

Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ*

Epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy by contact exam in the municipality of Campos dos Goytacazes, RJ

Janaína Rangel Lobo¹, Juliana Corrêa Campos Barreto¹, Lara Ladislau Alves¹, Larissa Crespo Crispim¹, Laura de Almeida Barreto¹, Laura Rangel Duncan¹, Letícia Cordeiro Rangel¹, Edilbert Pellegrini Nahn Junior²

*Recebido da Faculdade de Medicina de Campos (FMC). Campos dos Goytacazes, RJ.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Realizou-se esse estudo para obter informações pontuais visando estabelecer e valorizar medidas de controle da cadeia epidemiológica da doença. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de pacientes diagnosticados com hanseníase por exame de contato assim como o seu perfil epidemiológico.

MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal composto por 82 pacientes diagnosticados por exame de contato entre 2006 e 2010, a partir da análise das fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) disponíveis no Programa Municipal de Controle da Hanseníase. Foi determinada a prevalência deste modo de detecção em relação ao número total de casos e as variáveis analisadas foram: sexo, idade, formas clínicas e classificação operacional.

RESULTADOS: Constatou-se prevalência de 16% de pacientes detectados por exame de contato do total de 564 casos notificados. Observou-se que 51% eram do sexo feminino. A faixa etária mais acometida englobou crianças até 15 anos, correspondendo a 25% (21 casos). A classificação operacional paucibacilar foi a mais prevalente com 75% do total, sendo a forma tuberculoides presente em 50% dos casos.

CONCLUSÃO: Observou-se a importância do exame de contato para interromper a cadeia epidemiológica da doença, diagnos-

ticando precocemente sinais e sintomas e instituindo o tratamento adequado, para que possam evitar as formas graves da doença, incluindo suas incapacidades.

Descritores: Contactantes, Epidemiologia, Hanseníase.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: We conducted this study to obtain specific information to establish and enhance measures to control disease epidemiological chain. The objective of this study were investigated the prevalence of patients diagnosed with leprosy by examination of contact as well as the epidemiological profile of them.

METHOD: This is a cross-sectional study comprising 82 patients diagnosed by examination of contact between 2006 and 2010, from the analysis of reporting forms SINAN (Information System for Notifiable Diseases) available in the Municipal Program for the Control of Leprosy. We determined the prevalence of this mode of detection in the total number of cases and the variables analyzed were gender, age, clinical forms and clinical classification.

RESULTS: We found prevalence of 16% of patients detected by contact exam of the total 564 cases reported. It was observed that 51% were female. The most affected age group comprised children less than 15 years, corresponding to 25% (21 cases). The operational classification paucibacillary was most prevalent with 75% of the total, with the tuberculoid form present in 50% of cases.

CONCLUSION: It may be noted the importance of this contact to stop the epidemiology of the disease, diagnosing early signs and symptoms and instituting proper treatment so they can prevent serious disease, including their disabilities the total number of cases and the variables analyzed were gender, age, clinical forms and clinical classification.

Keywords: Contact exam, Epidemiologic, Leprosy.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma infecção granulomatosa crônica, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, transmitida pelas vias aéreas superiores, de pessoa a pessoa¹. A transmissão se faz de forma direta, por via respiratória, mas é necessário ter predisposição para adquirir a doença e ter contato íntimo e prolongado

1. Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos (FMC). Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

2. Mestre em Dermatologia pela Universidade Federal Fluminense; Especialista em Hanseníase pela Sociedade Brasileira de Hansenologia; Coordenador do Programa de Eliminação da Hanseníase na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

Apresentado em 23 de março de 2011

Aceito para publicação em 27 de julho de 2011

Endereço para correspondência:

Laura Rangel Duncan

Rua Ovídio Manhães, 80 – Centro

28013-290 Campos dos Goytacazes, RJ

Fone: (22) 99895405

E-mail: laura_rduncan@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

com o doente sem tratamento. O bacilo tem elevado potencial infectante, mas, somente 10% das pessoas que vivem em situações de alta prevalência adoecem². Vários estudos têm demonstrado que, diante da contaminação, a maioria dos indivíduos oferece resistência ao *Mycobacterium leprae*, não desenvolvendo a doença, situação que pode ser alterada, em função da relação entre agente, meio ambiente e hospedeiro³.

A afecção pode ser mais bem entendida se for considerada associação de duas doenças. A primeira é uma infecção crônica causada pelo *M. leprae*, organismo intracelular obrigatório que induz extraordinária resposta imune nos indivíduos acometidos. A segunda é neuropatia periférica iniciada pela infecção e acompanhada por eventos imunológicos, cuja evolução e seqüelas frequentemente se estendem por muitos anos após a cura da infecção, podendo levar a grave debilidade física, social e conseqüências psicológicas¹.

O Ministério da Saúde (MS) considera caso de hanseníase quando o indivíduo apresenta uma ou mais de uma das seguintes características e que necessita quimioterapia: lesão de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo com espessamento neural; baciloscopia positiva⁴.

De acordo com o MS, a classificação da hanseníase é feita para fins operacionais de tratamento quimioterápico em: I. Paucibacilares (PB): casos com até cinco lesões de pele e que inclui as formas clínicas tuberculoide (T) e indeterminada (Mitsuda positivo); II. Multibacilares (MB): casos com mais de cinco lesões de pele incluindo as formas clínicas virchowiana (V) e dimorfa (D)⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a hanseníase como um problema de saúde pública, principalmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassam um caso por 10.000 habitantes⁵. Em 1985, 122 países no mundo tiveram uma prevalência de > 1 caso por 10.000 habitantes. Esse total diminuiu para 24 países em 2000, 15 em 2001 e 12 até 2002. A maioria de casos de hanseníase se concentra em sete países: Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Mianmar, Nepal e a República Unida da Tanzânia⁶. Em 2007, no Brasil, o coeficiente de detecção de novos casos alcançou o valor de 21,08/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência, 21,94/100.000 habitantes⁷.

Segundo o boletim epidemiológico da OMS de 27 de agosto de 2010, 16 países no mundo notificaram mil ou mais casos em 2009. Entre as regiões da OMS, a Ásia apresentou a maior taxa de detecção com 9,39 casos por 100.000 habitantes, seguida das Américas com 4,58 casos com 100.000 habitantes. Nestas regiões os dados foram fortemente influenciados pelo número de casos notificados pela Índia com 133.717 (maior número de casos), e pelo Brasil com 37.610 casos, o segundo país em número de casos. Dos 40.474 casos novos nas Américas 93% são casos notificados no Brasil⁸.

Apesar da redução na taxa de prevalência já que em 1985 a taxa de prevalência correspondia a 19 em cada 10.000 habitantes, a hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública no Brasil, o que exige um plano de aceleração e de intensificação das ações de eliminação e de vigilância resolutiva e contínua⁹.

O objetivo da política de controle da hanseníase foi diagnosticar, tratar e curar todos os casos. Quando confirma a doença em um indivíduo, o serviço de saúde local examina também os

parentes e as pessoas com quem o portador tem ou teve contato para identificar outros casos existentes. Dessa forma, é possível reduzir as fontes de transmissão¹⁰. A investigação epidemiológica consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados e repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase¹¹.

O Ministério da Saúde considera uma média de quatro contatos domiciliares por paciente. Assim, para cada caso diagnosticado, deve-se prever a vigilância de quatro indivíduos, com o objetivo de se adotar medidas profiláticas em relação aos mesmos¹². Para fins operacionais considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos 5 anos¹¹. A OMS mostra que em 2009 no Brasil apenas 59,8% dos pacientes tiveram seus contatos examinados⁸.

A investigação adequada dos contatos contribui para a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata precocemente os casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades, pois estas podem limitar a produtividade do indivíduo e gerar a marginalização social¹². Diante desse quadro, medidas de prevenção e controle, além do tratamento eficaz dos casos, são absolutamente necessárias. Enquanto uma vacina efetiva para hanseníase não se encontra disponível, programas de vigilância epidemiológica assumem importância central no controle e prevenção da doença. Como a transmissão do *M. leprae* ocorre de indivíduo para indivíduo, os contatos intradomiciliares constituem um grupo de risco¹³.

O objetivo deste estudo foi obter informações pontuais visando estabelecer e valorizar medidas de controle da cadeia epidemiológica da doença. Investigou-se a prevalência de pacientes diagnosticados com hanseníase por exame de contato assim como o seu perfil epidemiológico.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas Científicas do Hospital Escola Álvaro Alvim sob nº 411274, foi realizado um estudo do tipo transversal-observacional. A população constituiu-se de 82 pacientes que foram diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no período entre 2006 e 2010 no Centro de Referência de Hanseníase. A coleta de dados ocorreu a partir da análise das fichas de notificação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) disponíveis no centro. O número total de pacientes diagnosticados com hanseníase e notificados nos cinco anos abordados considerando até setembro de 2010 foi de 564 indivíduos, porém foram incluídos no estudo somente aqueles que no tópico "Modo de detecção de caso novo" na ficha do SINAN possuíam o número 4 correspondendo à opção "Exame de contato". O diagnóstico foi baseado em achados clínicos. Dessa forma foi determinada a prevalência deste modo de detecção em relação ao número total de casos e as variáveis analisadas foram: sexo, idade, formas clínicas e classificação operacional. Os dados foram analisados estatisticamente e a apresentação foi feita com números absolutos e percentuais de cada variável analisada.

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 82 indivíduos que foram diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no Programa Municipal.

De acordo com a avaliação do número de casos por ano, em 2006 foram identificados 22 casos novos diagnosticados com hanseníase por exame de contato, sendo este o ano de maior prevalência no estudo. Em 2007 houve 15 casos. No ano de 2008, foram observados 20 novos casos. Em 2009, foram obtidos 18 casos e até setembro de 2010, foram registrados sete casos, sendo até o momento o ano de menor prevalência de novos casos, ilustrado no gráfico 1.

O total de pacientes diagnosticados com hanseníase e notificados no SINAN no período entre 2006 e 2010 foi de 524 pacientes, porém participaram do estudo 82 pacientes que foram diagnosticados com hanseníase através o exame de contato mostrando assim uma prevalência de 16% deste modo de detecção.

De acordo com a divisão de sexos, pode-se observar maior prevalência do sexo masculino no ano de 2006, sendo 13 homens para nove mulheres. O mesmo ocorreu no ano de 2007, sendo nove homens para seis mulheres. Já no ano de 2009, houve uma inversão dos resultados, tendo maior prevalência do sexo feminino, sendo 13 mulheres para sete homens. No ano de 2009 foi observado um equilíbrio entre homens e mulheres, sendo a distri-

buição de 9 para cada. Até setembro de 2010, foi observado um retorno da prevalência do sexo feminino, sendo cinco mulheres para dois homens. Sendo assim, como resultado total foi revelado uma totalidade de quarenta e duas mulheres para quarenta homens mostrando uma prevalência do sexo feminino de 51% (Gráfico 2).

Segundo a classificação operacional, dos 82 casos estudados, 21 foram classificados como multibacilar, correspondendo a 25% do total e 61 foram classificados como paucibacilar, correspondendo aos 75% restantes (Gráfico 3).

A distribuição por classificação operacional durante os anos mostrou que em 2006 houve o maior número de casos paucibacilares com 19 casos e os multibacilares corresponderam a 3 casos. No ano de 2007 foram 11 casos paucibacilares e 4 multibacilares ao passo que em 2008 foram 15 casos paucibacilares e 5 multibacilares. No ano de 2009, a classificação paucibacilar continuou sendo mais prevalente quando comparada a multibacilar com 11 e 6 casos, respectivamente e no ano de 2010, os números foram de 4 casos paucibacilares para 3 multibacilares (Gráfico 4).

Segundo a classificação de Madrid, a forma Virchowiana correspondeu a 11% do total, sendo nove casos. A forma Dimorfa representou 15% (12 casos). A forma indeterminada 24% (20 casos) e a forma tuberculóide que foi a mais prevalente esteve presente em 50% dos casos (41 casos), ilustrada no gráfico 5.

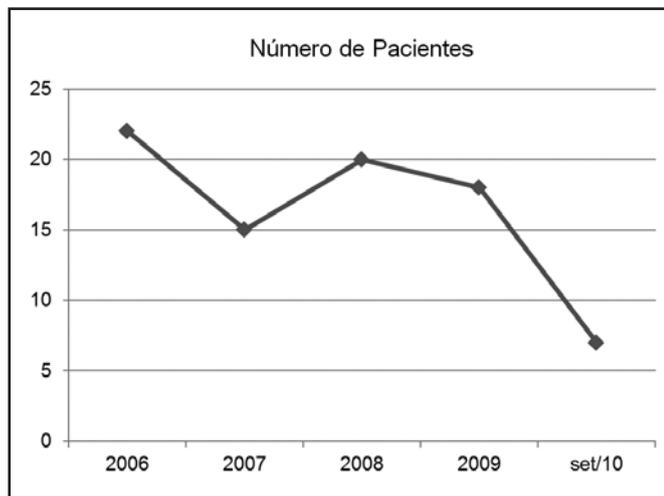


Gráfico 1 - Número total de pacientes de acordo com o ano.

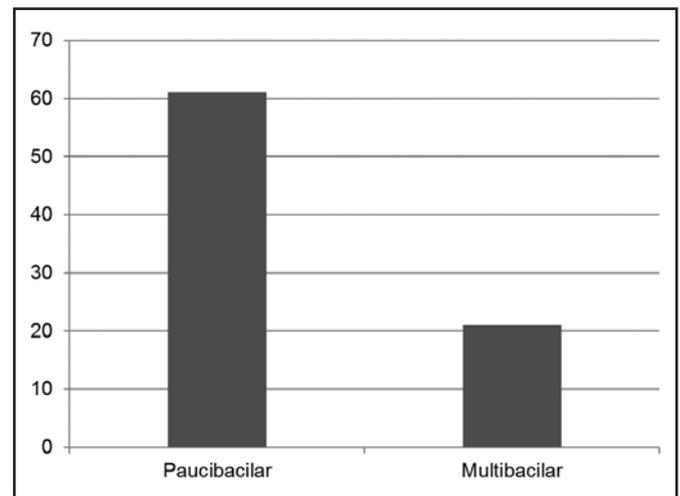


Gráfico 3 - Formas da doença.

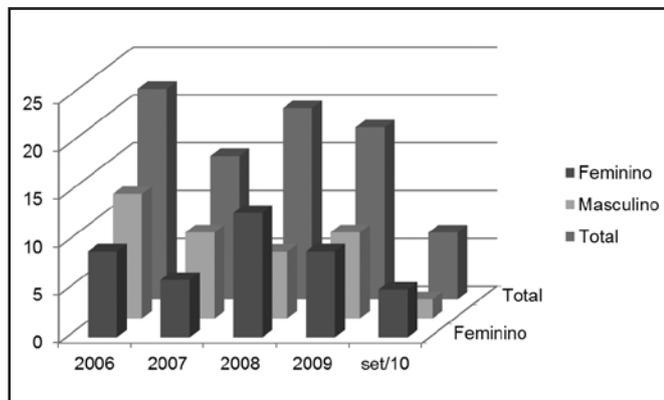


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo.

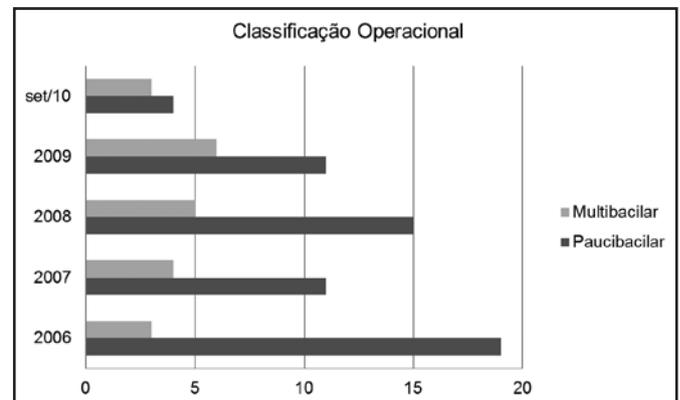


Gráfico 4 - Distribuição por classificação operacional.

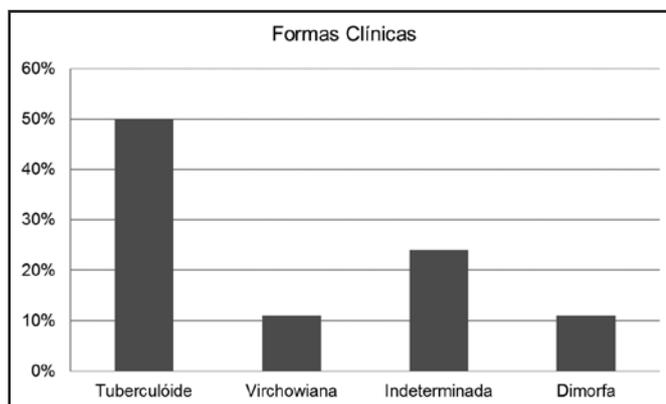


Gráfico 5 - Distribuição de acordo com as formas clínicas.

De acordo com a divisão de idade, a faixa etária de 0 a 15 anos inclui 23 pessoas, sendo a de maior prevalência. A faixa etária de 16 a 30 abrange 15 pessoas. A faixa etária de 31 a 45 inclui 21 pessoas. De 46 a 60 tem 16 pessoas. A faixa de 61 aos 75 anos inclui 6 pacientes. A faixa de 76 aos 100 abrange uma pessoa, sendo a faixa de menor prevalência (Gráfico 6).

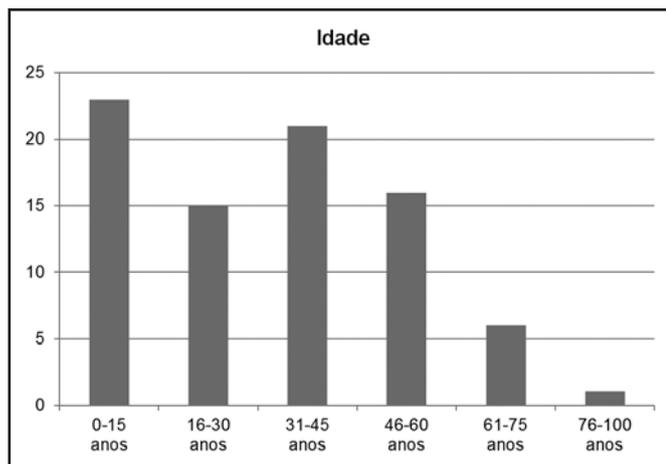


Gráfico 6 - Distribuição de acordo com a idade.

DISCUSSÃO

A hanseníase hoje representa um grave problema de Saúde Pública no Brasil¹⁴. Segundo a OMS, em todo o mundo, 456.699 casos novos foram detectados no ano de 2009 até o mês de abril de 2010. No ano de 2009, o número de casos notificados no Brasil foi de 37.610 casos representando 93% dos casos novos diagnosticados nas Américas⁸.

Como todos portadores de hanseníase foram primeiramente comunicantes, são considerados de significativa importância epidemiológica em termos de endemia e passam a se tornar um grupo de risco vulnerável do ponto de vista da cadeia do processo infeccioso².

No Brasil, considerando o período entre 2001 e 2007, o valor médio de contatos examinados dos casos novos de hanseníase foi de 50,5%, com variação de 43,8%, em 2006, a 68%, em 2001. Os percentuais registrados no país, considerados os valores regionais médios, podem ser enquadrados, ao final do período acompanhado, na faixa definida como regular pelo PNCH (Programa Nacional de Controle da Hanseníase), ou próximos desta classi-

ficação, que abrange proporções de 50,0% a menos de 75,0%. A meta estabelecida pelo programa para o indicador é o crescimento anual gradativo de 12%⁷.

Um dos poucos estudos a apresentar o risco de os contatos extradomiciliares de casos de hanseníase adquirir a doença foi o de Van Beers e col.¹⁵, nesse estudo encontraram que, de 101 casos de hanseníase ocorridos em um período de 25 anos em Sulawesi (Indonésia), 79 (78%) puderam reconhecer-se como contatos de outro caso de hanseníase, sendo encontrado um risco estimado de aproximadamente nove vezes maior em contatos conviventes de doentes e quatro vezes mais alto entre os vizinhos diretos que nos indivíduos que não haviam tido contato com os doentes de hanseníase.

Foi observado na pesquisa realizada, que do ano de 2006 até setembro de 2010 foram feitos 524 diagnósticos no Centro de Referência de Hanseníase do município de Campos dos Goytacazes. Dentre esse total, 82 casos foram realizados através do exame de contato, sendo então a prevalência de 16%.

Existem outros fatores que favorecem a endemicidade: condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde, e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente. Na maioria das regiões do mundo a incidência da doença é maior nos homens do que nas mulheres².

A literatura relata que os homens são de maneira geral, mais afetado pela hanseníase. Entretanto, no presente estudo, as mulheres, enquanto comunicantes intradomiciliares se mostraram mais propensas a adquirir a doença, embora tenham ocorrido algumas oscilações dos números no período pesquisado, sendo a diferença mínima de 2% entre os sexos.

De acordo com a OMS/OPAS (1989), estudos demonstraram que os contatos intradomiciliares dos doentes paucibacilares estão duas vezes mais propensos a adquirir a doença do que aqueles que não possuem contato conhecido no domicílio e que os contatos de doentes multibacilares correm um risco de quatro a 10 vezes maior de adquirir a doença¹⁶.

Nosso estudo demonstrou uma ampla diferença na prevalência das formas clínicas de acordo com a Classificação Operacional, estando a forma paucibacilar presente em 75% dos casos. No entanto, foi observado que, com o passar dos anos, essa extensa margem de diferença vem diminuindo cada vez mais, com tendência à um equilíbrio entre as formas paucibacilares e multibacilares.

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, desde 2007, o Brasil utiliza e prioriza como indicador de acompanhamento da endemia o coeficiente de casos de hanseníase em menores de 15 anos. A análise do Programa Nacional de Controle da Hanseníase mostra que o auge da detecção de casos nessa faixa etária ocorreu em 2003, contrastando com os dados dos anos seguintes, que indicam uma redução significativa no coeficiente, da ordem de 25%, em um período de 5 anos. Assim, mesmo com o aumento da sensibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), verifica-se redução no número de casos novos em menores de 15 anos, principal indicador de monitoramento da endemia, porque permite detectar focos de transmissão ativa da doença.

Na presente pesquisa, foram constatados 21 casos diagnosticados em menores de 15 anos, sendo esses dados de extrema importância para controle da endemia, assim como prevenção das incapacidades que podem sobrevir ao longo da doença.

CONCLUSÃO

Com os dados obtidos pôde-se observar que 16% dos casos novos foram diagnosticados através do exame de contato mostrando dessa forma a importância desse exame para interromper a cadeia epidemiológica, diagnosticando precocemente sinais e sintomas e instituindo o tratamento adequado, para que possam evitar as formas graves da doença, incluindo suas incapacidades. Ou seja, o exame clínico dos comunicantes como conduta epidemiológica deve ser sempre realizada, principalmente em crianças e jovens menores de 15 anos que são considerados indicadores de acompanhamento da endemia.

No Brasil, nem todos os pacientes diagnosticados com hanseníase tem seus contactantes examinados e por isso deve ser sempre ressaltado ao paciente a importância deste exame para seus contatos uma vez que este modo de detecção de caso novo permite um diagnóstico mais precoce contribuindo assim para medidas de controle da doença.

Apesar de o presente estudo ter o objetivo de enfatizar o perfil epidemiológico e o papel dos contactantes na disseminação da doença, deve-se considerar outros aspectos além daqueles constatados na ficha do SINAN, tais como políticos, econômicos, sociais, educacionais, culturais, demográficos e do grau de organização e qualidade dos serviços de saúde. Por isso, a hanseníase é considerada um problema de saúde pública em que devem ser sempre desenvolvidos e executados novos projetos e programas para controle da doença não apenas a nível municipal ou nacional, mas sim mundial.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça VA, Melo GEBA, Teixeira AL, et al. Imunologia da hanseníase. *An Bras Dermatol* 2008;83(4):343-50.
2. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, et al. Avaliação e controle de contatos fáltofos de doentes com hanseníase. *Rev Bras Enferm* 2008;61:682-8.
3. Souza CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina* 1997;30(3):325-34.
4. Guia Para o Controle da Hanseníase. Ministério da Saúde [Internet]. 2002. [Citado em 2010 nov 14]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf
5. World Health Organization. Estratégia Global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. Geneva: World Health Organization; 2005. p.2-27. [Citado em 2010 nov 21]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estrategia_global-hanseníase.pdf
6. Suneetha S, Lockwood DNJ. Hanseníase: uma doença muito complexa para um paradigma simples de eliminação. *Boletim da Organização Mundial de Saúde* [Internet] 2005. [Citado em 2010 nov 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/traducao_lockwood_v1.pdf
7. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Programa Nacional de Controle de Hanseníase do Ministério da Saúde. Informe epidemiológico, 2008. Ministério da Saúde 2008 [Internet]. [Citado em 2010 nov 14]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf
8. Organização Pan Americana da Saúde, Brasil, 2010. OMS Divulga situação mundial da hanseníase [Internet]. 2010 [Citado em 2010 nov 14]. Disponível em: new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=1477&Itemid=52.
9. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Ministério da Saúde 2006. [Internet]. [Citado em 2010 nov 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseníase_plano.pdf
10. Pinto Neto JM, Villa, TCS, Mencaroni DA, et al. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansen Internat* 2003;27(1):23-8.
11. Portaria nº 125 de 26 de março de 2009. *Diário Oficial de União* nº 59 – Seção 1. Secretaria de Vigilância em Saúde. [Citado em 2010 nov 25]
12. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm* 2008;61: 689-93.
13. Matos HJ, Duppre N, Alvim MFS, et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saúde Pública* 1999;15(3): 533-42.
14. Alencar CHM, Barbosa JC, Ramos Júnior AN, et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev Bras Enferm* 2008;61:694-700.
15. van Beers SM, Hatta M, Klatser PR, et al. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Other Mycobact Dis* 1999;67(2):119-28.
16. Organização Mundial da Saúde/Organização Pan Americana da Saúde. Manual para o controle da lepra. 2ª ed. Washington: DC, USA; 1989.