

FALHAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE: 4 CASOS MULTIBACILARES EM CRIANÇAS, NO ESTADO DO PI

Ana Lúcia França da Costa¹
Maria Leide Wan Del Rei Oliveira²

Failures on epidemiological surveillance of Hansen's disease: four multibacillary cases in child, at Piauí state, Brazil

RESUMO

São apresentados quatro casos clínicos de hanseníase em menores de 15 anos, ilustrando a complexidade da vigilância epidemiológica da doença e operacionalização das normas técnicas. Os casos são semelhantes em idade e situação epidemiológica, tendo em comum ser o pai portador de hanseníase multibacilar. Também em comum tem o fato de terem sido levadas a unidade de saúde, quando do diagnóstico dos respectivos pais. Na ocasião foi aplicado BCG, mas em pelo menos um caso não foi realizado exame clínico. Os autores concluem que o mau desempenho das atividades previstas para a profilaxia da hanseníase e o longo período de incubação, comprometem o impacto das mesmas na redução de novas fontes de infecção, contribuindo para a morosidade da redução da endemia no país.

Palavras-chave: hanseníase, comunicante, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

Four clinical cases of Hansen's Disease (HD) in child are presented, illustrating the complexity of the epidemiological surveillance of the illness and technical guidelines implementation. The cases are similar in age and epidemiological pattern in common having their father as multibacillary case. Also, all of them have been gone to the health unit, when of the diagnosis of the respective

Costa ALF, Oliveira ML Wan Del Rei. Falhas da vigilância epidemiológica da hanseníase: 4 casos multibacilares em crianças, no estado do PI. *Hansen Int* 2009; 34(2): 41-46.

parents. At that time BCG was applied, but in at least one case clinical examination was not carried through. The authors conclude that the bad performance of the activities foreseen for the Prophylaxis of Hansen's Disease as well as its long incubation period, compromises the impact of the same ones in the reduction of new sources of infection, beyond contributing for the long-lasting of the reduction of the endemic disease in the country.

Key-words: leprosy, Hansen's Disease, contact, epidemiological surveillance

INTRODUÇÃO

A estratégia de realizar exame de contatos domiciliares de casos de hanseníase foi recomendada desde meados dos anos cinquenta, com várias adequações e sempre com baixo desempenho^{1,2}. As normas vigentes no Brasil determinam o exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de todas as formas clínicas e orientação quanto aos sinais e sintomas da

Recebido em 17/09/2009.
Última correção em ??/??/20??.
Aceito em: 10/12/2009.

1 Professora do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí. Mestre em Saúde Coletiva e pós-graduanda de doutorado em dermatologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. e-mail: francadacostaanalucia@yahoo.com.br

2 Professora-doutora do departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. e-mail: mleide@uol.com.br

hanseníase, com retorno ao serviço de saúde, se necessário³.

A re-vacinação de BCG (bacillus Calmette-Guerin), inicialmente para os contatos de casos MB, até 2 anos de idade, passa a ser indicada aos contatos de todas as formas clínicas e todas as idades^{3,4}.

Esta apresentação de quatro crianças levadas pela família à Unidade Básica de Saúde (UBS), como recomendado oficialmente, e adoecidas posteriormente, ilustra as limitações da normatização vigente.

METODOLOGIA

Estudo de casos clínicos de hanseníase em contatos familiares: casos semelhantes em idade e situação epidemiológica, residentes no estado do PI. Todos os pacientes foram examinados por dermatologistas experientes.

DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA:

Caso 1: Manchas hipocrômicas em braços, lesões com centro hipocrômico e bordas discretamente eritematosas em dorso do tronco, regiões glúteas e braços (Fig. 1 e 2) e discreta infiltração de lobos auriculares; placa com borda eritematosa e pouco infiltrada, na face de extensão do antebraço E, estendendo até parte de dorso medial da mão, com discreta atrofia da região hipotenar E (fig. 3). Presença de duas cicatrizes de BCG (figura 4).



Figura 1 Placas infiltradas eritematosas na região dorsal do tronco

Características dos casos clínicos

Casos	sexo	Idade / Diag.	FC	CI	Tempo entre I E e Diag.
1	M	11	BB	Pai/MB	5 anos
2	F	11	BV	Pai/MB	5 anos
3	F	10	BB	Pai/MB	4 anos
4	F	12	BT	Pai/MB	4 anos

FC= Forma clínica

CI=caso índice

I E= primeiro exame

Diag = diagnóstico



Figura 2 Placas infiltradas eritematosas em região glútea



Figura 3 Hipotrofia da região hipotenar Esquerda



Figura 4 Placas infiltradas em região deltóidea e presença de 2 cicatrizes de BCG

Caso 2: Placas infiltradas, eritematosas , com centros hipocrômicos disseminadas na face (fig.1) região anterior e posterior do tronco, regiões glúteas, membros superiores e inferiores. A baciloscopia evidenciou inúmeros bacilos intracelulares isolados ou em globias (Figura 2). Uma cicatriz de BCG.



Figura 1 Infiltração na face com áreas de hipocromia

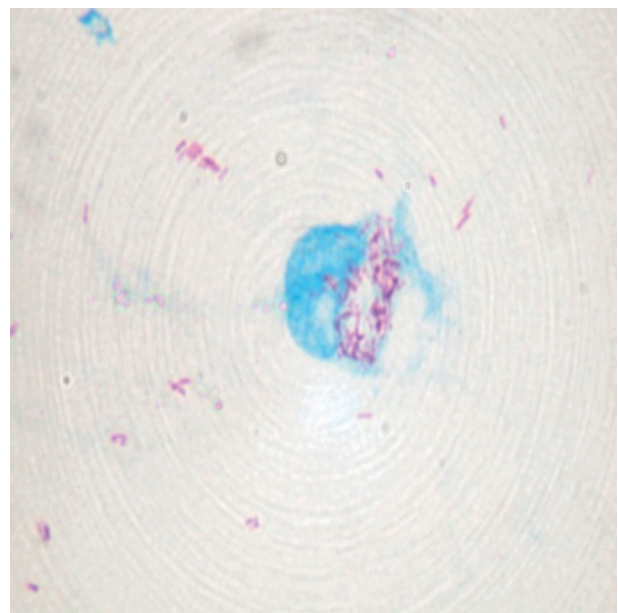


Figura 2 Bacilos em globias dentro de macrófagos

Caso 3: Áreas de hipocromia e rarefação de pelos com alteração da sensibilidade cutânea. Lesões difusas e apresentando leve infiltração em ambas as coxas (fig. 01). Discreta infiltração de face. Uma cicatriz de BCG recebida por ocasião do 1º contato na unidade de saúde.



Figura 1 Áreas hipocrômicas difusas e hipoestésicas, exibindo leve infiltração em coxas

Caso 4: manchas hipocrômicas (em nº de 8) com bordas imprecisas em lesões de braços e nádegas e bordas bem delimitadas em face posterior de coxas, apresentando hipoestesia térmica e dolorosa (fig. 01). Sem alterações neurológicas dignas de nota. Uma cicatriz de BCG recebida por ocasião do 1º contato na unidade de saúde.



Figura 01 Uma das 8 lesões hipocrômicas e hipoestésicas, esta bem delimitada, em coxa Direita.

DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA E ASSISTENCIAL

A história epidemiológica tem em comum ser o pai o caso índice, sendo que os casos 3 e 4 eram irmãs. Com relação ao BCG o caso 1 recebeu a 2ª dose por ocasião do diagnóstico do pai, e os casos 2, 3 e 4 tomaram a 1ª dose de BCG por ocasião do diagnóstico do pai com idades respectivas de 5, 6 e 2 anos.

Também em comum têm o fato de terem sido levadas a Unidade de saúde, onde foi aplicado o BCG e segundo a mãe do caso 2, nenhum dos contatos foi examinado. Este, já polarizado para a forma BV apresentou os primeiros sinais próximos à época do exame, com manchas hipocrômicas em região deltóidea e posteriormente na face. O quadro clínico foi diagnosticado como manifestação de verminose, pitíriase versicolor dentre outros e, durante este período recebeu várias medicações tópicas e sistêmicas para tratamento de parasitoses e ou micoses.

DISCUSSÃO

Apesar do maior risco de adoecer entre os contatos domiciliares, estes contribuem com apenas 7,6% dos casos incidentes na rotina do SUS/Brasil⁵, diferente de resultados provenientes de atividades de busca ativa e pesquisa^{6,7,8}. Em um estudo realizado na Indonésia, Van Beers e colaboradores encontraram em 30% dos casos novos uma relação com contatos domiciliares. Quando o conceito de contato foi estendido para os contatos da vizinhança, sociais e profissionais encontraram 80% de relação com os casos novos, demonstrando que o tipo de contato possivelmente infectante pode não estar restrito ao domicílio.⁹ Em estudo de domicílios com mais de um caso de hanseníase e respectivos peridomicílios, em município da região metropolitana do Rio de Janeiro, foi possível identificar o foco primário de infecção com fortes evidências em 82 (80%) de 103 famílias estudadas. A maioria dos contatos que adoeceram estava no domicílio (77%) e a chance de adoecer destes contatos foi 2,47 vezes maior do que dos peridomiciliares.^{10,11}

Não há dúvidas em relação à recomendação de intensificar as atividades de busca ativa que envolvem a vigilância epidemiológica dos casos novos diagnosticados, com o objetivo de otimizar a detecção e o tratamento de casos iniciais entre os contatos antes da polarização para formas bacilíferas e sem deformidades físicas.¹² Entretanto, as dificuldades operacionais para o bom desempenho do exame de contatos vão dos fatores ligados à doença como o longo período de incubação, ao estigma. A partir dessa realidade, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase estipulou a meta de 50% de exame de contatos dos casos novos do ano de 2008.¹³

O aspecto mais intrigante e ilustrado pelos quatro casos clínicos é que nem mesmo o cumprimento dessa medida de um único exame parece ser capaz de impedir o adoecimento de contatos. Pelo relato das mães, todos foram avaliados na UBS e ao que parece apenas em uma delas a doença já se manifestava e não foi percebida na época.

Em estudo prospectivo recente, com acompanhamento de 5 anos, observou-se que 37% de casos em contatos foram diagnosticados no 1º ano do seguimento, mas 12% adoeceram no 5º e último ano de acompanhamento¹⁴. Outros autores também brasileiros concluem que ter casos atuais de hanseníase na família aumenta em 2.9% o risco de contrair a doença, mas ter casos antigos aumentou em 5 vezes esse risco, ao que concluem que exames periódicos seriam mais eficientes para o controle da doença¹⁵.

Não obstante a constatação de que houve falhas na qualidade do exame clínico, interpretação das normas técnicas e deficiente orientação e/ou assimilação de informações pelas mães em questão, com relação aos sinais e sintomas iniciais da hanseníase, estes dados ilustram a dificuldade de interrupção da cadeia de transmissão da doença em uma área endêmica. O longo período de incubação, após longos períodos de exposição ao bacilo e a não existência de um indicador eficaz do estado de infecção assintomática são argumentações referidas.¹⁶

Trata-se, portanto, de uma questão complexa, cujas decisões visando a definição de estratégias de ação devem considerar eficácia, eficiência e efetividade^{17,18,19}. Em uma área endêmica, não se pode descartar a hipótese de o foco de infecção estar fora do domicílio, entre os contatos profissionais, escolares, sociais, vizinhos ou familiares, mas além das evidências de risco, operacionalmente, o domicílio e a família apresentam acesso viável e devem ser priorizados, como, aliás, está sendo preconizado pela OMS²⁰.

CONCLUSÃO

Os autores concluem que o mau desempenho das atividades previstas para a profilaxia da hanseníase, aliado ao longo período de incubação da doença, comprometem o impacto das mesmas na redução de novas fontes de infecção e contribuem para a morosidade da redução da endemia no país. Ao mesmo tempo ressaltam a contribuição fundamental dos profissionais de saúde, quanto a orientação do paciente no momento do diagnóstico e a valorização da vigilância de contatos, que não se esgota com o primeiro exame na unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil-Ministério da Saúde-Portaria nº. 165 de 14 de maio de 1976, Brasília, DF.
- 2 Fonte J, Mello A. Modos de conhecimento de casos de lepra. Boletim do Serviço Nacional de Leprosia, Nº3 1969:57-73.
- 3 Brasil-Ministério da Saúde/SVS/SAS-Portaria nº. 125 de 26 de março de 2006 Brasília, DF.
- 4 Brasil-Ministério da Saúde/SNPES/DNDS-Guia para o controle da hanseníase. 2ª Ed. 1984, série normas e manuais técnicos, n 6.
- 5 Brasil-Ministério da Saúde/SVS-Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. 2008. www.saude.gov.br/svs
- 6 Matos HJ, Duppre N, Alvim MF, Machadovieira LM, Sarno EN, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saude Publica* 1999;15(3):533-42.
- 7 Fine PE, Sterne JA, Ponnighaus JM, Bliss L, Sauti J, Chihana A, *et al.* Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. *Am J Epidemiol* 1997 Jul 1; 146(1):91-102.
- 8 Cavaliere FAM. Estratégias para o exame de contatos de hanseníase: avaliação de desempenho em área urbana endêmica do RJ [Dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.
- 9 Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1999;67(2):119-28.
- 10 Guedes LS. Cronologia do adoecimento por hanseníase em 103 famílias de área endêmica do Rio de Janeiro. Tese de mestrado, 2009-FM/UFRJ.
- 11 Durães SMB, Guedes LS *et al.* «Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro.» *An Bras Dermatol* 2005; 80(Supl 3): S295-300.
- 12 Lastória JC, Macharelli CA, Putinatti MSMA. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico *Hansen Int* 2003; 28(1):53-58.
- 13 Brasil-Ministério da Saúde/SVS/PNCH-Relatório de Gestão, 2009. www.saude.gov.br/svs
- 14 Vieira AG. Aspectos epidemiológicos, clínicos, imunológicos e histopatológicos dos contatos de hanseníase adoecidos durante seguimento de 5 anos no Município de Duque de Caxias-Tese de Mestrado/FM/UFRJ/2009,
- 15 Soprani AS, Silveira DC, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da hanseníase. *Rev. Bras Enferm* 2008; 61 (esp):738-43.
- 16 Chen SL, Zhang, *et al.* Should household contact examination in a low endemic situation of leprosy continue? *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 2003; 71(2): 95-100.
- 17 Oliveira, BFA, Ignotti, E, Hartwig, SV *ET al.* Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado de Mato Grosso, Brasil. www.ccs.uel.br/espacoparasauade. 2008; 8(2):11-19.
- 18 Goulart IM, Bernardes Souza DO, Marques CR, Pimenta VL, Gonçalves MA, Goulart LR. Risk and protective factors for leprosy development determined by epidemiological surveillance of household contacts. *Clin Vaccine Immunol* 2008 Jan; 15(1):101-105.
- 19 Duppre NC, Camacho LA, da Cunha SS, Struchiner CJ, Sales AM, Nery JA, *et al.* Effectiveness of BCG vaccination among leprosy contacts: a cohort study. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008 Jul; 102(7):631-638.
- 20 WHO/SEARO. Report of the Global Programme Managers Meeting on Leprosy Control Strategy. SEA-GLP-2009.6, New Delhi, India.