comunicantes de hanseníase (Virmond, 1999).

Na abordagem do problema devem ser destacados a quimioterapia específica e o tratamento das reações da hanseníase. Essas são vistas como doença imunológica que pode persistir depois do término do tratamento específico em muitos pacientes. O diagnóstico

precoce da doença e o reconhecimento imediato dos quadros reacionais garantem a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção das incapacidades físicas.

Os comunicantes têm papel fundamental na epidemiologia da hanseníase (Matos,2000;Carrasco & Pedrazzani, 1993;Pinto Neto et alli, 2000), até porque a transmissão acontece , na maioria das vezes, através de contatos diretos e freqüentes com o doente multibacilar. Portanto, é necessário trazê-los para serem examinados e fazer a profilaxia com a vacinação com o BCG (Vacina elaborada para o *Micobacterium tuberculosis* e que resulta numa melhora da imunidade celular).

Pelas normas atuais do Ministério da Saúde – M,S a prevenção consiste no diagnóstico precoce de casos e na utilização do BCG. Para tal recomenda-se o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado. Consideram-se os conviventes do domicílio nos últimos cinco anos. Depois do exame clínico o contato será encaminhado para a aplicação da BCG por via intradérmica. Os contatos sem cicatrizes prévias receberão duas doses de BCG, com intervalo de seis meses entre elas. Aqueles com uma cicatriz irão receber uma dose da BCG.

Este trabalho tem o objetivo de: a) diagnosticar a hanseníase entre os comunicantes intradomiciliares dos pacientes que fazem parte do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário/UFAL, residentes em Maceió, que não comparecem à consulta agendada, através de visitas domiciliares, b) proporcionar o tratamento dos casos novos e c) fazer a profilaxia dos comunicantes sadios através de palestras educativas e da vacina com o BCG.

Metodologia

a) Inicialmente, foi feito o cadastramento dos pacientes cujos comunicantes não comparecem ao ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário/UFAL, a partir de janeiro de 1999 ou que ainda faziam tratamento; registrando: o nome do caso índice, o endereço, número de comunicantes e, se possível, o telefone. Ressaltando a limitação da área de abrangência como o município de Maceió/AL. Os dados foram coletados utilizando o arquivo do programa controle da hanseníase que fica sob os cuidados da enfermeira Lúcia Farias, que também acompanha o tratamento desses pacientes.

b) Foram feitas as visitas domiciliares. Antes de qualquer coisa, foi explicado o projeto e, se de acordo, o participante deste assinava o Termo de Esclarecimento e Consentimento (ver em anexo). Foi, então, aplicado um questionário (ver em anexo) objetivando traçar um perfil do paciente e de seus comunicantes, além de direcionar o exame clínico para a pesquisa da hanseníase. O investigador era acadêmico de medicina (oito acadêmicos a cada seis meses) devidamente treinado e preparado para o exame clínico e possíveis questionamentos dos participantes do projeto, e estavam sob a supervisão e orientação da Dermatologista, Professora e Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase do HU/UFAL, Raquel Patriota C. Bastos. Havendo suspeita da doença, os participantes eram encaminhados para consulta às quartas-feiras, 10h, para uma consulta mais detalhada.

c) No HU/UFAL eram feitas a consulta e exame Dermato-Neurológico e, se fosse necessária, solicitação de exames complementares, como o histopatológico, exame bacteriológico, a bacterioscopia (para avaliar a eliminação dos bacilos), e teste de Mitsuda (para avaliar a resposta imune celular), sem qualquer custo para os pacientes.

d) Confirmado o diagnóstico, o paciente ingressou no Programa e fez uso da Poliquimioterapia (PQT) preconizada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, de acordo com a sua classificação em multibacilar ou paucibacilar.

e) Nos comunicantes sem a doença era feita Educação em Saúde e aplicação da vacinação com o BCG intradérmico (ID), para melhorar a resposta imunológica do tipo

celular. Se o paciente já foi vacinado com o BCG intradérmico ao nascer, recebia uma dose de reforço; caso não tendo sido, além dessa dose, recebia outra, seis meses após o reforço.

Os resultados foram analisados através do programa Epi-Info 6.0, considerando $p < 0,005$.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, seguindo as recomendações da Lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Resultados e discussão

Foram realizadas entrevistas com 104 pessoas, sendo 21 casos índice de hanseníase e 83 comunicantes (nestes foram feitos exames neuro-dermatológicos). No grupo dos casos-índice, a amostra foi composta por moradores de bairros periféricos (à exceção do bairro do Farol), assim distribuída: Clima Bom I (11%), Clima Bom II (5%), Farol (16%), Jacintinho (11%), Santos Dumont (5%), Santa Lúcia (5%), Tabuleiro dos Martins (36%), Tabuleiro Novo (11%). Os indivíduos deste grupo apresentaram a seguinte distribuição etária 0-20 anos (14,3%), 21-30 (28,6%), 31-40 (14,3%), 41-50 (19%) e mais de 50 anos (23,8%); exercendo as seguintes atividades discriminadas na Tabela 1. À época da aplicação dos questionários 76,2% dos pacientes estavam curados, 4,8% apresentavam reação hansênica e 9,5% possuíam seqüelas neurológicas. Dos que acreditam na cura da hanseníase, 76% relacionaram os motivos: avanços da Medicina, consciência de estarem saudáveis e conhecimento de outros pacientes que foram curados.

Tabela 1 – Ocupação dos Casos Índice

OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM(%)
Aposentada	4	19,0
Autônomo	1	4,8
Caminhoneiro	1	4,8
Cobr. de Ônibus	1	4,8
Costureira	1	4,8
Desempregado	1	4,8
Doméstica	1	4,8
Dona de casa	2	9,5
Estudante	3	14,3
Feirante	1	4,8
Frentista	1	4,8
Motorista	2	9,5
Vendedora	1	4,8
Não respondeu	1	4,8
TOTAL	21	100,0

O grupo dos comunicantes foi composto por 83 pessoas, estando assim distribuídas por faixas etárias: 0-10 anos (36,1%), 11-20 (12%), 21-30 (26,5%), 31-40 (10,8%), 41-50 (6%) e mais de 50 anos (8,4%); exercendo ocupações de baixo rendimento salarial (Tabela 2). Estas pessoas mantiveram contato entre poucos meses até 8 anos (Tabela 3), 20,5% não apresentam nenhuma cicatriz por vacinação com o BCG. Questionados os comunicantes se acreditavam na cura da Hanseníase, 55% responderam afirmativamente, justificando-se pelos motivos: confiança na Medicina e o conhecimento de pessoas curadas e informações adquiridas através de meios de comunicação.

Foi diagnosticada hanseníase paucibacilar em uma filha de 57 anos de um paciente de 83 anos, que tinha hanseníase tipo Dimorfa. No momento do exame, a lesão apresentava alteração apenas da sensibilidade térmica. Essa comunicante era analfabeta e não foi ao hospital porque não percebia nenhum sinal ou sintoma da hanseníase. Ela não apresentava nenhuma cicatriz pela vacinação com o BCG intradérmico e foi encaminhada para receber as duas doses (com intervalo de seis meses entre elas).

Tabela 2 – Ocupação dos Comunicantes

OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM(%)
Aposentado	2	2,4
Atendente	1	1,2
Autônomo	1	1,2
Aux. Administrativa	1	1,2
Aux. Enfermagem	2	2,4
Comerciante	1	1,2
Costureira	1	1,2
Desempregado	6	7,2
Doméstica	1	1,2
Dona De Casa	11	13,3
Estudante	27	32,5
Lavadeira	1	1,2
Marceneiro	1	1,2
Mecânico	1	1,2
Motorista	1	1,2
Pedreiro	2	2,4
Pensionista	1	1,2
Professora	1	1,2
Secretária	1	1,2
Segurança	1	1,2
Serviços Gerais	1	1,2
Vendedora	1	1,2
Vigilante	1	1,2
Não Respondeu	16	19,3
TOTAL	83	100

Tabela 3 – Tempo de Contato dos Comunicantes com o Caso Índice

TEMPO (MESES)	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Até 12	12	14,5
13 a 24	17	20,5
25 a 36	3	3,6
37 a 48	10	12,0

49 a 60	2	2,4
61 a 72	1	1,2
73 a 84	4	4,8
85 a 96	4	4,8
Não Respondeu	30	36,1
TOTAL	83	100

Conclusões

Epidemiologicamente, esse trabalho foi importante pela iniciativa de tentar descobrir possíveis focos de transmissão da hanseníase.

Pioneiro no estado de Alagoas serviu como fonte de educação em saúde, permitindo-se desmistificar alguns tabus, inclusive o de que a hanseníase não tem cura. Alguns comunicantes provavam que haviam aprendido a lição quando conseguiam convencer seus familiares, ausentes no momento da visita, a irem ao Hospital.

Foi fundamental a participação dos acadêmicos de medicina que participaram de todo o projeto mesmo sem receber nenhum tipo de bolsa.

Referências bibliográficas

Araújo, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., , v. 36, n. 3, p.373-382, junho 2003

Brasil- MS/FNS/CNDS. Guia de controle da Hanseníase. COMED/ASPLAN/FNS. 2ed, 1994.
CARRASCO, M. A. P. & PEDRAZZANI, E. S. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. Rev. Esc. Enfermagem USP; v. 27, n. 2, p. 214-28, ago.1993.

GONÇALVES, A. Estudo de coorte retrospectiva de hansenianos retratados, com destaque para a poliquimioterapia. Hansen int; v. 25, n. 1, p. 31-8, jan.-jul. 2000.

MATOS, H. J. D. Modelagem de dados Epidemiológicos de contatos de Hanseníase em uma coorte acompanhada na fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, entre 1987 e 1998. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública : Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

PINTO NETO, J. M. & VILA, T. C. S. Características epidemiológicas dos comunicantes da hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993-1997). Hansen. int; v. 24, n. 2, p. 129-136, jul-dez. 1999.

PINTO NETO, J.M. et alli. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão de literatura. Hansen int; v. 25, n. 2, p. 163-176, jul-dez. 2000.

SAMPAIO, S. R. E. Dermatologia. São Paulo: Artes, 2001.

TALHARI, S. Hanseníase: situação atual. An. Bra. Dermatol; v. 69, n. 3, p. 209-215, maio-jun. 1994.

VIRMOND, M. Papel das instituições de pesquisa e ensino em hanseníase no controle e prevenção de incapacidades e reabilitação. Hansen. int; v. 24, n. 1, p. 32-37, jun. 1999.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ ou o responsável, _____ declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa “Prevalência de Hanseníase nos Comunicantes dos Pacientes do Programa de Controle da Hanseníase do Universitário /UFAL” que são : Diagnosticar a doença entre os comunicantes dos pacientes inscritos no programa e tratar os novos casos para que se possa interromper a cadeia de transmissão da doença e prevenir incapacidades físicas como : perda da sensibilidade protetora das mãos e pés, atrofia muscular, mão em garra, pé caído, úlcera perfurante e incapacidade visual; além de fazer a prevenção nos comunicantes através da vacinação com o BCG e esclarecer as dúvidas dos participantes a respeito da hanseníase.

Estou ciente ainda que o tratamento que possa vir a ser feito em mim ou em meu filho é o mesmo defendido pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde e que os efeitos colaterais, como : anemia, urina avermelhada, pele seca, lábios arroxeados e pele pigmentada são mínimos e passageiros, mas se vierem a ocorrer em mim ou em meu filho, o mesmo terá assistência médica adequada.

Concordo em participar da mesma sabendo que os meus dados serão guardados em sigilo e que minhas respostas servirão para estudo e posterior divulgação, auxiliando ao incentivo à prevenção e à eliminação da hanseníase.

Assim sendo, dou meu consentimento, sabendo, também, que posso retirar a qualquer momento este consentimento sem qualquer prejuízo a minha pessoa.

Maceió, ____/____/____

Assinatura

Em caso de dúvida procurar a Dermatologista e Professora Raquel Patriota Cota Bastos, Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase/HU/UFAL, todas as segundas e quartas-feiras úteis pela manhã.

QUESTIONÁRIO

Investigador: _____ Data: ___/___/___
Endereço: _____ bairro: _____

I- Dados do caso índice :

1. Nome: _____ 2. Prontuário/HU: _____ 3. Idade: _____ 4. Data de Nascimento: _____ 5. Ocupação: _____ 6. Número de comunicantes: _____ (Familiares) _____ (Não familiares)
7. Escolaridade: _____ 8. Forma Clínica da doença: _____
9. Baciloscopia: no início do tratamento: _____ no término do tratamento: _____
10. Data de início do Tratamento: _____
11. Abandono de Tratamento: 1- sim () 2- não () 12. Regular: 1- sim () 2- não ()
13. Data do término do tratamento: _____ 4. Esquema de tratamento usado: _____
15. Teve alta por cura? 1- sim () 2- não () 16. Tempo de doença: _____
17. Situação atual:
1- Curado, sem lesão () 2- Reação () 3- Suspeito de recidiva () 4- Sequela neurológica ()
18. A hanseníase tem cura? 1- sim () 2- não () Por quê? _____

II- Dados do comunicante:

1. Nome: _____ 2. Prontuário/HU: _____
3. Idade: _____ 4. Data de Nascimento: _____ 5. Ocupação: _____ 6. Escolaridade: _____ 7. Parentesco: _____ 8. Tempo de contato: _____
9. Cor: 1- leucodérmico () 2- faiodérmico () 3- melanodérmico ()
10. Cômodos no domicílio:
1- sala () 2- quarto () 3- cozinha () 4- banheiro () 5- outro _____
11. Tipo de casa: 1- alvenaria () 2- tábuas () 3- barro () 4- outro _____
12. Renda familiar: 1- meio salário mínimo () 2- um salário () 3- outro _____
13. Mitsuda: 1- positivo () 2- negativo () 3- não realizado ()
14. A hanseníase tem cura? 1- sim () 2- não () Por quê? _____
15. Cicatriz/BCG: 1- uma () 2- duas () 3- nenhuma ()
16. Exame dermatoneurológico:
1- sem lesão hanseniana () 2- com lesão hanseniana () 3- com outra dermatose () 4- não se aplica ()
17. Tipo de lesão:
1- mácula hipocrômica com parestesia () 2- lesão hipocrômica com borda papulosa, eritematosa bem definida () 3- lesão com bordas largas, razoavelmente bem definida, acastanhada e escamosa, centro plano () 4- lesão eritematosa bem definida com borda granulosa bastante elevada e pequenas lesões satélites () 5- placa grande profundamente infiltrada e bem demarcada, com superfície escamosa () 6- lesões em queijo suíço, áreas centrais anestésicas () 7- placa suculenta bastante extensa com área central plana bem demarcada; bordas periféricas descendo e confundindo-se com a pele normal circundante, área central anestésica () 8- lesão eritematosa infiltrada com grande zona central imune anestésica, cujas margens internas tendem a ser mais bem definidas que as margens externas () 9- placas do tipo dimorfa, numerosos e disseminados. Lesões anulares, papulosas e máculas. O centro das lesões maiores apresenta alguma perda da sensibilidade () 10- lesões eritematosas de forma irregular distribuídas bilateralmente; não anestésicas () 11- infiltração

difusa distribuída simetricamente, nódulos, madore ()
Outro _____

18. Número de lesões: 1- menos de 5 () 2- mais de 5 ()

19. Alteração da sensibilidade: 1- térmica () 2- dolorosa () 3- tátil ()

20. Espessamento de tronco nervoso:

1- Auricular () 2- Ulnar D () 3- Ulnar E () 4- Fibular D () 5- Fibular E () 6- Tibial D () 7- Tibial E ()

21. Neurite:

1- Ulnar D () 2- Ulnar E () 3- Fibular D () 4- Fibular E () 5- Tibial D () 6- Tibial E ()

22. Histopatologia:

1- HI () 2- HT () 3- HB () 4- HL () 5- não se aplica ()

23. Baciloscopia: 1- positiva () 2- negativa () não realizada ()

24. Forma clínica:

1- HI () 2- HTT () 3- HBT () 4- HBB () 5- HBL () 6- HLL () 7- neural pura ()

8- não classificado ()

25. Reação: 1- tipo I () 2- tipo II () 3- sem reação ()

26. Tratamento:

1- PQT/PB () 2- PQT/MB/12 doses () 3- PQT/MB/24 doses () 4- ROM () 5- alternativo

27. Encaminhado BCG ID: 1- sim () 2- não () Quantas doses ? _____

28. Educação em saúde: 1- sim () 2- não ()