

Vigilância epidemiológica das incapacidades oculares em hanseníase

Epidemiological Surveillance of the ocular impairments in Hansen's Disease

Norma H. Medina¹
Mitie Tada L. R. F. Brasil²
Mary Lise C. Marzliak³
Tanya E. Lafrattá⁴
Hannelore Vieth⁵

Resumo

Após avaliação dos dados de incapacidades oculares disponíveis nas fichas epidemiológicas de hanseníase do ano de 1989, no Estado de São Paulo, constatou-se a necessidade de mudanças de critérios do grau de incapacidade ocular, para aumentar a sensibilidade. Desde 1990, o Programa de Controle da Hanseníase em conjunto com o Serviço de Oftalmologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo intensificou os treinamentos na detecção, prevenção e tratamento das incapacidades oculares. Um grupo de técnicos foi designado para modificar a padronização dos procedimentos e os critérios para a classificação do grau de incapacidade, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde. Com o objetivo de avaliar as modificações da padronização dos critérios

foram analisadas as fichas de notificação epidemiológica dos anos de 1989, 1993 e 1996. No ano de 1989, foram detectados 3210 casos de hanseníase, dos quais 72 (2,2%) apresentaram incapacidades oculares. Em 1993, 2927 casos de hanseníase foram notificados, sendo que 130 (5,3%) tinham incapacidades oculares. Em 1996, dos 2915 casos detectados, 164 (6,9%) apresentaram algum grau de incapacidade ocular. Os casos multibacilares mostraram uma proporção maior de incapacidades oculares do que os paucibacilares ($p < 0,05$). As modificações adotadas para o diagnóstico das alterações oculares e os treinamentos realizados contribuíram para um aumento significativo da notificação do número de casos com alterações oculares, principalmente grau I (hipoestesia corneana) e grau II (lagofalmo, triqufase e opacidade corneana). Este aumento não indica piora da epidemia ou mesmo diagnóstico mais tardio, e sim melhora operacional.

Palavras-chave: hanseníase; manifestações oculares; epidemiologia

Introdução

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* que compromete principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo ocorrer deformidades e incapacidades de olhos, mãos e pés com a evolução da doença.

Deficiência visual e cegueira podem ocorrer em pacientes com comprometimentos oculares decorrentes da hanseníase. Estes indivíduos pertencem a um grupo de pessoas que podem estar seriamente comprometidas e com dificuldades maiores na vida diária, devido principalmente a associação com outras deformidades e incapacidades causadas pela doença¹.

A prevalência de deficiência visual em pacientes de hanseníase varia de 6,0 a 10,0%, quando a definição for acuidade visual (AV) no melhor olho $< 0,1$ ou de 4,0 a 7,0%, se a definição for AV no melhor olho $< 0,05$ (não conta dedos a 3m de distância)².

Recebido em 13/02/2004. Última correção 20/12/04. Aceito em 28/12/2004.

Correspondência: Dra Norma H Medina. Serviço de Oftalmologia Sanitária. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Av. Dr. Arnaldo 351, 6º andar. CEP 01246-902. Cerqueira César, São Paulo, SP. dvoftal@saude.sp.gov.br

¹Médica Oftalmologista, Doutora em Medicina, Diretora do Serviço de Oftalmologia Sanitária. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Av. Dr. Arnaldo 351, 6º andar. CEP 01246-902. Cerqueira César, São Paulo, SP. dvoftal@saude.sp.gov.br

²Médica, Mestre em Dermatologia, Médica Sanitarista na Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". dvhansen@saurle.sp.gov.br

³Médica Sanitarista, Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". dvhansen@saude.sp.gov.br

⁴Enfermeira, Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". dvhansen@saude.sp.gov.br

⁵Enfermeira, Especialista em Administração dos Serviços de Saúde Pública e Administração Hospitalar, Associação Alemã de Ajuda aos Hansenianos (DAHV). Rua dos Bicudos, 42. Edifício Maison Lafite, apto 1002. Renascença II. São Luiz Maranhão. CEP 65075-090. dahwma@terra.com.br

A hanseníase é uma doença incapacitante de notificação compulsória e em sua ficha de investigação epidemiológica (FIE) existia um quadro para a avaliação do grau de incapacidade dos olhos, mãos e pés. No momento da detecção do caso de hanseníase o profissional de saúde deve realizar a avaliação das incapacidades dos olhos, mãos e pés. A frequência das incapacidades oculares encontradas na detecção é um indicador da precocidade do diagnóstico, quanto menor o tempo de doença, menor é a frequência de lesões incapacitantes³.

A prevenção das alterações oculares na hanseníase ganha uma dimensão muito maior considerando-se que estes pacientes muitas vezes já têm grande dificuldade em sua vida diária pelas alterações que apresentam em pés e mãos. Deve-se também considerar que as alterações oculares na hanseníase têm caráter crônico, recuperação difícil e, não raro, caminham para grandes alterações funcionais e cegueira.

Quando comparados os vários documentos do Ministério da Saúde, os critérios da avaliação das incapacidades oculares não eram uniformes nem precisos quanto às instruções, como por exemplo: no item "acentuada diminuição da visão", não definia a distância exata que deveria ser usada para o exame; o critério utilizado de cegueira era ausência de percepção luminosa, não incluindo os outros graus de cegueira definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴⁻⁶. É importante ressaltar que a documentação brasileira de hanseníase de 1984 foi baseada no Comitê de Experts em hanseníase da OMS de 1970⁷ e as definições de cegueira da OMS foram publicadas em 1973⁵.

A isto, acrescentava-se a escassez de dados sobre a prevalência de comprometimento ocular, pois os que existiam geralmente referiam-se a pacientes asilados, não demonstrando a magnitude real e transcendência do problema em nível comunitário.

Em 1990, usando os dados disponíveis de incapacidades oculares de 1989, fez-se uma avaliação do diagnóstico destas incapacidades, que apontou a necessidade de mudanças de critérios para aumentar a sensibilidade e a especificidade do exame para avaliar o grau de incapacidades oculares, no momento da detecção do caso de hanseníase. O Ministério da Saúde designou um grupo de técnicos, que discutiu a avaliação ocular e, baseado na padronização internacional⁶, propôs novos critérios para os graus de incapacidade ocular após teste prévio da ficha em vários locais do Brasil, com objetivo de avaliar a reprodutibilidade e a sensibilidade dos novos critérios. As mudanças sugeridas foram adotadas pelo Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (MS/CNDS) e publicadas em 1994, no Guia de Controle da Hanseníase⁸.

A partir de 1990, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES - SP) iniciou uma série de treinamentos para garantir o aprimoramento da avaliação das incapacidades oculares, no momento da detecção do caso de hanseníase, assim como a melhora no tratamento e no controle dos casos de incapacidades oculares na hanseníase.

A partir de 1993, o Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE/SP), implantou a nova padronização de critérios para a avaliação do grau de incapacidades oculares.

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a evolução do Sistema de Vigilância de incapacidades oculares em hanseníase entre 1989 a 1996.

Método

Na coleta de dados secundários das FIE de hanseníase de 1989, 1993 e 1996 no Estado de São Paulo, foram consideradas as seguintes situações para a análise: grau de incapacidade ocular, forma clínica e tipos de incapacidades oculares.

Cumprindo assinalar que o preenchimento do instrumento (FIE), do qual os dados deste estudo foram coletados, foi realizado na maioria das vezes por um profissional de saúde não médico, devidamente capacitado. O oftalmologista pode eventualmente fazê-lo nos casos em que o paciente é encaminhado para um serviço de referência oftalmológica, não representando uma rotina de serviço.

Quadro 1. Comparação dos formulários para registro de incapacidades físicas na hanseníase, item - OLHO, nas fichas de investigação epidemiológica de hanseníase do Ministério da Saúde do Brasil, nos anos de 1984 e 1994.

	1984*	1994**
Grau 0	Ausência de incapacidades	Sem alterações nos olhos devido à hanseníase
Grau 1	Conjuntivite	Sensibilidade comeana .1. ou ausente
Grau 2	Lagoftalmo	Lagoftalmo e ou ectrópio
-	Irite ou Ceratite 1 AV	Triquelase Opacidade comeana
Grau 3	Acentuada 1 da visão . Cegueira	AV < 0,1 ou não conta dedos a 6 m.

*Guia para o controle da hanseníase. MS/CNDS

**Guia de controle da hanseníase. MS/FNS/CENEPI/CNDS

Definições utilizadas nas instruções para o preenchimento do formulário para registro de incapacidades físicas, item - olho (MS/CNDS - 1984)⁴:

- Inflamação do olho - Distinguir entre vermelhidão da conjuntiva (conjuntivite, grau 1) da vermelhidão em torno da córnea que indica lesão da íris (irite, ceratite, grau 2). Opacificação ou ulceração da córnea deve ser considerada como ceratite e classificada também como grau 2.
- Lagoftalmo - Impossibilidade de fechar o olho por paralisia da pálpebra, quase sempre a inferior.

- Visão - A presença de visão embaçada pode ser sinal evidente de frite reversível: "diminuição da AV" (grau 2). Para testar a AV, utilizar um cartão tendo no centro a figura de coroa fendida. O olho normal pode ver a fenda da coroa a uma distância de 6m. Se o paciente não puder vê-la a 3m de distância, considera-se que tem visão diminuída (grau 2). Considerar perda grave da visão (grau 3), quando o paciente não puder ver a fenda, mesmo que o cartão seja colocado a pequena distância. A cegueira significa que o olho não pode perceber sequer a luz.

Definições utilizadas nas instruções para o preenchimento do formulário para registro de incapacidades físicas, item - olho (MS/CNDS - 1994)⁸:

- Sensibilidade da córnea diminuída ou ausente= diminuição ou ausência da resposta de piscar quando encostar um pedaço de fio dental de 5 cm na borda lateral inferior da córnea.
- Lagoftalmo = incapacidade parcial ou total de fechar os olhos.
- Ectrópio = eversão e desabamento da margem da pálpebra.
- Triquíase = cílios mal implantados, voltados para dentro, roçando a córnea.
- Opacidade corneana = perda da transparência da córnea em qualquer localização.
- Acuidade visual < 0,1 = se ao exame com a tabela de Snellen o paciente não enxerga o optotipo maior (0,1). No caso de não dispor da tabela, o paciente não conta dedos a 6 metros.

Resultados

Dos 3.210 casos novos de hanseníase detectados no ano de 1989, no Estado de São Paulo, 72 (2,2%) foram classificados como tendo graus 1, 2 e 3 na ficha de investigação epidemiológica, sendo 12 casos (16,7%) grau 1, 57 casos (79,1%) grau 2 e 3 casos (4,2%) grau 3.

O número de casos novos não avaliados em 1989 não estava disponível, pois o registro na FIE não permitia a conclusão sobre a ausência de incapacidade ou a não realização da avaliação ocular.

Em 1993, dos 2.927 casos novos notificados 130 (5,3%) tinham algum grau de incapacidade ocular e, em 1996, dos 2.918 casos novos notificados 164 (6,9%) tinham algum grau de incapacidade ocular (Tabela 1). Nestes anos a porcentagem de casos novos não avaliados para detectar incapacidades oculares foram 15,6% em 1993 e 18,6% em 1996.

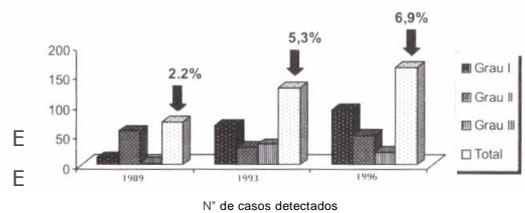
Tabela 1. Casos novos detectados de hanseníase segundo grau máximo de incapacidade ocular. Estado de São Paulo, Brasil. 1993 - 1996.

GRAU	DIAGNOSTICO	ANO DE DETECÇÃO			
		1993		1996	
		N ^o	%	N ^o	%
1	.1. Sensibilidade corneana	66	50,8	93	56,7
2	Lagoftalmo	10	7,7	20	12,2
	Triquíase	10	7,7	13	7,9
	Opacidade corneana	9	6,9	17	10,4
3	IA V < 0,1	35	26,9	21	12,8
Total		130	100,0	164	100,0

Fonte: CVE/SES-SP

Houve aumento do número de casos diagnosticados com incapacidades oculares ao longo dos anos, diferença estatisticamente significativa ao teste de x² (p<0,05) (Gráfico 1).

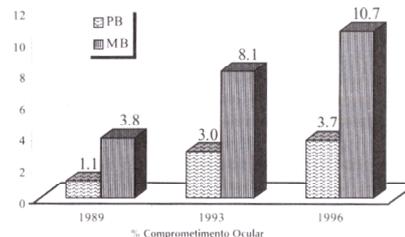
Gráfico 1. Casos novos detectados de hanseníase segundo grau máximo de incapacidade ocular por ano de detecção, Estado de São Paulo, Brasil. 1989, 1993 e 1996.



Fonte: CVE/SES-SP

Em 1989, foram diagnosticados 1838 casos de hanseníase paucibacilar (PB) e 1372 casos multibacilares (MB), a frequência de incapacidades oculares entre os paucibacilares foi de 1,1% e 3,8% entre os multibacilares. Nos anos de 1993 e 1996 a frequência de incapacidades oculares também foi maior entre os MB. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Frequência de incapacidades oculares em casos novos de hanseníase, por classificação, Estado de São Paulo, 1989, 1993 e 1996.



Fonte: CVE/SES-SP

Observou-se que a proporção de incapacidades oculares em 1989 foi 3,45 vezes maior nos casos MB do que nos PB, enquanto que em 1993 esta proporção foi 2,70 vezes maior e em 1996 foi 2,89 vezes maior. O teste do χ^2 mostrou que a ocorrência de incapacidades oculares foi significativamente maior entre os casos multibacilares ($p < 0,05$).

Dos casos novos detectados em 1993, 130 tinham um ou mais sinais de incapacidades oculares, sendo 66 (50,8%) com redução da sensibilidade corneana, 10 (7,7%) com lagoftalmo, 10 (7,7%) tinham triquíase, 9 (6,9%) opacidade corneana e 35 (26,9%) apresentavam acuidade visual menor que 0,1.

Em 1996, houve aumento do número de casos com diminuição da sensibilidade corneana (grau 1) e também de lagoftalmo, triquíase e opacidade corneana (grau 2), e redução dos casos com acuidade visual menor que 0,1 (grau 3) (Tabela 1).

Discussão

Houve aumento significativo na frequência das incapacidades oculares encontradas dentro da avaliação das incapacidades da hanseníase entre 1989 a 1996 (Gráfico 1), que passou de 2,2% para 6,9%.

Este aumento não indica piora da epidemia ou mesmo diagnóstico mais tardio, e sim melhora operacional, isto é, aprimoramento do diagnóstico, desencadeado pelos treinamentos e pela nova padronização dos procedimentos e critérios de exame oftalmológico.

Foi impossível comparar os graus de incapacidades oculares registrados em 1989 com os dados de 1993 e 1996, pois foram utilizados sinais oculares diferentes para a classificação. Mas entre 1993 e 1996 esta comparação pôde ser feita usando os graus de incapacidade, o aumento foi relacionado com grau 1 (diminuição da sensibilidade corneana), grau 2 (lagoftalmo, triquíase e opacidade corneana). Isto significa que houve detecção precoce das alterações oculares na hanseníase relacionada à melhora do programa de controle e ao aumento da sensibilidade do novo formulário.

Os pacientes multibacilares apresentaram proporções significativamente maiores de incapacidades oculares graves em relação aos pacientes paucibacilares, diferença estatisticamente significativa, concordando com dados da literatura que encontraram mais alterações oculares na forma Virchowiana^{1-2,9-10}.

A correta avaliação das incapacidades, não só das oculares, pode servir como um bom indicador para avaliar a qualidade do diagnóstico, principalmente nas áreas que apresentarem detecções média ou baixa.

A proporção de incapacidades oculares encontradas poderia ser útil na avaliação do diagnóstico dos casos de hanseníase, quando associado a um outro indi-

cador como a proporção de formas polarizadas em relação ao total de casos detectados. Neste caso, como demonstrado no ano de 1996, 10,7% dos casos multi-bacilares, avaliados oftalmologicamente, apresentaram algum grau de incapacidade, indicando a necessidade de seguimento oftalmológico durante o tratamento e após a alta por cura, melhorando assim a saúde ocular desses pacientes.

Estes dados mostraram ainda a necessidade de implantação e implementação de Serviços de Oftalmologia para o tratamento clínico e cirúrgico em áreas onde a hanseníase é endêmica, pois estes pacientes necessitam de acompanhamento oftalmológico periódico mesmo após alta por cura medicamentosa, pois a maioria das lesões pode evoluir, como por exemplo, a triquíase que pode lesar a córnea provocando úlceras ou as alterações oculares dos estados reacionais pós-alta por cura, como iridociclites, lagoftalmo agudo e episclerite".

Outros estudos devem ser feitos comparando as incapacidades oculares encontradas no momento da detecção e por ocasião de alta para avaliar a evolução das alterações oculares.

Abstract

An evaluation of data on ocular disabilities of leprosy registered cases in 1989, in São Paulo State, pointed that it was needed to change the criteria of diagnosis to improve sensibility at the time of detection. Since 1990, the Leprosy Program together with the Ophthalmology Service of São Paulo State, intensified training in detection, prevention and treatment of the ocular disabilities. A group of experts designed a new standardization of procedures and criteria for grading of the ocular disabilities in accordance with the WHO guidelines. The Leprosy notification forms were analyzed for the years 1989, 1993 and 1996 with the objective to evaluate the changes of criteria. In 1989, 3210 leprosy cases were notified, the frequency of ocular disabilities in those cases was 72 (2.2%). During 1993, of the 2927 leprosy cases notified, the frequency of ocular disabilities was 130 (5.3%). In 1996, 2915 cases were notified and the frequency of ocular disabilities was 164 (6.9%). The MB cases showed a greater proportion of ocular disabilities than the PB ($p < 0.05$). The changes in the forms for the diagnosis of the ocular disabilities, detected at the time of the notification, and the training of personnel, contributed to the increase of the number of cases with ocular disabilities, mainly in grade 1 (corneal hyposthesia) and grade 2 (Iagophthalmos, trichiasis, corneal opacification). This increase does not indicate worsening of the endemic disease neither later diagnosis, just operational improvement.

Key words: leprosy; eye manifestations; epidemiology

Referências

- 1 Brand MB. Care of the eye in Hansen's disease. Zed. Carville: The Start; 1987.
- 2 Courtright P, Johnson GI. Prevention of blindness in leprosy. London: International Center for Eye Health; 1988.
- 3 World Health Organization. A guide to leprosy control. Geneva; 1989.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia para controle de hanseníase. Brasília; 1984.
- 5 Organização Mundial da Saúde. Prevención de la ceguera: Informe de un grupo de estudo de la OMS. Geneva; 1973. (Série de Informes Técnicos, 518).
- 6 Organização Mundial da Saúde. WHO Expert Committee on Leprosy. Geneva; 1988. (Série de Informes Técnicos, 768).
- 7 Organização Mundial da Saúde. WHO Expert Committee on Leprosy. Geneva; 1970. (Série de Informes Técnicos, 459).
- 8 Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Guia de controle da hanseníase. Brasília; 1994.
- 9 Neto HLO, Silva JLM, Manso PG, Botene IN, Sartori MBF. Envolvimento ocular na hanseníase. Estudo em pacientes de ambulatório. Arq bras oftalmol 1996; 59:162-70.
- 10 Oréfice F. Estudo da histologia e da clínica em hansenianos em hospital de dermatologia sanitária (tese). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina; 1988.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Política da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para complicações oculares. Brasília; 2002.