

Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Taubaté-SP no ano de 1999

Epidemiological Situation of Leprosy Control in Taubaté-SP municipality in 1999

Lays Patryce Santos¹
Fátima de Oliveira Rabay²

RESUMO

O Brasil ocupa o segundo lugar do mundo em número absoluto de casos de hanseníase, sendo o primeiro das Américas. Em reunião promovida pela Organização Mundial de Saúde em Abdijan, na Costa do Marfim, em 1999, o Brasil assumiu novo compromisso de reduzir o coeficiente de prevalência a níveis inferiores a um paciente em cada 10000 habitantes até o final de 2005. Avaliou-se, retrospectivamente, no presente estudo, a situação epidemiológica e operacional do controle da hanseníase dos pacientes atendidos no município de Taubaté - São Paulo, no ano de 1999, a partir de informações coletadas na planilha epidemiológica, instituída pelo Ministério da Saúde. Detectou-se um coeficiente médio de prevalência de 3.24/10000 habitantes e um coeficiente alto de detecção anual de casos novos para o ano de 1999 (1.27/10000 habitantes). A maioria dos doentes (83.5%) era das formas multibacilares e o esquema terapêutico predominante foi a poliquimioterapia em 80% dos pacientes. Observou-se, também, que cerca de 15.7% dos doentes em registro ativo não receberam avaliação de incapacidade durante o ano. Dos pacientes que receberam alta por cura e foram avaliados quanto à incapacidade, 20.8% apresentaram graus II e III da mesma. É proposto o atendimento dos doentes pelas unidades básicas de saúde por estarem mais próximas da comunidade e por profissionais atentos ao diagnóstico precoce para obtermos o tão esperado controle da moléstia.

Descritores: Hanseníase/prevenção e controle; Hanseníase/epidemiologia; Avaliação de programas de controle; Saúde pública.

¹Médica residente no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté
Av. Charles Schneider, nº 1001, apto 12 - Bloco A. Vila Edmundo - Taubaté - SP- 12040-000 - (12) 225-9006
[e-mail: lays_patryce@yahoo.com](mailto:lays_patryce@yahoo.com)

²Dermatologista e Assistente Colaboradora do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté - SP

INTRODUÇÃO

O Gênero Humano está em busca "do melhor", dos altos fins da existência. Apesar do caos aparente que nos rodeia, esta busca se traduz em pequenas ações que isoladas podem não ser notadas, mas que no conjunto resultam em grandes realizações.

Na saúde, o ideal é a abordagem holística dos nossos pacientes, abrangendo corpo, mente, comportamento, modo de vida. A hanseníase é uma das doenças que mais afeta o homem como um todo, desde o corpo físico até a sua dignidade em certos casos, devido ao preconceito atávico em relação a ela (QOPLING & McDULGALL, 1991).

Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de maneiras diversas, de acordo com a resposta imunológica específica do hospedeiro frente ao bacilo. Esta resposta imune constitui um espectro que expressa diferentes formas clínicas da doença. Com uma resposta imunológica competente, o indivíduo evolui para a forma clínica localizada e não contagiosa da doença; se esta competência não é efetiva, uma forma difusa e contagiosa se desenvolve. Entre estes dois extremos encontram-se as formas intermediárias que refletem, também, graduais variações da resistência ao bacilo (SOUZA, 1997).

Permanecem dúvidas com relação à entrada do bacilo no organismo humano. A via aérea superior é ainda considerada a principal porta de entrada do bacilo; provavelmente ocorre também a infecção transplacentária. A contaminação, através de contato cutâneo, de lesões hansênicas com a pele íntegra ou com alterações das barreiras de defesa cutânea em indivíduos sãos ainda não está totalmente elucidada e é, por vezes, contestada (SOUZA, 1997).

As condições inadequadas de moradia e de alimentação são fatores importantes na disseminação da hanseníase, pois uma superpopulação doméstica, particularmente noturna, fornece meios ideais para que

ocorra a transmissão, seja por mero de gotículas ou por contato cutâneo (ANDRADE, 1995, OLIVEIRA, 1996).

O diagnóstico da hanseníase é baseado em alguns sinais cardinais como a presença de anestesia em lesões cutâneas, sugestivas da doença, o espessamento de nervos periféricos e a demonstração do *Mycobacterium leprae* no esfregaço da linfa ou cortes histológicos de tecidos. A partir desse conhecimento, são aplicadas classificações, que auxiliam a compreensão e norteiam a terapêutica (JOPLING & MCDUGALL, 1991, LOMBARDI, 1995, SOUZA, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) padronizou, para fins epidemiológicos, o instrumento de avaliação de incapacidade proposto por Bechelli e Dominguez, em 1996, que determina o envolvimento de mãos, pés e olhos por serem áreas com maior frequência de lesão de diagnóstico simples e com maiores repercussões nas atividades cotidianas do indivíduo (CARVALHO, 2000).

O Ministério da Saúde preconiza a graduação da incapacidade conforme sua gravidade em grau 0, 1, 2 e 3, sendo considerados os dados pelo grau máximo de incapacidade detectado no indivíduo nas mãos, pés e olhos (BRASIL, 1997, CARVALHO, 2000).

Cumpriremos melhor nossa parte se juntarmos as forças de médicos, especialistas ou não, com intuito de diagnosticar e tratar a doença, tão precocemente quanto possível, e reduzir, assim, tanto as sequelas como as fontes de infecção. (BRASIL, 1997; OLIVEIRA, 1998)

A hanseníase possui uma vasta distribuição mundial, prevalecendo nas regiões tropicais e subtropicais. Dentre estas, a maior ocorrência é nos países subdesenvolvidos, que mantêm consideráveis níveis endêmicos da doença (MATOS, 1999).

Importante lembrar que a política de saúde desses países subdesenvolvidos mantém o foco de atenção voltado para problemas de saúde característicos de áreas desenvolvidas, enquanto doenças como a hanseníase, tuberculose e malária mantêm seus números elevados (ANDRADE, 1995, FELICIANO, 1998).

Existem mais de 800.000 doentes espalhados por todos os continentes, dos quais de 80.000 estão no Brasil que é o segundo no mundo em número absoluto de doentes.

No Estado de São Paulo, nos últimos 10 anos, tiveram alta por cura mais de 40.000 doentes, sendo a prevalência, em 1998, de 2,0/10000 habitantes (FONSECA, 1985).

O Município de Taubaté, conta com o Ambulatório Regional de Especialidades (A.R.E.), como único serviço local responsável pelo programa de controle da hanseníase no município. Em 1998, um total de 30 casos novos foram diagnosticados, correspondendo a uma taxa de detecção de 1,32/10000 habitantes e um total de 80 casos em registro ativo, equivalente a uma taxa de prevalência de 3,8/10000 habitantes (JOPLING & MCDUGALL, 1991).

A poliquimioterapia da hanseníase, instituída pela

OMS, em 1981, revolucionou o tratamento da hanseníase, proporcionando adesão dos pacientes ao tratamento, esperança de cura em curto espaço de tempo e saneamento mais rápido dos focos ativos (BRASIL, 1994, ELIMINAÇÃO, 1991).

Em reunião promovida pela OMS, em Abidjan, Costa do Marfim, em 1999, o Brasil assumiu como novo compromisso reduzir o coeficiente de prevalência a níveis inferiores a um paciente em cada 10000 habitantes até o final de 2005, quando pelo menos 16 estados do país, que representam 80% da população brasileira e que detêm 48% e 45% da prevalência e da detecção, respectivamente, terão alcançado esta meta de eliminação (Eliminação, 1991, Munhoz, 1997, Nogueira, 1995).

A meta da OMS de erradicar a moléstia até o final de 2005 só poderá ser atingida se observarmos a realidade de cada região e adaptarmos-lhe soluções que atentem aos problemas locais.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal analítico da hanseníase no município de Taubaté, do período de 01/01/1999 a 31/12/1999, tendo sido coletadas as seguintes informações das planilhas epidemiológicas de hanseníase dispostas no A.R.E.: idade, sexo, forma clínica, esquema medicamentoso, avaliação de incapacidade, situação de tratamento, casos novos e saídas.

Os pacientes encaminhados ao A.R.E. provêm dos postos da rede básica de saúde, dos planos de saúde à família, das fábricas automobilísticas locais e do Hospital Universitário de Taubaté, responsável por uma significativa demanda de pacientes.

Foram utilizados os indicadores epidemiológicos e operacionais recomendados pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento das atividades de controle da hanseníase (BRASIL, 1994).

Para análise estatística dos resultados foi utilizado o programa EPI INFO, versão 6.0, do Centers for Disease Control of Atlanta - USA, sendo calculados os valores em forma de percentuais, média, desvio padrão e análise de significância estatística para variáveis paramétricas, utilizando-se o teste "t" de Student, sendo o intervalo de confiança considerado de 0 a 95% e o "p" < 0,05.

RESULTADOS

No ano de 1999, para um total de 103 pacientes residentes no município de Taubaté, houve registro ativo de 74 pacientes até o final do ano, dos quais 29 eram casos novos, resultando em um coeficiente médio de prevalência de 3,24/10000 habitantes, inferior ao coeficiente nacional (4,88/10000 habitantes), mas superior ao preconizado pela OMS

(níveis inferiores a um paciente em cada 10000 habitantes). O coeficiente de detecção anual de casos novos para o ano de 1999 foi considerado alto (1.27/10000 habitantes).

A distribuição percentual de casos novos, por ano de detecção, apresentou declínio de 1990 a 1994, ascensão em 1996, seguida de estabilização até o momento (Gráfico I).

Dos 103 pacientes registrados, 53 (51.5%) eram do sexo masculino e 50 (48.5%) eram do sexo feminino (Gráfico II).

A faixa etária variou de 19 a 83 anos de idade, com média de 44 (desvio padrão = ±2) anos, sendo que 32% do total de casos têm entre 40 e 49 anos e 24.5% têm entre 30 e 39 anos de idade (Gráfico III).

A maioria dos doentes (83,50%) era das formas

Gráfico I - Número de casos de hanseníase, segundo ano de detecção. Município de Taubaté. 1990-1999

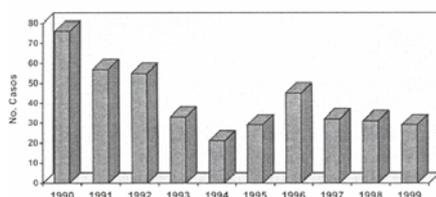


Gráfico II - Distribuição dos hansenianos segundo sexo. Município de Taubaté. 1990-1999

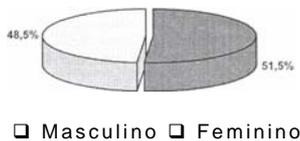
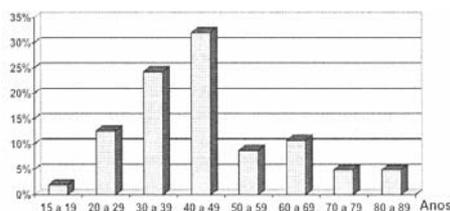


Gráfico III - Distribuição dos hansenianos segundo faixa etária. Município de Taubaté. 1990-1999



multibacilares e o esquema terapêutico predominante foi o da poliquimioterapia/Ministério da Saúde em 80,03% dos pacientes.

Aproximadamente 84,32% dos pacientes em registro ativo, até o final de 1999, foram avaliados com relação incapacidade neurológica instalada nas mãos, pés e olhos.

No Gráfico IV, estão esquematizadas as frequências de incapacidade nas mãos, pés e olhos dos hansenianos atendidos em Taubaté no ano de 1999 segundo o sexo e o grau de incapacidade. Entre os doentes avaliados, a presença de deformidade nas mãos, pés e olhos foi maior no sexo feminino em relação a quase todas as seqüelas. Deformidade nas mãos foram notadas em 11.70% das mulheres e 9.97% dos homens e deformidade nos pés em 8.42% das mulheres e 10.52% dos homens. Houve comprometimento importante da acuidade visual em 3.26% das mulheres e 1.08% dos homens.

Dos 26 pacientes que tiveram alta por cura, cerca de 92.30% foram avaliados com relação aos graus de incapacidade e classificados como portadores de incapacidades de grau II e III, observando-se deformidade nas mãos em 15.40%, deformidade nos pés em 7.70% desses pacientes, não havendo comprometimento ocular importante.

Esses mesmos pacientes foram avaliados quando inscritos inicialmente no programa, sendo avaliados 96.15%, destes, 15.30% apresentavam deformidade nas mãos, 11.50% nos pés e 3.8% com alteração importante da acuidade visual (p=0.05), (Gráfico V).

Gráfico IV - Distribuição percentual de incapacidades de graus II e III em hansenianos, segundo localização topográfica. Município de Taubaté. 1990-1999

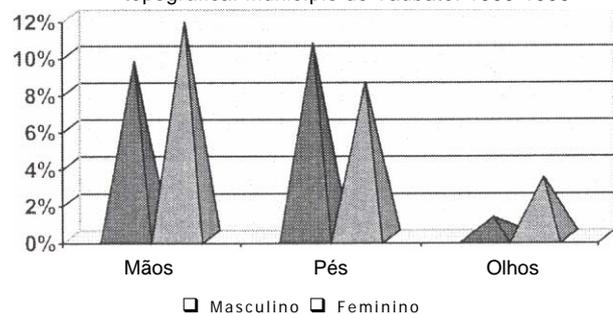
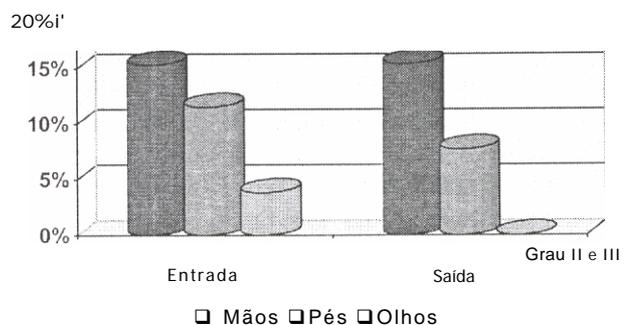


Gráfico V - Sugestão: Distribuição percentual de incapacidades de graus II e III em hansenianos, segundo localização topográfica e tempo de avaliação. Município de Taubaté. 1990-1999



DISCUSSÃO

Para avaliar a magnitude do problema da hanseníase na região estudada, foi utilizado o coeficiente de prevalência e de registro de casos novos. Estes foram, respectivamente, 3.24 e 1.27 casos/10.000 habitantes, considerados parâmetros médio e alto, pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) (BRASIL, 1994). Apesar da alta taxa de detecção, o que se observa, nos últimos anos, entretanto, é um declínio nessas taxas de 1990 a 1994, com ascensão até 1996, seguida de estabilização até o momento, considerando a hipótese de que haja uma tendência no controle da endemia.

A redução da prevalência no município, progressivamente menor que nos anos anteriores, teve como causa a implantação de esquemas curtos de tratamento para os paciente multibacilares.

Sendo a hanseníase transmitida através de longos períodos de contato, é maior o número de doentes abaixo de quinze anos quanto maior a exposição a focos transmissores (17). No nosso estudo, não foram detectados pacientes com menos de quinze anos de idade, indicando que a doença poupou as faixas etárias menores.

As formas multibacilares foram, evidentemente, as mais freqüentes. Uma vez diagnosticada a hanseníase, cabe aos serviços de saúde evitar que os doentes multibacilares continuem transmitindo a doença e instituir, precocemente, a terapêutica para os doentes paucibacilares, buscando a destruição dos bacilos existentes no organismo, evitando, assim, a evolução da doença e a instalação de sequelas incapacitantes.

Um bom indicador epidemiológico para determinar a tendência da endemia é analisar a proporção entre o número de casos pauci e multibacilares, através da proporção de casos novos de forma T registrados no ano em relação ao total dos casos nas formas clínicas V, D e T que foi igual a 21.42%, um valor inferior ao aceitável pela DNDS, indicando que a endemia pode ser controlada, se houver tratamento dos focos multibacilares e detecção precoce da doença.

Uma vez diagnosticada a hanseníase, cabe aos serviços de saúde evitar que os doentes multibacilares continuem transmitindo a doença e instituir, precocemente, a terapêutica para os doentes paucibacilares, buscando a destruição dos bacilos existentes no organismo, evitando, assim, a evolução da doença e a instalação de sequelas incapacitantes.

A hanseníase pode gerar seqüelas, mesmo após o controle da doença, por mecanismos imunológicos que causam lesões neurológicas irreversíveis (MUNHOZ, 1995). O atendimento foi de boa qualidade, na medida que 84.32% dos pacientes em registro ativo, até o final do ano de 1999, foram avaliados quanto à incapacidade neurológica. No entanto, a proporção de doentes com graus II e III de incapacidade entre os casos novos registrados e avaliados foi alta (36.36% dos indivíduos), segundo padrão da OMS,

indicando atraso no diagnóstico, o que favorece à transmissão da doença com prejuízo na qualidade de vida do paciente.

As avaliações periódicas são necessárias para prevenção de seqüelas. Cerca de 92.30% dos pacientes que saíram do registro por cura foram avaliados, observando-se uma redução da incapacidade de graus II e III nos pés e olhos no decorrer do tratamento, sendo predominante, porém, o encontro de deformidade nas mãos em 15.40% dos doentes, refletindo, portanto, uma necessidade de aprimoramento aos serviços de assistência oferecida.

Em relação ao Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté, em 1999, foram detectados oito casos novos da doença, sendo encaminhados ao A.R.E., estando os mesmos em curso de tratamento. Aliás, desde a implantação do serviço em 1998 até o término do estudo, foram detectados vinte um casos novos, revelando potencial para ser uma nova frente de atendimento. Além de ser um centro formador de médicos e dermatologistas, o serviço conta com enfermagem e ambulatório de especialidades (plástica, ortopedia, oftalmologia entre outros) que podem auxiliar no atendimento ao doente hanseniano.

Constatamos, diante dos resultados, que a hanseníase é um importante problema de saúde na região e que necessitamos ampliar o número de profissionais atentos ao diagnóstico precoce, a fim de obtermos o tão esperado controle da moléstia.

SUMMARY

Brazil ranks second in the absolute number of leprosy cases in the world and first in the Americas. In 1999, a conference was held by the World Health Organization in Abidjan, Ivory Coast and there Brazil had set a goal to reduce the prevalence to below 1:10000 inhabitants by the year 2005. Leprosy epidemiological data, collected by the Ministry of Health It were retrospectively studied to asses the epidemiological and operational situation of leprosy control of the patients seen in Taubaté municipality, São Paulo, in 1999. A prevalence of 3.24/10000 inhabitants and a high incidence (1.27/10000 inhabitants) were found for the year. The majority of patients (83.5%) had multibacillary leprosy and most received multiple drugs treatment (80% of the patients). It was also seen that 15.7% of the patients were not evaluated for disabilities during the year. While in 20.8% of the patients who were released from treatment and were evaluated for disabilities, a disabilities of grade II and III, was found. It is proposed to focus on assistance in basic health care units, because these are closer to the community and have health professionals for early diagnosis. To achieve in this way the so hoped for control of the disease.

Uniterms: Leprosy/prevention and control; Leprosy/epidemiologia; National Health Programs Evaluation; Public Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ANDRADE, V.L.G. A urbanização do tratamento da hanseníase. *Hansen Int.*, v.20, n.2, p. 51-59, 1995.
- 2 BECHELLI, L.M.; DOMINGUEZ, M.V. Disability index for leprosy patients. *Bull. Wild. Hlth. Org.*, v.44, n.5, p. 709-713, 1971.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Guia de controle da hanseníase*. 2. ed. Brasília, 1994.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Manual de prevenção de incapacidades*. Brasília, 1997.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase no Brasil*. Brasília, 1997.
- 6 CARVALHO, GA. et al. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. *Hansen. Int.*, v. 25, n.1, p. 39-48, 2000.
- 7 Diário Oficial do Estado de São Paulo - decreto nº 43379, v 108, n. 154, seção I. São Paulo, 1998.
- 8 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Eliminação da hanseníase até o ano 2000*. Assembléia Mundial de Saúde-OMS. Genebra, 1991.
- 9 FELICIANO, K.V.O. et al. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.4, n.1, 1998.
- 10 FONSECA, P.H.M. Situação da hanseníase em alguns estados brasileiros - uma revisão da literatura. *Arq. bras. Med.*, v.59, n.2, p.107-108, 1985.
- 11 JOPLING, W.H.; McDOUGALL, A.C. Manual de hanseníase. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1991.
- 12 SÃO PAULO (Estado) Lei Estadual nº9880 de 10/12/97. Taubaté: Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo. *Vigilância Epidemiológica - DIR XXIV, 1997*.
- 13 LOMBARDI, C. et al. Eficacia protectora del BCG contra la lepra en São Paulo, Brasil. *Bol Ofic. Sanit. Panam*, v.119, n.5, p. 415-21, 1995.
- 14 MATOS, W. et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad. Saúde Pública*, v.15, n.3, p. 533-42, 1999.
- 15 MUNHOZ JR., S. et al. Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios mato-grossenses. Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.3, p.282-287, 1997.
- 16 NOGUEIRA, W. et al. Perspectivas de eliminação da hanseníase. *Hansen Int*, v. 20, n.1, p.19-28, 1995.
- 17 OLIVEIRA, S. N. et al. Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto-SP no ano de 1992. *Rev. Med. Ribeirão Preto*, v.29, p.114-122, 1996.
- 18 OLIVEIRA, H. R. et al. Hanseníase no ambiente de trabalho. *Rev. bras. Saúde Ocupas*, v.91/92, n.24, p.49-55, 1998.
- 19 SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Rev. Med. Ribeirão Preto*, v.30, p.325-334, 1997.
- 20 VEGAS, F. K. El Proyecto Sine Lepra 2000. *Gac. Méd. Caracas*, v.104, n.3, p.201-5, 1996.