

Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico

Leprosy: reality of the clinical diagnosis

Joel Carlos Lastória¹

Carlos Alberto Macharelli²

Maria Stella de Mello Ayres Putinatti³

RESUMO

A hanseníase é doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, de alta endemicidade, em alguns países do mundo onde o Brasil situa-se em segundo lugar no mundo, em número de casos. Os autores, preocupados com o elevado número de casos que mostraram falhas diagnósticas, realizaram o presente trabalho, que teve como objetivo, avaliar a situação do diagnóstico clínico dessa doença. Para tal, utilizou-se os prontuários médicos dos pacientes do Ambulatório de Referência para Hanseníase do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, no período de 2000 a 2002, que continham dados específicos a esse respeito. Foram avaliados 87 pacientes, sendo que 76 (87,35%) foram diagnosticados nas formas já polarizadas da doença e, destes, 61 (71,2%) pertenciam à formas multibacilares e, portanto, contagiantes; 4 (4,6%) eram menores de 15 anos. Dos 87 pacientes, 62 (71,2%) procuraram pelo menos 2 serviços médicos para que fosse feita a suspeição diagnóstica e, em 61 (71,11%) dos casos, o tempo levado para o mesmo e, portanto, para o início do tratamento, foi acima de 6 meses. Desta forma, além do aspecto relacionado ao risco de contágio nesse período, há a possibilidade de evolução da doença e possível ocorrência de seqüelas importantes. Finalmente, os autores destacam a necessidade de uma maior atenção na formação e treinamento dos profissionais de saúde para essa finalidade.

Descritores: Hanseníase; diagnóstico precoce; número de serviços; tempo de diagnóstico; formas clínicas.

Recebido em 03 de junho de 2003

¹ Prof. Assistente Dr. do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. lastoria@fmb.unesp.br

² Prof. Assistente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

³ Médica, Mestranda do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. mstellamap@hotmail.com ou saudeipaussu@cednet.com.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase é doença crônica, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 1992; OPROMOLLA, 2000). Embora o bacilo tenha a capacidade de infectar grande número de indivíduos, poucos adoecem devido sua patogenicidade, propriedade esta que não é função apenas de suas características intrínsecas, mas que depende, sobretudo, de sua relação com hospedeiro e do grau de endemicidade do meio (TALHARI et al, 1997; SAMPAIO et al, 1998; OPROMOLLA, 2000). O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam grandes lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social (SAMPALIO et al, 1998; TALHARI et al, 1997; OPROMOLLA, 2000).

A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem. As referências mais remotas datam de 600 A.C. e procedem da Índia que, juntamente com a África, parecem ser os focos iniciais da doença (OPROMOLLA, 1998). A melhoria das condições de vida, o tratamento seguido de cura, o avanço do conhecimento científico e as campanhas de esclarecimento modificaram significativamente esse quadro (OPROMOLLA, 1998). Atualmente, há doentes em todo mundo (LANA et al, 2000), sendo que, neste aspecto, o Brasil destaca-se figurando em segundo lugar em número de casos, seguindo-se à Índia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Em que pesem todos esses fatores, várias são as citações de muitos casos são diagnosticados já nas formas polarizadas e com seqüelas instaladas (SOUZA et al, 1998; LANA et al, 2000). No atendimento aos pacientes, os autores depararam-se com freqüentes casos em que o diagnóstico foi realizado com relativas falhas e em espaço de tempo considerado elevado. Estes fatos e a falta de literatura a esse respeito motivaram o presente trabalho.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram avaliar o número de serviços e a demora para o diagnóstico da doença em pacientes portadores de hanseníase atendidos no Ambulatório de Referência do HC-UNESP nos últimos 3 anos (2000 a 2002).

MATERIAL E MÉTODOS

O Ambulatório de Referência de Hanseníase da UNESP funciona desde 1998, é multidisciplinar e atende a uma região que abrange a Diretoria Regional de Saúde (DIR) de Botucatu, além das de Assis, Sorocaba e Piracicaba, todas do estado de São Paulo.

Ao se registrar a história clínica dos pacientes portadores de hanseníase, perguntou-se aos mesmos sobre o número de serviços médicos ou profissionais de saúde procurados, especificamente com queixas de lesões cutâneas, com o objetivo de se realizar o diagnóstico e após quanto tempo o mesmo foi confirmado, além de outros itens que constam dos antecedentes pessoais e familiares, como por exemplo, se havia conhecimento de outras pessoas da família que eram ou foram portadores da doença.

Foram atendidos no período de 2000 a 2002, 87 pacientes, das diferentes formas clínicas de hanseníase, encaminhados por outros serviços de saúde ou por demanda espontânea. Realizou-se a presente pesquisa procurando-se relacionar os pacientes de acordo com as formas clínicas indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virchowiana (V), sexo, idade, além do tempo que se levou para a realização do diagnóstico e o número de serviços médicos procurados até a confirmação do mesmo. O diagnóstico foi baseado em parâmetros clínicos, histopatológicos, imunológicos e baciloscópicos. De acordo com as normas técnicas, foram classificados em multibacilares (MB) e Paucibacilares (PB) (BRASIL, 1994).

RESULTADOS

Foram analisadas as informações de 87 pacientes portadores das diferentes formas clínicas de hanseníase, durante as consultas médicas.

A figura 1 mostra a distribuição dos pacientes atendidos no serviço, de acordo com as respectivas formas clínicas.

Observou-se na figura anterior, que 34,48% dos pacientes foram classificados como PB, sendo 12,64% da forma I e 21,84% da forma T; 65,51% foram classificados como MB, sendo 31,03% da forma D e 34,48% da forma V.

A figura 2 mostra como os pacientes estão distribuídos, de acordo com o sexo e forma clínica, respectivamente.

Figura 1. Distribuição percentual dos casos de hanseníase, segundo forma clínica. Botucatu-SP, 2002.

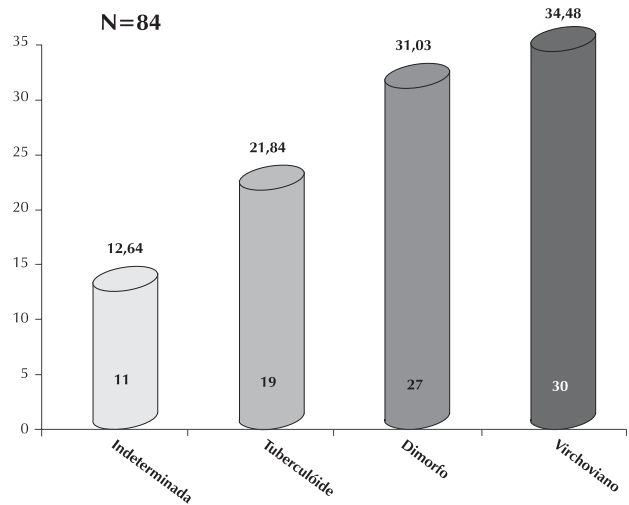
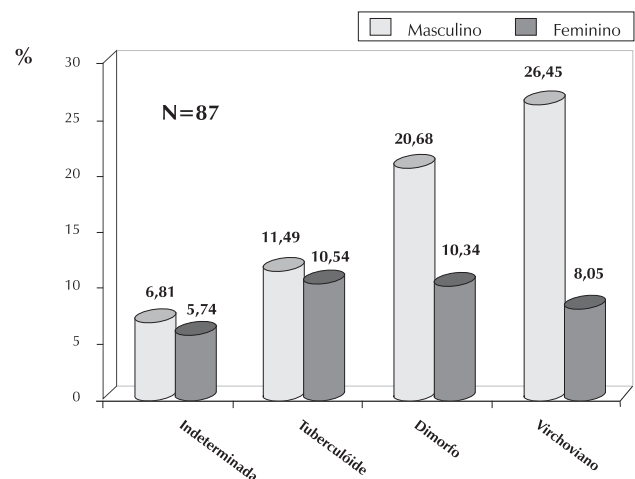


Figura 2. Distribuição percentual dos casos de hanseníase, segundo sexo e forma clínica. Botucatu/SP, 2002



A figura 2 mostrou que 57 (65,11%) pacientes eram do sexo masculino e 30 (34,89%) do sexo feminino, sendo que entre os pacientes do sexo masculino, 16 (18,39%) eram PB e 41 (47,12%) MB e, entre os do sexo feminino, 14 (16,09%) eram PB e 16 (18,39%) MB.

A distribuição dos pacientes, de acordo com a faixa etária e forma clínica, encontra-se na figura 3.

Observou-se uma variação de faixa etária entre 9 e 84 anos, havendo predominância entre 40 a 59 anos (45,97%).

A relação entre o número de serviços de saúde e as formas clínicas está expressa, respectivamente, na tabela 1 e figura 4.

Figura 3. Distribuição dos pacientes segundo faixa etária e forma clínica.

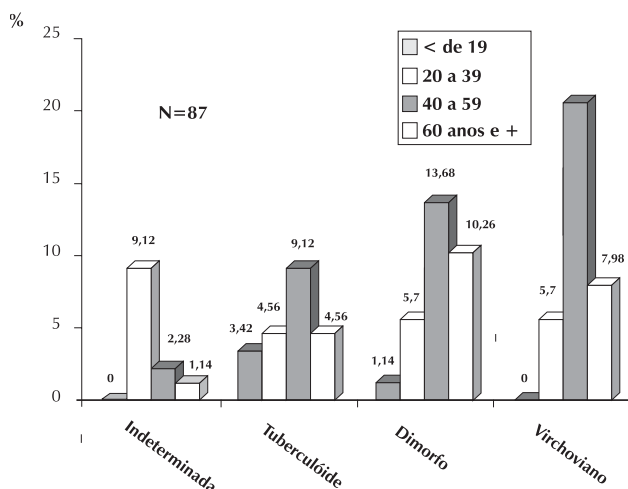


Figura 4. Distribuição dos casos de hanseníase, nas diferentes formas clínicas, segundo o número de serviços de saúde utilizados até o diagnóstico. Botucatu/SP, 2002.

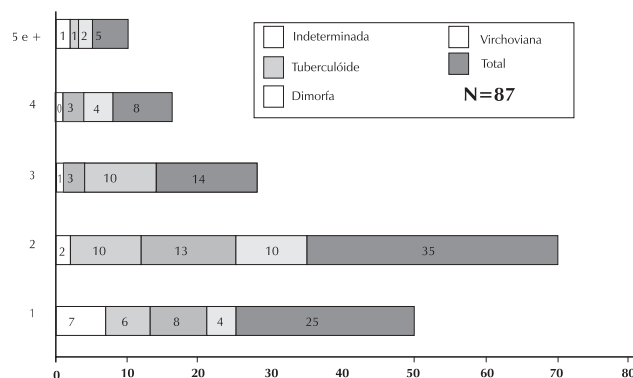


Tabela 1: Distribuição dos pacientes, de acordo com a forma clínica e o número de serviços de saúde.

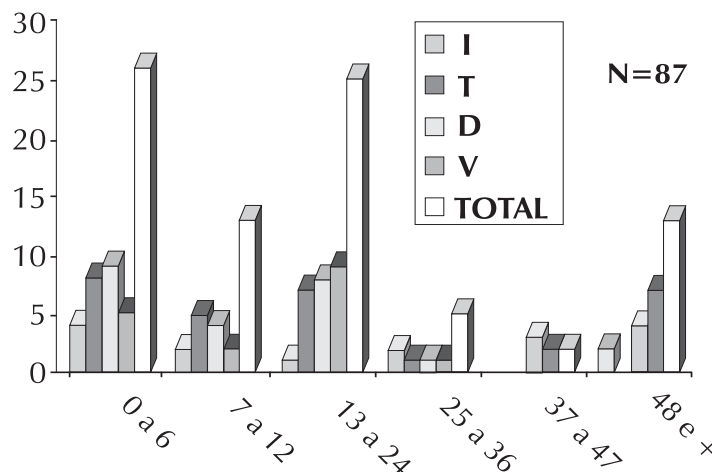
Forma Clínica	Número de Serviços Procurados					Total de Pacientes
	1	2	3	4	> 5	
I	7	2			2	11 (12,64%)
T	6	10	1	1	1	19 (21,84%)
D	8	13	3	3		27 (31,03%)
V	4	10	10	4	2	30 (34,48%)
Total	25 (28,73%)	35 (40,23%)	14 (16,09%)	8 (9,20%)	5 (5,74%)	87 (100%)

Fonte: Centro de Referência de Hanseníase do HC-UNESP

Os dados da tabela 1 e figura 4 nos permitem observar que 57 (65,51%) pacientes são MB e que destes, 45 (78,9%) procuraram 2 ou mais serviços para o diagnóstico. Em relação aos PB, o total foi de 30 (34,5%) pacientes e, destes, 17 (56,66%) procuraram 2 ou mais serviços. Considerando-se a importância da não suspeição ou realização do diagnóstico na primeira consulta, no total de pacientes, observou-se que 62 (71,2%) foram diagnosticados após terem passado por dois ou mais serviços de saúde e, portanto, tiveram um retardo no seu diagnóstico.

Em relação ao tempo decorrido, a demora, em meses, para a realização do diagnóstico está distribuída, de acordo com a forma clínica, na tabela 2 e figura 5.

Figura 5. Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a forma clínica segundo o tempo para diagnóstico, em meses. Botucatu/SP, 2002.



Fonte: Centro de Referência de Hanseníase do HC - UNESP

Tabela 2. Distribuição dos pacientes, de acordo com a forma clínica e espaço de tempo para o diagnóstico, em meses.

Forma Clínica	T e m p o (m e s e s)						Total
	0 – 6	7 – 12	13 – 24	25 – 36	37 – 47	> 48	
I	4 (4,59%)	2 (2,29%)	1 (1,14%)	2 (2,29%)	–	2 (2,29%)	11 (12,64%)
T	8 (9,19%)	4 (4,59%)	6 (6,84%)	1 (1,14%)	–	–	19 (21,66%)
D	8 (9,12%)	4 (4,59%)	8 (9,19%)	1 (1,14%)	2 (2,29%)	4 (4,59%)	27 (30,78%)
V	6 (6,84%)	3 (3,42%)	10 (11,40%)	1 (1,14%)	3 (3,44%)	7 (8,07%)	30 (34,20%)

Fonte: Centro de Referência de Hanseníase do HC-UNESP

De acordo com a tabela e a figura acima, observamos que 61 (70%) dos pacientes foram diagnosticados com tempo superior a 6 meses; destes, 41 (74,5%) pertenciam à forma MB e 20 (25,5%), à forma PB.

COMENTÁRIOS

Em relação à classificação, observou-se que no presente trabalho que 34,48% dos pacientes eram PB, enquanto que 65,51% eram MB. Esses resultados são um pouco diferentes dos observados na literatura, onde cerca de 85% eram multibaciares (SOUZA et al, 1998; LANA et al, 2000). No Estado de São Paulo, os dados mais atuais mostram que 50,5% PB e 46,5% pertencem à forma MB (CVE-SP, 2003. Comunicação pessoal). Nesse aspecto, deve-se considerar importante o fato de 12,64% dos pacientes do presente trabalho, terem sido diagnosticados na forma I, dados estes superiores aos observados por Souza et al, em 1998, de 7,5% e por Lana et al, em 2000, de 3,9%. No Estado de São Paulo 23,5% dos casos são diagnosticados na forma I.(CVE-SP, 2003. Comunicação pessoal)

Em relação ao sexo, de acordo com a literatura, no Brasil são diagnosticados, proporcionalmente, 1,3 pacientes do sexo masculino para 1 do sexo feminino (OPROMOLLA, 1996). Assim, as observações do presente trabalho não estão de acordo com estes dados, pois o encontrado foi de 1,9 do sexo masculino para 1 do sexo feminino. Considerando-se outros dados da literatura, Souza et al, em 1998, examinando 40 pacientes, encontraram 3 pacientes do sexo masculino para 1 do sexo feminino e Lana et al, em 2000, em 1217 pacientes, observaram proporções praticamente

semelhantes para ambos os sexos. No Estado de São Paulo dados do CVE, 2003 referentes ao ano de 2002 mostram uma proporção de 1,2 do sexo masculino para 1 do sexo feminino. Assim, os dados são diferentes dos observados pelos autores.

Considerando-se a faixa etária, os dados do presente trabalho não diferem dos encontrados na literatura (SOUZA et al, 1998; LANA et al, 2000;), nos quais há o predomínio da faixa etária entre 40 e 59 anos de idade, muito embora 4,59% dos pacientes observados, pertençam a faixa etária menor de 15 anos, demonstrando alto fator epidemiológico entre estes. Neste aspecto, Lana et al, 2000, em 1217 pacientes estudados, observaram uma frequência de 5,6% com idade abaixo de 15 anos. O fato dos pacientes do presente estudo já estarem polarizados, três na forma T e um na forma D, demonstra também que os mesmos, a priori, deveriam ter sido diagnosticados na forma I.

Em relação ao tempo levado para a realização do diagnóstico, os dados da literatura, que apontam, para alguns autores, percentuais variando de 34,8% a 39,7% (KANEKO et al, 1990; LANA et al, 2000) com o diagnóstico realizado em tempo inferior a um ano, os dados do presente estudo revelaram, nesse período, capacidade de diagnóstico pouco superior, ou seja, em 39 (44,82%) pacientes, em acordo com o encontrado por outros autores (SOUZA et al, 1998). No entanto, os autores crêem ser o tempo de até um ano para o diagnóstico muito longo e consideraram, o período maior que 6 meses, uma vez que neste caso os pacientes já haviam procurado serviços médicos, com queixas dermatológicas. Nesse sentido, observou-se que 61 (70%) pacientes tiveram um tempo para o diagnóstico, após o aparecimento das

queixas, superior a 6 meses. Destes, 32,78% eram PB, sendo 11,47% da forma I e 21,31% da forma T; 67,21% eram MB. Em relação aos PB, nesse período, os pacientes I poderiam apresentar uma possibilidade de polarização e os T, passarem a apresentar lesões neurológicas e, conseqüentemente, seqüelas. Em relação aos MB, além de lesões neurológicas e seqüelas destas, devemos considerar a possibilidade de transmissão da doença.

Embora, em muitos casos devamos levar em consideração as dificuldades próprias para o diagnóstico imediato da hanseníase, observou-se que 62 (71,20%) pacientes só foram diagnosticados após terem passado entre 1 a 8 serviços de saúde, sendo destes, 45 (51,72%) da forma MB. Não há trabalhos com dados comparativos na literatura específica referindo-se ao tempo para o diagnóstico e número de serviços de saúde, sendo que há apenas poucos relatos citando a relação entre a ocorrência de deformidades e diagnóstico tardio (KANEKO et al, 1990; SUAREZ et. al., 1997; SAMPAIO et al, 1998 e SOUZA et al, 1998). Assim, os resultados observados no presente estudo permitem que os autores considerem como sendo de grande importância o investimento na formação e nos treinamentos de profissionais, no intuito de um diagnóstico precoce, na forma I e inicial da doença, evitando, assim, que o mesmo ocorra tardiamente, já nas formas polarizadas, contagiantes ou com seqüelas instaladas. É importante lembrar que o diagnóstico tardio favorece a prevalência oculta, ou seja, da existência de casos ainda não diagnosticados (SUÁREZ et. al., 1997).

Desnecessário dizer que o ideal seria realizar o diagnóstico na forma I. Portanto, considera-se como fato importante a dificuldade de diagnóstico, que houve ainda nesta fase da doença, uma vez que no presente trabalho, embora o diagnóstico, em 11 (12,2%) pacientes tenha ocorrido nesta forma, em 4 (4,59%) deles, apenas após terem passado por mais de dois serviços de saúde, inclusive, em 2 (2,3%) deles, somente após terem passado por mais de cinco serviços. Os demais, 87,8% foram diagnosticados após seis meses já nas formas

polarizadas da doença, corroborando os resultados de outros autores (SOUZA et. al., 1998; LANA et. al., 2000).

Deve-se, ainda, chamar a atenção para, apesar da amostra ser pequena, 4 (4,59%) pacientes pertenciam à faixa etária menor que 15 anos, sendo 3 na forma T e 1 na D e, portanto, já polarizados. De acordo com a literatura, isso é um importante indicador de alta prevalência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Estas medidas poderiam, conseqüentemente, proporcionar, além do diagnóstico e tratamento precoces, melhor atuação no controle da doença e, ao mesmo tempo, contribuir para se atingir a meta de prevalência de menor que 1 para cada 10.000 habitantes proposta pelo Ministério da Saúde, uma vez que a possibilidade de diagnóstico nas formas não polarizadas poderia, por sua vez, promover uma possível quebra na cadeia de transmissão da doença.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease caused by *Mycobacterium leprae* and Brazil has one of the largest number of cases. Concerned with the high number of diagnostic failures, the authors present a study related to the clinical presentation of such cases. They analyzed 87 patients, 76 (87,35%) of them were diagnosed already in the polarized forms. Four (4,6%) were bellow 15 years of age and 61 (70%) were multibacillary forms. It was observed that 62 (71,2%) had been examined in two medical center, at least, before the correct diagnosis, and it took more than 6 months to achieve it. The authors evaluated the importance of improvement in the formation and in the training of professionals, which would consequently result in better ways to control the disease. Besides, the diagnosis could be made in the not yet polarized forms, breaking the chain of transmission of the disease.

Key-words: leprosy; early diagnosis, number of services, delayed diagnosis, clinical forms

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento de hanseníase*. Brasília, 1992.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de normas e procedimentos para o controle da hanseníase*. Brasília, 1994.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento de hanseníase*. Brasília, 1994.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas para a eliminação da hanseníase no Brasil*. Brasília, 2001.
5. KANEKO, K.A.; ZAMBON, V.D.; PEDRAZANI, E.S. Casos novos de Hanseníase na região de São Carlos, SP, 1983-1988. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 15, n 1-2, p 5-15, 1990.
6. LANA, F.C.F. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte - MG - Período 92/97. *Hansen. Int.*, v. 25, n 2/2, p 121-131, 2000.
7. SÃO PAULO (ESTADO) Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SS 130 de 08/10/2001. Norma Técnica. *Diário Oficial do Estado*, 10/10/2001, p 19-22.

8. OPROMOLLA, D.V.A. Hanseníase após a cura. *Hans. Int.*, v 3, n 1-2, p 1-2, 1998.
9. OPROMOLLA, D.V.A. *Noções de hansenologia*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2000.
10. SAMPAIO, S. A. P., et al. *Dermatologia – Hanseníase*. São Paulo: Artes Médicas, 1998. 467 – 487.
11. SOUZA, CS; Bacha, JT. Evaluation of factors involved in late diagnosis of leprosy. IN: INTERNATIONAL LEPROSY CONGRESS, 15, Beijing, 1998. *Abstracts*, CO 104, p 58A,.
12. SUÁREZ, R.E.G., et al. Estimado de prevalencia de lepra. *Hans. Int.*, v.22, n. p. 31-34, 1997.
13. TALHARI, S.; Neves, R.G. *Hanseníase*, Dermatologia Tropical. 3 ed., Rio de Janeiro: Medesi, 1997. p 1-3.