

Perfil da Hanseníase na micro-região de Rio Claro no período de 1997 a 2006

Dalva C. G. AILY; Silézia D. P. RAMOS, Maria do Carmo G. TALANI
 Instituto Adolfo Lutz – Laboratório Regional de Rio Claro
 dalvacrisaily@hotmail.com

A Hanseníase ainda considerada um sério problema de Saúde Pública, é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, descoberta por Gerhard H. A. Hansen em 1874, em Bergen, na Noruega³. O bacilo atinge a pele, os nervos periféricos, a mucosa do trato respiratório superior, os olhos e outras estruturas, causando sérias incapacidades físicas e sociais, ocasionando deformidades e alterações de sensibilidade que se agravam quanto mais tardio for seu diagnóstico e tratamento².

A transmissão ocorre através das secreções das vias respiratórias e de soluções de continuidade da pele, sendo que o maior risco de contágio é a convivência domiciliar com o doente bacilífero. O período de incubação é variável, ocorrendo geralmente entre dois a sete anos para iniciar os sintomas².

A doença pode ser classificada quanto à forma clínica^{1, 2, 4}, podendo ser:

Indeterminada: que se caracteriza apenas por mancha anestésica, forma inicial da doença, não possui risco de contágio (paucibacilar);

Tuberculóide: há comprometimento dos troncos nervosos, ocasionando alterações na sensibilidade e na coordenação motora, porém não é contagiosa (paucibacilar);

Dimorfa: o comprometimento dos nervos periféricos é mais extenso e o número de lesões é maior, atingindo grandes áreas da pele, sendo contagiosa (multibacilar); e

Virchowiana: a imunidade é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave de atrofia muscular e surgimento de lesões elevadas na pele, é contagiosa (multibacilar).

O diagnóstico da hanseníase é baseado na pesquisa de sensibilidade do doente e no encontro de bacilos álcool-ácido resistentes, nas lâminas coletadas com material linfático, sendo que o diagnóstico precoce é uma das bases para controlar a doença, pois permite o início imediato da poliquimioterapia (PQT), interrompendo a cadeia epidemiológica e evitando os riscos de seqüelas nos pacientes. O tratamento proposto pela PQT baseia-se na administração de um esquema triplice, composto de uma droga bactericida (Rifampicina) e duas bacteriostáticas (Dapsona e Clofazimina); no acompanhamento do tratamento, por meio de supervisão mensal da administração dos medicamentos prescritos, *in loco* e, estreitamento do contato entre equipe de saúde e pacientes, viabilizando as ações de educação sanitária e de prevenção de incapacidades aumentando, com isso, a adesão do doente à terapêutica³.

A separação segura dos pacientes em pauci e multibacilares é realizada por meio da baciloscopia, possibilitando a PQT adequada e preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

O objetivo do trabalho foi conhecer o perfil da hanseníase por meio dos exames realizados no Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Rio Claro (LR-RC), frente ao Programa de Controle da Hanseníase, em Rio Claro e micro-região.

No período de 1997 a 2006 foram analisadas 902 amostras de material linfático coletado de diferentes sítios do corpo (lesão cutânea, lóbulo de orelha e ou cotovelo). Os esfregaços colhidos dos pacientes atendidos nos Centros de Saúde de Rio Claro e região, foram encaminhados ao LR-RC para realização dos

Tabela 1: Distribuição por ano e sexo dos casos suspeitos de hanseníase pesquisados pelo IAL - Laboratório Regional de Rio Claro, período de 1997 - 2006

Resultado	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Diagnóstico	31	32	24	28	35	26	48	42	33	26	46	23	21	25	30	32	31	25	21	17	320	276
Controle	31	14	21	12	32	13	31	22	13	10	12	07	17	09	10	03	06	02	05	06	178	098
S/Informação	02	04	02	02	04	02	06	01	02	00	00	01	00	01	00	00	01	02	00	00	017	013
Total p/ sexo	64	50	47	42	71	41	85	65	48	36	58	31	38	35	40	35	38	29	26	23	515	387
Total p/ ano	114		89		112		150		84		89		73		75		67		49		902	

exames de baciloscopia para hanseníase, onde foram corados pelo método de Ziehl-Neelsen e a quantificação de bacilos efetuada pela escala logarítmica de Ridley.

Das 902 amostras analisadas, 596 (66,1%) foram utilizadas para diagnóstico, 276 (30,6%) para os casos controle e 30 (3,3%) inicialmente sem informação quanto a diagnóstico e ou controle; sendo que o maior número destes exames ocorreu de 1997 a 2000, indicando maior demanda nesse período (Tabela 1).

Quanto ao sexo, observamos que 515 (57,1% dos casos suspeitos) foram do sexo masculino e 387 (42,9%) do sexo feminino.

Em relação a faixa etária, 7% dos pacientes apresentaram idade menor ou igual a 20 anos, 31,7% entre 21 a 40 anos, 39% de 41 a 60 anos, 19,9% acima de 60 anos e 2,4% não informaram.

Dos 596 casos suspeitos de hanseníase pesquisados, 92 (10,2%) foram diagnosticados como positivos sendo, 76 (82,6%), com índice baciloscópico (IB) igual a 1+/2+/3+ e, 16 (17,4%), com IB igual a 4+/5+, indicando que no município de Rio Claro e micro-região o diagnóstico de hanseníase não é tardio, com uma pequena porcentagem de pacientes multibacilares que transmitem o bacilo.

Este estudo demonstra o comprometimento do LR-RC com o Programa de Controle da Hanseníase, por meio da realização dos exames de baciloscopia, contribuindo para a classificação da doença, possibilitando a correta administração do PQT e auxiliando no perfil epidemiológico da doença em Rio Claro e sua micro-região.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa, P. Hanseníase – O Mal da Idade Média – **Rev. Saúde Pública** - São Paulo. 3 (4): 12-13, 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de Controle da Hanseníase**, 2ª ed., Brasília. 1994.
3. Opromolla, D.V.A. et al. **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000, 121p.
4. Talhari, S. e Noves, R.G. **Hanseníase. Dermatologia Tropical**. 3ª ed.; Manaus: Gráfica Tropical, 1997, 167 p.