

Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos

The use of active case finding in leprosy: a report of an experience in the detection of new cases

Joel Carlos Lastória¹Maria Stella de Mello Ayres Putinatti²

Resumo

A busca ativa em alguns municípios da DIR VIII, de Assis, SP e no Distrito de Vitoriana, Botucatu, SP, da DIR-XI, de forma periódica, nos últimos três anos, propiciou o diagnóstico de 18 casos novos de hanseníase. Destes, 10 (55,55%) eram paucibacilares, sendo que quatro (22,22%) eram comunicantes intradomiciliares, dois (11,11%) deles, menores de 15 anos; oito (44,44%) eram multibacilares, sendo dois (11,11%), comunicantes intradomiciliares. Importante salientar que três (16,66%) dos pacientes eram da forma indeterminada e, entre os municípios avaliados, três eram considerados silenciosos há mais de três anos. Os autores chamam a atenção para a importância das atividades de busca ativa, assim como de exames dermatoneurológicos mais minuciosos dos comunicantes intradomiciliares.

Palavras-chave: hanseníase; busca ativa; detecção; comunicantes.

Introdução

A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que é capaz de infectar um grande número de indivíduos. No entanto, poucos adoecem, provavelmente devido à baixa patogenicidade do bacilo e à resistência individual¹⁻³. É uma doença endêmica no Brasil e deve-se fazer o diagnóstico e iniciar tratamento o mais precocemente possível, evitando-se aspectos como evolução da doença, aparecimento de possíveis seqüelas e diminuindo-se o tempo de exposição e contágio a comunicantes⁴⁻⁷. Por esses motivos, os autores têm a preocupação da busca de casos, visando a possibilidade de interrupção da cadeia de transmissão⁸.

Tendo em vista a meta da eliminação da hanseníase, ou seja, reduzir sua prevalência para menos que um doente a cada 10 mil habitantes, que o Brasil se comprometeu atingir até 2005, várias medidas têm sido adotadas para diagnosticar o maior número de doentes, entre elas, a ampla divulgação em campanhas educativas sobre a doença, desencadeadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde^{9,10}. Para detectar o maior número de casos, nas áreas de alta prevalência, alguns autores recomendam a busca ativa na população em geral^{11,12} ou em população considerada de risco^{13,14}. Figueiredo e Silva¹⁵, em 2003, em estudo epidemiológico realizado em São Luiz, Maranhão, Brasil, observaram tendência ao aumento do número de casos de hanseníase, principalmente entre as idades de 15 a 19 anos, concluindo pela necessidade de busca ativa da doença nesta população. No entanto, embora haja a indicação, as propostas da realização de busca ativa para a detecção de novos casos de hanseníase não são efetivamente seguidas de real atuação nesse sentido. A idéia de se detectar novos casos como fator extra à procura dos serviços de saúde, de forma espontânea pelos

Recebido em 15/08/2003. Última correção em 17/07/2004. Aceito em 19/07/2004

Correspondência: Prof. Dr. Joel Carlos Lastória. Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Rubião Jr. s/nº - Botucatu/SP CEP 18618-000. Tel-fax: (14) 3811-6015. lastoria@fmb.unesp.br

¹ Prof. Dr. do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

² Médica, Mestre em Saúde Pública; Diretora do Deptº Técnico de Saúde da DIR VIII, de Assis, SP. mstellamap@hotmail.com.br

doentes ou pelo diagnóstico casual em consultas médicas de outras especialidades, nos pareceu bastante atraente. Assim, considerando como fator contribuinte, os autores realizaram a busca ativa em alguns municípios, com o objetivo de detecção de casos novos de hanseníase.

Material e Métodos

Inicialmente, após o interesse das Secretarias Municipais de Saúde de Ipaussu e de Chavantes, SP, realizou-se um curso sobre hanseníase a profissionais de saúde em Chavantes. Houve grande motivação e interesse a respeito da doença, surgindo a idéia da realização de exames dermatológicos voltados para o diagnóstico da hanseníase na população. Assim, realizou-se busca ativa para a detecção de casos de hanseníase em cinco Municípios do Estado de São Paulo, a saber: Bernardino de Campos, Chavantes, Ibirarema, Ipaussu e São Pedro do Turvo, integrantes da Direção Regional de Saúde de Assis, São Paulo (DIR VIII) e no distrito sanitário de Vitoriana, do Município de Botucatu, São Paulo, integrante da DIR XI. A população, no sentido de esclarecimento sobre lesões cutâneas que pudessem ser suspeitas de hanseníase, foi orientada a comparecer às consultas conforme as possibilidades locais da existência de diferentes órgãos de divulgação como rádios, TV, carros de som, panfletos e reuniões explicativas em escolas, igrejas, clubes de serviço e rede de combate ao câncer, além da própria campanha estadual de combate à hanseníase. Na seqüência da propaganda da campanha nacional de combate à hanseníase na mídia, os casos suspeitos, provenientes dos municípios acima citados, foram devidamente avaliados e triados por profissionais de saúde, nos seus municípios de origem e encaminhados, em data específica, para os municípios de referência: Chavantes, Ipaussu e Botucatu. Todos os pacientes, à medida que eram diagnosticados ou suspeitos de serem portadores de hanseníase, eram encaminhados ao Ambulatório de Referência da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, para exames clínicos e confirmação diagnóstica. Após a primeira avaliação global, manteve-se, de modo ininterrupto, o sistema de triagem dos casos suspeitos, que eram encaminhados aos locais de referência e examinados, com intervalos de 60 a 90 dias, quando foram examinados todos os pacientes com lesões cutâneas suspeitas de serem compatíveis com hanseníase, em todo o período de 2000 a 2002.

A classificação dos pacientes diagnosticados obedeceu a critérios clínicos, histopatológicos, imunológicos e bacterioscópicos, de acordo com os estabelecidos pelo VI Congresso Internacional de Leprologia¹⁶, Madri, 1953. Em seguida, foram classificados, de acordo com as normas operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em paucibacilares (PB) e multibacilares (MB)⁹.

Os diagnósticos clínicos foram acompanhados de testes para a verificação da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil e prova da histamina.

Realizou-se coleta de material para baciloscopia, de acordo com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde¹⁷. O material foi analisado no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, Brasil.

Realizou-se biópsia cutânea para exame histopatológico, cujos materiais foram corados pela Hematoxilina-Eosina e Fite-Faraco^{18,19}.

Resultados

Foram examinados, no período de três anos, cerca de 1070 indivíduos que apresentavam algum tipo de lesão de pele. Entre estes, motivados pelas chamadas, alguns casos suspeitos que não haviam comparecido anteriormente na Unidade de Saúde de origem se apresentaram espontaneamente, na data marcada e nos locais de referência, sem mesmo terem passado pela avaliação prévia realizada pelos profissionais de saúde. Ao final desse período, detectaram-se 18 (1,68%) novos casos, confirmados clínica e laboratorialmente. No ano de 2000 foram detectados quatro casos, em 2001, cinco e, em 2002, nove, distribuídos de acordo com a tabela 1.

Observa-se na tabela que três (16,66%) pacientes eram da forma indeterminada (I), sete (38,88%) da tuberculóide (T), seis (33,33%) da dimorfa (D) e dois (11,11%) da virchoviana (V). Portanto, 10 (55,55%) dos pacientes foram diagnosticados como paucibacilares (PB) e oito (44,44%) como multibacilares (MB).

Entre os pacientes PB diagnosticados como forma T, dois eram menores de 15 anos.

A reação de Mitsuda nos pacientes da forma I resultou positiva 2+ em dois e negativa em um deles; nos da forma T, variou de 2+ em cinco pacientes a 3+ em três; nos da forma D, variou de negativa em quatro pacientes a positiva 1+ em dois; nos da forma V, foi negativa nos dois pacientes.

Em relação a baciloscopia, de acordo com a própria classificação, foi negativa nos PB e positiva nos MB.

Comentários

A busca ativa faz parte do programa da Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁰ e do Serviço de Superintendência de Saúde Coletiva para o programa de eliminação da hanseníase. Nesta, consta como atividade de busca ativa, a identificação de sintomáticos dermatológicos na clientela dos serviços de saúde. Por outro lado, alguns autores recomendam a busca ativa, como forma de profilaxia da hanseníase, para áreas de alta prevalência ou para o controle de abandonos e de

Tabela 1. Distribuição dos casos diagnosticados, de acordo com a localidade e formas clínicas.

Município	Formas Clínicas				Classificação Operacional		Total
	I	T	D	V	PB	MB	
Bernardino de Campos	2	1	2	1	3	3	6
Chavantes	1	2	2	1	3	3	6
Ipaussu	-	1	-	-	1	-	1
São Pedro do Turvo	-	1	2	-	1	2	3
Ibirarema	-	2	-	-	2	-	2
Vitoriana	-	1	-	-	1	-	1
Total	3	7	6	2	10	8	18

Nota: O Distrito de Vitoriana, do Município de Botucatu, foi apresentado isoladamente na tabela por pertencer a uma Região de Saúde diferente da DIR VIII.

comunicantes ou, ainda, para população de alto risco^{11-14,21}. A realização do presente trabalho de busca ativa de pacientes de hanseníase não levou em consideração estas características epidemiológicas e baseou-se no interesse demonstrado pelas equipes de saúde desses locais, após a realização de dois cursos e treinamentos multidis-ciplinares sobre hanseníase. A escolha da região foi sugerida por ser o local de trabalho dos autores e desses profissionais, associado ao fato de haver na região, municípios que não apresentavam casos de hanseníase. O sistema baseado na triagem dos casos suspeitos e encaminhamento dos mesmos aos locais de referência, para exames clínicos, com intervalos de 60 e 90 dias, permitiu que o processo se tornasse ininterrupto em todo o período avaliado, de 2000 a 2002. Embora a equipe de saúde não tenha ido aos locais de origem dos pacientes, como suas casas ou trabalhos, houve uma chamada à população, independente de qualquer campanha oficial e por puro interesse e iniciativa dos profissionais de saúde envolvidos. As pessoas que apresentassem qualquer tipo de lesão cutânea que pudesse ser suspeita de hanseníase, deveriam comparecer a locais de atendimento de saúde para esclarecimentos. Utilizou-se para essa convocação, os veículos de comunicação disponíveis nessas localidades. Os autores entendem que essa forma de atuação, além de outras, como visitas domiciliares, utilização de agentes comunitários, do atual programa de saúde da família e campanhas educativas, pode ser perfeitamente qualificada como forma de busca ativa de casos, uma vez que o objetivo final é a identificação de sintomáticos dermatológicos, ou seja, de novos casos de hanseníase.

Detectaram-se, após busca ativa, 18 casos de hanseníase, sendo dez (55,55%) classificados como PB e oito (44,44%)

como MB. Houve um predomínio das formas PB, dados que estão de acordo com os observados por alguns autores¹² e no Brasil, de modo geral. No entanto, não estão de acordo com os resultados observados por outros autores, onde o predomínio ocorreu nas formas MB⁴.

A presença das formas multibacilares reflete a demora no diagnóstico. Estes números mostram que as formas de acesso utilizadas foram eficazes, uma vez que cerca de 1070 indivíduos compareceram para esclarecimentos sobre suas lesões cutâneas. Por outro lado, esse tipo de atuação detectou 18 novos casos de hanseníase, os quais, sem essa metodologia, poderiam levar muito mais tempo para procurarem um serviço de saúde e serem, então, diagnosticados. Assim, esse método de busca ativa pode propiciar a diminuição de prevalência oculta, ou seja, de portadores da doença ainda não diagnosticados⁵.

Entre os pacientes, dez eram PB e oito MB. Embora a maioria dos pacientes (83,33%) apresentasse formas já polarizadas, em acordo com a literatura^{6,7,22,23}, houve detecção, importante, de três (16,67%) casos da forma I, objetivo maior no diagnóstico da hanseníase. Vale dizer que os casos já polarizados, sem exceção, não apresentavam incapacidade de qualquer grau. É possível que se estas ações fossem realizadas com maior frequência e em maior número de localidades, muitos casos iniciais poderiam ser descobertos, diminuindo, portanto, as possibilidades de seqüelas e de transmissão da doença.

Um dos indicadores mais sensíveis em relação à situação de controle da hanseníase é o percentual de casos em jovens²⁴. No presente estudo, dois pacientes diagnosticados pertenciam à faixa etária abaixo de 15 anos, o que poderia indicar infecção

em idade precoce e alta prevalência^{2,9,24,25}. Isso significa que essas crianças foram infectadas muito cedo e que o processo de infecção foi intenso. Nesse sentido, faz-se necessário o monitoramento dessa área que tem esse importante indicador da magnitude do processo de transmissão da doença^{26,27}. Assim, entre os 18 casos de hanseníase estão duas crianças, irmãos, de 9 e 13 anos, ambos pertencentes à forma T e, portanto, já polarizados. Estes dados estão de acordo com a maioria dos autores que admitem que há predominância das formas paucibacilares em menores de 15 anos^{24,28,29}.

Devido à transmissão da doença ocorrer de indivíduo para indivíduo, os contatos intradomiciliares constituem-se em fator de risco importante e, classicamente, os programas de controle da hanseníase priorizam a vigilância desse grupo. Após a identificação dos novos casos, os autores se preocuparam em realizar a busca ativa de comunicantes. No presente estudo, os autores consideram o fato de que os dois casos ocorridos em menores de 15 anos eram comunicantes intradomiciliares de três casos MB, a saber: mãe e avô, da forma V, já tratados e tia, da forma D, em fase final de tratamento. Outros dois casos eram da forma I. Interessante observar que um desses pacientes foi descoberto em uma das buscas ativas e, em seguida, na avaliação de comunicantes, descobriu-se a esposa, portadora da forma D e, portanto, ainda não diagnosticada e sem tratamento. O outro paciente da forma I também era comunicante intradomiciliar da filha, portadora da forma D, já tratada. Outros dois pacientes, da forma D, eram comunicantes, respectivamente, de pai e tio portadores da forma V, também já tratados.

Acreditamos, assim, não ser menos importante o fato de seis pacientes serem comunicantes intradomiciliares, demonstrando que esse tipo de ação pode descobrir focos de transmissão da doença e corrigir algumas possíveis distorções ou falhas na avaliação e seguimento de comunicantes.

A DIR VIII, de Assis, conta com 25 municípios, sendo responsável por cerca de 440.000 habitantes. O coeficiente de detecção encontrado no período de três anos, levando-se em consideração apenas a avaliação da soma das populações destes municípios da DIR VIII e excluindo-se o Distrito de Vitoriana, foi de 3,20 (com 17 casos em 53.022 habitantes). No entanto, o período avaliado foi de três anos, sendo detectados quatro casos em 2000, cinco em 2001, e oito em 2002, correspondendo, respectivamente, aos coeficientes de detecção de 0,75, 0,94 e 1,50. Esses resultados mostram que nestas localidades, em conjunto, houve um aumento no coeficiente de detecção, ano a ano, confirmando os dados das séries históricas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e do Ministério da Saúde⁹ e demonstrando a importância da busca ativa.

Considerando-se os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a prevalência da hanseníase (menor que um doente/10.000 habitantes), esses coeficientes de detecção podem ser considerados de boa amplitude para os anos de 2000 e 2001 e de média amplitude para o ano de 2002⁹. No entanto, não se pode concluir com precisão acerca dos níveis de detecção, pelo fato de serem, isoladamente, municípios com menos de 20.000 habitantes e, portanto, passíveis de distorções, caso sejam analisados separadamente³⁰. Segundo Nogueira³⁰, 2002, municípios com menos de 20.000 habitantes podem apresentar noções distorcidas, uma vez que um ou dois casos novos detectados podem produzir interpretação errônea e serem considerados como possuidores de alto coeficiente de detecção. Assim, considerou-se apenas a detecção da região avaliada. Os autores sugerem que talvez essa seja uma forma de se eliminar esse problema, ou seja, fazer a avaliação do coeficiente de detecção por DIR e não por município, uma vez que ela é responsável por toda a população da sua área de abrangência, certamente superior a 20.000 habitantes. Além disso, as regiões, em geral, apresentam uma certa homogeneidade nos fatores sócio-econômicos e culturais.

Fazendo-se a análise epidemiológica referente à cadeia de transmissão em três dos municípios citados, respectivamente, Chavantes, Ipaussu e São Pedro do Turvo, observou-se que estavam em situação de municípios silenciosos há pelo menos três anos, fator que pode também ser minimizado por esse tipo de ação. Cabe, nesse momento, o questionamento do porquê da ausência de detecção de casos nesses locais. De acordo com os resultados do presente trabalho, os autores sugerem a extensão desse tipo de abordagem para outras áreas.

Com esses dados, os autores reforçam a importância das atividades de busca ativa e exame minucioso de todos os comunicantes de pacientes em tratamento e salientam, ainda, que este tipo de atuação pode detectar casos nas formas iniciais da doença, como constatado no presente trabalho. Todos esses motivos justificam, também, o investimento em treinamentos e atualização dos profissionais da área de saúde e educação, com o intuito de melhor e mais cedo se diagnosticar a hanseníase.

Assim, os autores consideram que a importância desse tipo de atuação se deposita em diversos fatos observados no presente trabalho, que merecem destaque: interesse e preocupação da população em relação à doença, demonstrados pelo comparecimento; detecção de 18 casos novos de hanseníase, sendo três da forma I e dois ocorrendo em menores de quinze anos; seis casos que apresentavam comunicantes intradomiciliares; detecção de casos em municípios tidos como silenciosos; detecção, até certo ponto, precoce, uma vez que não apresentavam seqüelas; haver despertado o interesse desse tipo de atuação nos profissionais de saúde.

Abstract

During hanseniasis assessment in five cities of DIR VIII of Assis, SP and in Vitoriana, adistrict of Botucatu, SP, over the last three years, 18 new cases of hanseniasis were detected. Ten (55,55%) were paucibacillary; six (33%) were household contacts of hanseniasis patients and two (11%) were below 15 years of age. In three of the evaluated cities there was no case of hanseniasis

detected during the three years before the survey (epidemiologic silence). The authors want to bring to attention that screening campaigns are very important and that there should be a better dermatological examination of household contacts of hanseniasis patients.

Key words: leprosy; assessment; household contacts; detection.

Referências Bibliográficas

- 1 Rees EJPW, Young DB. The microbiology of leprosy. In: Hastings RC. Leprosy. 2ed. Edimburg: Churchill Livingstone, 1994. p.45-86.
- 2 Talhari S. Hanseníase. In: Talhari S, Neves RG. Dermatologia tropical. 3ed. Rio de Janeiro: Medsi,1997. p.1-167.
- 3 Opromolla DVA. Noções de hansenologia. Bauru/SP. Centro de Estudos Reynaldo Quagliato, 2000.
- 4 Kaneko KA, Zambon VD, Pedrazani ES. Casos novos de hanseníase na região de São Carlos, SP, 1983-1988. Hansen int 1990; 15(1-2):5-15.
- 5 Suárez REG *et al.* Estimado de prevalência de lepra. Hansen int 1997; 22(2):31-34.
- 6 Souza CS, Bacha JT. Evolution of factors involved in late diagnosis of leprosy. Abstract of 15th International Leprosy Congress; 1998; Beijing, China, 1998. p.58A.
- 7 Lastória JC, Macharelli CA, Putinatti MSMA. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. Hansen int 2003; 28(1):53-58.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas e procedimentos para o controle da hanseníase. Brasília 1994.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Normas para a eliminação da hanseníase no Brasil. Brasília 2001.
- 10 São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde - Resolução SS 130 de 08/10/2001. Publicado no Diário Oficial do Estado, 10/10/2001. p19-22.
- 11 Pereira JR, Torrecilla MAA. Profilaxia In: Talhari, S, Garrido Neves, R. Hanseníase. 3ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997; p.151-152.
- 12 Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro 2003; 19(1):119-125.
- 13 Saho M. Características epidemiológicas da hanseníase no município de Salvador. Rev baiana enferm 1998; 11(9):9-18.
- 14 Claro LBL, Monerat GL, Pessoa VLR. Redução dos índices de abandono no programa de controle da hanseníase: a experiência de um serviço de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 1993; 9(4):504-7.
- 15 Figueiredo IA, Silva AAM. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luiz, Maranhão, Brasil: a endemia está em expansão? Cad Saúde Pública 2003; 19 (2):439-445.
- 16 6º Congresso Internacional de Leprologia; Madri; Espanha; 1953. Memória. Madri: Asociacion Internacional de la Lepra, 1953. 1344p.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Normas técnicas e procedimentos para introdução dos esquemas de PQT no tratamento da hanseníase. Brasília 1992.
- 18 Faraco J. Bacillos de Hansen e cortes de parafina: methodo complementar para a pesquisa de bacilos de Hansen em cortes de material incluído em parafina. Rev bras Leprol 1938; 6:177-180.
- 19 Fite GL, Cambre PJ, Turner MH. Procedure for demonstrating lepra bacilli in paraffin sections. Arch Path 1947; 43:624-625.
- 20 OMS. Programa de ação para a eliminação da hanseníase. Lepr Rev 1999; 70(4):408-427.
- 21 Putinatti MSMA. Comportamento do perfil lipídico em pacientes portadores de hanseníase. [dissertação]. Botucatu: UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu; 2003.
- 22 Lana FCF. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte, MG. Hansen int 2000; 25(2):121-131.
- 23 Lastória JC, Macharelli CA, Putinatti MSMA. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. Abstract of 16º International Leprosy Congress; Salvador; Bahia, Brazil 2002;p.332.
- 24 Alves KR. Hanseníase em menores de 15 anos: perfil epidemiológico e clínico-evolutivo em residentes do Recife, de 1993 a 1997. [Dissertação]. UFPE - Universidade Federal de Pernambuco - Centro de Ciências da Saúde; 1999.

- 25 Lombardi C, Ferreira J. História natural da hanseníase. In: Lombardi C, Ferreira J, Motta C de P, Oliveira MLW de. Hanseníase epidemiologia e controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo 1990. p.13-21.
- 26 Andrade V, Albuquerque MFM, Sabrosa PC. The importance of operational factors for the interpretation of indicators in the Hansen's disease endemic in Brazil. *Acta Leprol* 1997; 10:131-139.
- 27 Souza WV, Barcellos CC, Brito AM, Carvalho MS, Cruz OG, Albuquerque MFM, Alves KR, Lapa TM. Aplicação de modelo bayesiano empírico na análise da ocorrência da hanseníase. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5):474-480.
- 28 Sehgal VN, Joginder S. Leprosy in children: correlation of clinical, histopathological, bacteriological and immunological parameters. *Lepr Rev* 1989; 60:202-205.
- 29 Souza CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnósticos. *Medicina* 1997; 30:325-34.
- 30 Nogueira W. Eliminação da hanseníase: um projeto de avaliação de impacto de uma intervenção em municípios de Estado de São Paulo com prevalência de eliminação. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2003