

DISCUSSÃO DE ALGUNS ASPECTOS DA PADRONIZAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE NA TÉCNICA DO TESTE DE MITSUDA

Nira Lidia A.R. HERNANDEZ*
Sandra M.O.O. NITRINI**
Alice M. DERNTL**

RESUMO - Os profissionais dos serviços de saúde (das unidades de saúde do Município de São Paulo) responsáveis pela aplicação e leitura do teste de Mitsuda realizam esta atividade de diferentes maneiras. Este trabalho apresenta algumas alternativas para o processo de padronização do pessoal de saúde que executa o teste de Mitsuda, principalmente no que se refere aos aspectos de leitura e aplicação, visando garantir a homogeneidade do procedimento.

Palavras-chaves: Teste de Mitsuda. Padronização. Hanseníase.

1. INTRODUÇÃO:

Estima-se que o número de doentes de hanseníase no mundo ultrapasse 10 milhões^{1,3,4}. O país com maior número de casos é a Índia, com cerca de 4 milhões de doentes⁷. A América do Sul concentra cerca de 3% dos casos, dos quais 85% encontram-se no Brasil. Nosso País com 230.000 doentes registrados, é atualmente o quarto no mundo em número de casos, somente superado pela Índia, Birmânia e Nigéria³.

A distribuição da hanseníase no Brasil é heterogênea, havendo desde áreas de baixa endemicidade até regiões hiperendêmicas, com características de prevalência superiores a 10 por mil habitantes, como o Estado do Amazonas^{3,6}.

Admite-se, hoje, que um programa de controle da hanseníase deva centrar-se na busca aturada casos incipientes, visando o diagnóstico e tratamento precoces, prevenindo, portanto, o aparecimento de novos focos de infecção. Nesse contexto, o teste de Mitsuda deve ser utilizado em pacientes que apresentem hanseníase na forma indeterminada, com vistas à inclusão desses pacientes nos grupos "paucibacilar" ou "multibacilar", para efeito de tratamento. É útil ainda como teste complementar em pacientes de difícil classificação, como os dimorfos^{4,1}. Pode ainda ser utilizado como auxiliar no diagnóstico de entona nodoso de etiologia hanseniana, onde um resultado negativo do teste afasta essa

*Pós-graduanda do Departamento de Prance de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Av. Dr. Arnaldo, 715- São Paulo - SP. - CEP 01255-090) **Professor Doutor do Departamento de Pratica de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

etiologia.

O Teste de Mitsuda consiste na aplicação intradérmica de um antígeno bacilar (Mitsudina) no antebraço direito, e a interpretação do "resultado" é feita por palpação e mensuração da reação local após 28 dias.

Por ser o Mitsuda utilizado na rotina dos programas de controle da hanseníase, configura-se a necessidade de que alguns padrões técnicos sejam observados. Diversos aspectos devem ser estudados, tais como: o antígeno, a técnica de aplicação, a leitura e os critérios para interpretação dos resultados, para que a qualidade final da técnica seja aceitável.

O antígeno utilizado nas Unidades de saúde é produzido pelo Instituto Aatualfo de Paiva, no Rio de Janeiro, a partir de hansenomas humanos, conforme o método padronizado de produção da Mitsudina 5. Segundo tem sido observado, o número de testes aplicados na rotina das Unidades é pequeno, geralmente cerca de 10 e dificilmente ultrapassando 20 por mês. Dessa forma, cada frasco de Mitsudina é suficiente para cerca de 2, 3 ou 4 meses, já que contém 50 doses por frasco (quadros 1 e 2).

Verificou-se, através de visitas a algumas Unidades de Saúde do Município de São Paulo, que o pessoal responsável pela aplicação do teste é heterogêneo, compreendendo desde os próprios médicos dermatologistas até atendentes treinados na própria Unidade, que muitas vezes vêm realizando esse procedimento há muitos anos, sem qualquer atualização técnica. Encontramos ainda auxiliares de enfermagem e até enfermeiros realizando o teste de Mitsuda utilizando o mesmo procedimento técnico padronizado para aplicação do teste tuberculínico.

Evidencia-se a variedade dos procedimentos utilizados na execução do teste, especialmente no que se refere aos aspectos técnicos de aplicação, leitura e critérios de interpretação (quadros 1 e 2).

Uma estratégia possível para que o Teste de Mitsuda seja uniforme seria o treinamento e padronização do pessoal envolvido na sua execução (quadros 1 e 2).

2. DISCUSSÃO:

Diante disso, surgem algumas alternativas para o processo e padronização de pessoal que executa o teste, particularmente no que se refere aos aspectos de aplicação e leitura do teste, objetivando garantir a homogeneidade do procedimento:

1) Inclusão do teste de Mitsuda nos treinamentos do teste tuberculínico (já implantado nas Unidades de Saúde). Dessa forma, o indivíduo estaria sendo capacitado para ambas as técnicas, sem modificar demasiadamente a estrutura desse treinamento, já definida.

2) Formação de grupos de multiplicadores da técnica do teste de Mitsuda, possivelmente enfermeiros, já que são eles geralmente os responsáveis, no atual Sistema de Saúde, pela capacitação do pessoal de enfermagem das Unidades de saúde. Esse grupo, uma vez constituído, poderia ser responsável tanto pela formação de novos multiplicadores como pelo assessoramento de novos treinamentos, além de poder realizar diretamente a capacitação do pessoal auxiliar, responsável pelo teste rotineiramente.

3) Aproveitamento de pessoal atualmente já treinado na técnica do teste tuberculínico. Esse pessoal, após um pequeno preparo para adaptar-se à técnica de Mitsuda, já que as técnicas são semelhantes, poderia assumi-lo na rotina. Cumpre destacar que, em algumas Unidades de Saúde, essa prática já tem sido observada.

Caso não seja possível nenhuma das alternativas propostas, sugere-se a concentração do teste de Mitsuda em centros de referência, limitando-se portanto os treinamentos ao pessoal dessas unidades (quadros 1, 2).

Uma vez definido o problema, sugere-se o estudo da viabilidade de aplicação das opções de padronização de pessoal apresentadas, adequando-se os recursos humanos disponíveis às necessidades identificadas nos serviços de saúde, para então atingir-se o padrão técnico desejado por qualquer procedimento da área de saúde.

QUADRO 1 . Aspectos técnicos do teste de Mitsuda por autor e ano

AUTOR	ANO	DOSE	VIA	LEITURA	LOCAL
Hayashi, Y. ²	1918	0,1 cc	cutânea	-	superf. flex. braço
Mitsuda	1919	0,05a 0,07cc	intradérmica (10)	24hs;20-24dias	face int. braço esquerdo, livre de infiltrações
Marian ³⁶	1924	- - ..	ID escarificação intramuscular	- - -	
Bargehr ²	1g	-	escarificação	-	
DeVogel ¹⁰	1929	-	escarificação	-	
Rao ⁶⁰	1922	0,1 cc	ID	4a24hs	face vedral ante braço
Hayashi, F. ²⁰	1933	-	ID	8º, 16º e 24º dias	-
Mui ⁴⁹	1933	0,2cc	ID	semanal até 62sem	-
Rotberg ⁶³	1937	0,1 cc	ID	30 dias	parte frontal da coxa, braço (certos casos)
Rodrigues ⁶²	1938	- -	ID patchtest subcutânea(SC)	72,142e212dias 24 hs até 32sem. -	Região interescapular
Mendes&Castro ³⁸ Cerqueira ³⁸	1939	diversas	ID	Períodos livres	antebraço D+E, pema, peito, coxa, braço, dorso
Fanandez ¹⁵	193g	1 a 1,5 cc	SC	24hs	-
Fernandez ¹⁴	1940	-	ID	24-72 hs	-
Serviço Nacional da Lepra ³⁰	1943	0,1 cc	ID, em casos especiais SC	precoce:48hs tardia:20-30dias	inter-escápulo-verbabral antebraço
Mon ⁴⁸	1944	0,1 cc	ID	precoce:48hs tardia 21 dias	face ant. braço e ante-braço, plano ant, abdômen para dúvidas
Raez ⁵⁸	1945	-	ID	precoce48hs tardia30e+dias	face int. do braço -
Mom ⁴⁷	1947	0,1 cc	ID	precoce:48hs tardia:21-30	antebraço, braço, região escapular, abdômen
Convit ⁹	1975	0,1 cc	-	precoce:48hs tardia 30dias	face anterior do braço e antebraço
Taller& Neves ⁷²	1984	-	..	4ªsemana	-
MS-DNDS ⁴³	1932	0,1 cc	ID	precoce:24a72hs tarda:21-28dias	peleção da face ant. antebraço D

QUADRO 2 - Classificação dos resultados da leitura dos testes de Fernandez (precoce) e de Mitsuda (tardio), segundo autor e ano

RESULTADOS							
AUTOR	ANO	NEGATIVO	ÚJVIDOSO	POS.(+)	POS.(++)	PCS.(+++)	OBSERVAÇÕES
Hayashi ²¹	1918	neg.	-	pos.	-	-	-
Mitsuda ²²	1919	neg.	-	< 1 cm (fraco)	1 a 2 cm (moderado)	> 2 cm (forte)	-
Mariani ²³	1924	neg.	r. moder. em +/- 6 dias	r. vivaz em +/- 10 dias	grau máx. em +/- 25-40 dias	-	-
Berghe ²⁴	1926	neg.	-	pos.	-	-	-
De Vogel ¹⁰	1929	neg.	-	pos.	-	-	-
Fear ²⁵	1932	neg.	-	elevação e vermelhidão < 10 mm	11 a 20 mm	21-30 mm	> 30 mm pos. (++++)
Hayashi ²⁶	1933	leve eritema por 2 a 4 d, até 8 dias	-	áreas infiltradas de 0,3 a 0,5 cm	0,5 a 1,0 cm	> 1,0 cm	-
Muir ²⁷	1933	nenhuma reação	leve erit. pele leve e elevada	pele elevada, eritema e endu-ração > 5 mm	idem, endureção > 10 mm	idem, com pustulização no centro	-
Rotberg ²⁸	1937	0 a 0,5 cm	4 a 6 mm	> 0,5 cm	-	-	r. precoce
Rodriguez ²⁹	1938	nenhuma reação	leve erit. leve endur.	> 5 mm	> 10 mm	> 10 mm ou com pustulização	r. tardia
Fernandez ¹⁴	1940	neg.	-	pos.	-	-	-
SNL ³⁰	1943	ausência de reação	ligeira reação papul ou modular (fracam. pos.)	reação papul. ou modular de proporções médias ou c/ ulberação (pos.)	reação papul. ou nodular de proporções médias ou c/ ulberação (pos.)	reação papul. ou nodular grande c/ ulberação (fortem. positivo)	-

QUADRO 2 - Continuação

RESULTADOS							
AUTOR	ANO	NEGATIVO	DUIDOSO	POS.(+)	POS.(++)	POS.(+++)	OBSERVAÇÕES
Mom ¹⁸	1944	neg. neg.	- fracam. pos. 3-5 mm sem nódulo, progres. e persist.	10 a 20 mm 5-10 mm c/ amolecim. e ulcer. centr.	+20 mm +10 mm c/ amolecim. e ulcer. centr.	- -	r. precoce r. tardia
Raez ¹⁹	1945	s/reação	leve papula	nódulo (pos.)	ulceração	-	crit. de S. Campos
Mom ¹⁷	1947	s/reação ou ligeiros traços 1 a 3 sem.	infiltr. minúsc. eri- tema-violác. ou erit. persist. 5 sem.	infiltr. de 0,3 a 0,5 cm (pos. frac)	infiltr. nod. > 10 mm ou < c/ulcer. (pos. muito forte)	-	
Chaussi- Nard ¹	1948	r. até 0,3 cm	infiltr. 0,3 a 0,5 cm	infiltr. 0,5 a 1,0 cm	infiltr. nod. > 1,0 cm ou < c/ulcer.	-	
Azulay ¹	1960	s/reação local de 1 ^a a 4 ^a s.	leve infiltr. difícil de detectar < 3 mm (+/-) < 3 mm	infiltr. nod. > 5 mm (moderada pos.)	infiltr. c/ulceração (fort. pos.)	-	crit. VI Congr. Int. Leprol. 1953
OMS ²⁰	1970	0=s/reação	-	nódulo 3-5 mm	nódulo 6-10 mm	nódulo > 10 mm	r. tardia
Corvif ¹⁹	1975	neg. neg.	1 a 3 mm	10-15 mm 5-7 mm	16-20 mm 8-10 mm	> 21 mm > 11 mm	r. precoce r. tardia
Talhari & Neves ²²	1984	s/reação	-	lesão eritemato- papul. de 3-5 mm (fracam. positivo)	lesão papulosa 6- 10 mm (fracam. pos.)	10 mm ou + ou ulceração	-
MS-DND ²³	1989	s/reação erit., edema ou erit. c/edema < 5 mm	tubérculo < 5 mm	r. eritemato edemat. de 5 a 10 mm	r. eritemato edemat. de 11 a 15 mm	r. eritemato edemat. > 16 mm	r. precoce
		ausência tubérculo		tubérculo 5 mm ou +; ulceração	-	-	r. tardia

ABSTRACT- *The workers of health services São Paulo city health unities) responsible for the application and lecture of Mitsuda's test perform this activity from different ways. This work presents some alternatives of the standardization process for health services workers which perform the Mitsuda's test mainly on the aspects of aplica tion and lecture, aiming the accurance of homogeneous proceeding.*

Key Words: *Mitsuda test. Standardization. Leprosy.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CERISOLA, F.G. de *C..La lepra en la actualidad*. 2. ed., Madrid, A.G. GRUPO, 1990.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase**. Brasília, Fundação Nacional de Saúde. CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia, 1990.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de Integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, DNDS/NUTES, 1989.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Expert Committee on Leprosy. Geneva, 1987. **Sixth Report**. Geneva, 1988. (WHO Technical Report Series, 768).
5. REGLES de sécurité recommandées pour la préparation de la lépromine: Mémoire OMS. **Bull. Md. Hith. Org.**, **58**(2): 275-77, 1980.
6. SANSARRICQ, H.. Leprosy in the world today. **Leprosy Rev.**, **52**(suppl. 1): 15, 1981.