

Busca ativa de hanseníase-UFAL

RESUMO

Este trabalho avalia a ocorrência de hanseníase entre os comunicantes intradomiciliares dos pacientes do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário/UFAL residentes em Maceió. Foram examinados clinicamente 83 comunicantes, sendo encontrado apenas 1 paciente contaminado o qual iniciou o tratamento, os demais receberam aplicação da vacina BCG (pela primeira vez ou reforço) e educação em saúde; além destes foram examinados os 21 casos índice correspondentes. Concluiu-se que os comunicantes estavam conscientes dos riscos de transmissão bem como da possibilidade de cura da Hanseníase e engajaram-se de modo a conseguir que seus familiares visitassem o Hospital procurando pelo diagnóstico.

Palavras-chave: Hanseníase, comunicante, educação em saúde, epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae* que foi descrito por Amauer Gerhard Henrik Hansen, em 1873, como a primeira bactéria patógena para o Homem. É ímpar entre as micobactérias patogênicas, por apresentar atividade dopa-oxidase, pois possui uma enzima específica (O-difenil-oxidase) capaz de oxidar a dihidroxifenil-alanina (DOPA) e, assim, transformá-la em melanina (SAMPAIO, 2001).

É uma doença milenar, infecto-contagiosa, crônica, podendo ter períodos de agudização, constituindo-se o que se chama reação Hansênica ou Estados Reacionais, que se não tratar a tempo pode levar a graves deformidades físicas, e por conseqüente estigma social.

Quanto à transmissão, a via respiratória ainda é a principal; porém até o momento, não há provas que possa ocorrer somente por esta via, podendo ocorrer, quando existem lesões ulceradas ou traumáticas na pele. A principal fonte de infecção é o doente Multibacilar (MB) das formas clínicas VV; DV; DD; pois apresentam elevada carga bacilar na derma e em mucosas e podem eliminar bacilos no meio exterior. Quando, o indivíduo entra em contato com o bacilo pode adoecer ou não, e se houver adoecimento a primeira forma é a indeterminada, que pode evoluir para uma das três formas da classificação de Madrid (Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana) a depender: da carga bacilar adquirida, da imunidade celular, da capacidade dos macrófagos destruírem o bacilo, da subpopulação dos linfócitos T que vão atuar com suas citocinas e do HLA (Antígeno de histocompatibilidade) que geneticamente determina se o paciente tem ou não suscetibilidade à doença. O tempo de incubação da doença é longo, entre 3 e 7 anos. O bacilo tem predileção por pele e nervos. (SAMPAIO, 2001).

O Brasil ocupa o 2o lugar no mundo em números de casos de hanseníase, com uma taxa de prevalência considerada alta; de 4,33 por 10000 hab., só perdendo para Índia, que apresenta uma taxa de prevalência de 5,25 por 10000 hab. e representa o 1o lugar no mundo, de acordo com os dados da OMS de 1998. A Índia tem uma avançada tecnologia nuclear e o Brasil uma economia cujo PIB está entre os doze maiores do planeta, mas ambas tem em comum, também, uma má distribuição de renda e um número elevado de indivíduos abaixo da linha de

pobreza.

O mal de Hansen constitui grave problema de Saúde pública no Brasil, pela alta prevalência, por ser capaz de causar incapacidade física permanente, e, portanto, em um país endêmico como o nosso, qualquer mancha com distúrbio da sensibilidade, de evolução longa, até que se prove o contrário é hanseníase e deve ser tratada como tal.

O Brasil apresentar altos níveis endêmicos com distribuição variada nas diferentes regiões. De acordo com os dados do Ministério da Saúde de 2000, enquanto estados como Roraima, Mato Grosso e Maranhão apresentam taxas muito altas de prevalência (acima de 20 casos/10.000 hab.); os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul estão com taxas baixas (de menos de 1 caso/10.000 hab.) e dentro do recomendado pela OMS.

Durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde (OMS), mediante a resolução WHO 44.9, aprovou-se em 1991 a meta para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública para o ano 2000, ou seja reduzir o coeficiente de prevalência da hanseníase para menos de 1 (um) caso por 10.000 habitantes. Não confundir com erradicação, que é a interrupção completa da transmissão, a incidência passa a ser 0 (zero), o agente causal desaparece e toda fonte de infecção ou infestação é suprimida, porém necessitando do controle e da vigilância à doença. Como a meta não foi atingida, a estimativa é que possamos eliminar até 2005. Dos países das Américas, a grande maioria já atingiu, o Paraguai conseguiu em 2000. Em Alagoas, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de 2000, a taxa de prevalência é de 1,46/10.000 hab., considerada pela OMS de média prevalência. A taxa de detecção (casos novos) tem aumentado, pois em 1998 era de 0,73/10.000 hab. e em 1999 subiu para 1,05/10.000 hab., mas muito ainda precisa ser feito para atingir a meta. Mesmo estando numa área endêmica, são poucos os trabalhos preocupados em entender a epidemiologia atual neste estado, inclusive a situação de controle dos comunicantes de hanseníase (VIRMOND, 1999). Os comunicantes têm papel fundamental na epidemiologia da hanseníase (MATOS, 2000; CARRASCO & PEDRAZZANI, 1993; PINTO NETO et alii, 2000), até porque a transmissão acontece, na maioria das vezes, através de contatos diretos e freqüentes com o doente multibacilar. Portanto, é necessário trazê-los para serem examinados e fazer a profilaxia com a vacinação com o BCG (Vacina elaborada para o *Micobacterium tuberculosis* e que resulta numa melhora da imunidade celular).

Este trabalho tem o objetivo de diagnosticar a hanseníase entre os comunicantes intra-domiciliares dos pacientes que fazem parte do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário/UFAL residentes em Maceió que não comparecem a consulta agendada, através de visitas domiciliares, além de proporcionar o tratamento dos casos novos e fazer a profilaxia dos comunicantes sadios através de palestras educativas e da vacina com o BCG.

METODOLOGIA

- a) Inicialmente, foi feito o cadastramento dos pacientes cujos comunicantes não comparecem ao ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário/UFAL, a partir de janeiro de 1999 ou que ainda faziam tratamento; registrando: o nome do caso índice, o endereço, número de comunicantes e, se possível, o telefone. Ressaltando a limitação da área de

abrangência como o município de Maceió/AL. Os dados foram coletados utilizando o arquivo do programa controle da hanseníase que fica sob os cuidados da enfermeira Lúcia Farias, que também acompanha o tratamento desses pacientes.

- b) Foram feitas as visitas domiciliares. Antes de qualquer coisa, foi explicado o projeto e, se de acordo, o participante deste assinava o Termo de Esclarecimento e Consentimento (ver em anexo). Foi, então, aplicado um questionário (ver em anexo) objetivando traçar um perfil do paciente e de seus comunicantes, além de direcionar o exame clínico para a pesquisa da hanseníase. O investigador era acadêmico de medicina (oito acadêmicos a cada seis meses) devidamente treinado e preparado para o exame clínico e possíveis questionamentos dos participantes do projeto, e estavam sob a supervisão e orientação da Dermatologista, Professora e Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase do HU/UFAL, Raquel Patriota C. Bastos. Havendo suspeita da doença, os participantes eram encaminhados para consulta às quartas-feiras, 10h, para uma consulta mais detalhada.
- c) No HU/UFAL eram feitas a consulta e exame dermato-neurológico e se fosse necessário solicitação de exames complementares, como o histopatológico, exame bacteriológico, a bacterioscopia (para avaliar a eliminação dos bacilos), e teste de Mitsuda (para avaliar a resposta imune celular), sem qualquer custo para os pacientes.
- d) Confirmado o diagnóstico, o paciente ingressou no Programa e fez uso da Poliquimioterapia (PQT) preconizada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, de acordo com a sua classificação em multibacilar ou paucibacilar.
- e) Nos comunicantes sem a doença era feita Educação em Saúde e aplicação da vacinação com o BCG intra-dérmico (ID), para melhorar a resposta imunológica do tipo celular. Se o paciente já foi vacinado com o BCG intradérmico ao nascer, recebia uma dose de reforço; caso não tendo sido, além dessa dose, recebia outra seis meses após o reforço. Os resultados foram analisados através do programa Epi-Info 6.0, considerando $p < 0,005$.

RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas com 104 pessoas, sendo 21 casos índice de hanseníase e 83 comunicantes (nestes foram feitos exames neuro-dermatológicos) No grupo dos casos-índice, a amostra foi composta por moradores de bairros periféricos (à exceção do bairro do Farol) estando distribuída conforme a figura 1; os indivíduos deste grupo apresentaram a seguinte distribuição etária 0-20 anos (14,3%), 21-30 (28,6%), 31-40 (14,3%), 41-50 (19%) e mais de 50 anos (23,8%); exercendo as seguintes atividades discriminadas na Tabela 1. À época da aplicação dos questionários 76,2% dos pacientes estavam curados, 4,8% apresentavam reação hansênica e 9,5% possuíam seqüelas neurológicas. Dos que acreditam na cura da hanseníase (ver figura 2) os motivos relacionados foram as avanços da Medicina, consciência de estarem saudáveis e conhecimento de outros pacientes que foram curados.

Figura 1 -Endereço dos Casos Índice

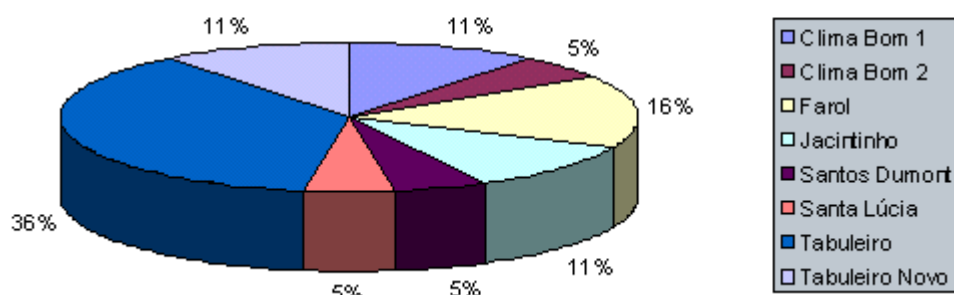
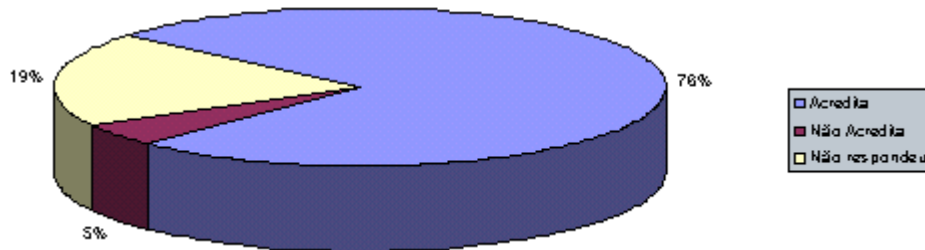


Tabela 1 – Ocupação dos Casos Índice

OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM (%)
Aposentada	4	19,0
Autônomo	1	4,8
Caminhoneiro	1	4,8
Cobrador de Ônibus	1	4,8
Costureira	1	4,8
Desempregado	1	4,8
Doméstica	1	4,8
Dona de casa	2	9,5
Estudante	3	14,3
Feirante	1	4,8
Frentista	1	4,8
Motorista	2	9,5
Vendedora	1	4,8
Não respondeu	1	4,8
TOTAL	21	100,0

Figura - 2 Opinião dos Casos Índice Quanto à Cura da Hanseníase



O grupo dos comunicantes foi composto por 83 pessoas, estando assim distribuídas por faixas etárias: 0-10 anos (36,1%), 11-20 (12%), 21-30 (26,5%), 31-40 (10,8%), 41-50 (6%) e mais de 50 anos (8,4%); exercendo ocupações de baixo rendimento salarial (Tabela 2). Estas pessoas mantiveram contato entre poucos meses até 8 anos (Tabela 3), 20,5% não apresentam nenhuma cicatriz por vacinação com o BCG. Os resultados obtidos através dos exames dermatoneurológicos estão resumidos na Figura 3. Também foi questionado aos comunicantes se os mesmos acreditavam na cura da Hanseníase (Figura 4), os motivos relacionados pelos que acreditam foram: confiança na Medicina e o conhecimento de pessoas curadas, bem como informações adquiridas através de meios de comunicação. Foi diagnosticado hanseníase paucibacilar em uma filha de 57 anos de um paciente de 83 anos que tinha hanseníase tipo Dimorfa. No momento do exame, a lesão apresentava alteração apenas da sensibilidade térmica. Essa comunicante era analfabeta e não foi ao hospital porque não percebia nenhum sinal ou sintoma da hanseníase. Ela não apresentava nenhuma cicatriz pela vacinação com o BCG intra-dérmico e foi encaminhada para receber as duas doses (com um intervalo de seis meses entre elas).

Tabela 2 – Ocupação dos Comunicantes

OCUPAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM(%)
Aposentado	2	2,4
Atendente	1	1,2
Autônomo	1	1,2
Aux. Administrativa	1	1,2
Aux. Enfermagem	2	2,4
Comerciante	1	1,2
Costureira	1	1,2
Desempregado	6	7,2
Doméstica	1	1,2
Dona De Casa	11	13,3
Estudante	27	32,5
Lavadeira	1	1,2
Marceneiro	1	1,2
Mecânico	1	1,2
Motorista	1	1,2
Pedreiro	2	2,4
Pensionista	1	1,2
Professora	1	1,2
Secretária	1	1,2
Segurança	1	1,2
Serviços Gerais	1	1,2
Vendedora	1	1,2
Vigilante	1	1,2
Não Respondeu	16	19,3
TOTAL	83	100

Tabela 3 – Tempo de Contato dos Comunicantes com o Caso Índice

TEMPO (MESES)	FREQUENCIA	PERCENTAGEM(%)
Até 12	12	14,5
13 a 24	17	20,5
25 a 36	3	3,6
37 a 48	10	12,0
49 a 60	2	2,4
61 a 72	1	1,2
73 a 84	4	4,8
85 a 96	4	4,8
Não Respondeu	30	36,1
TOTAL	83	100

Figura 3 - Exame Dermato-Neurológica dos Comunicantes

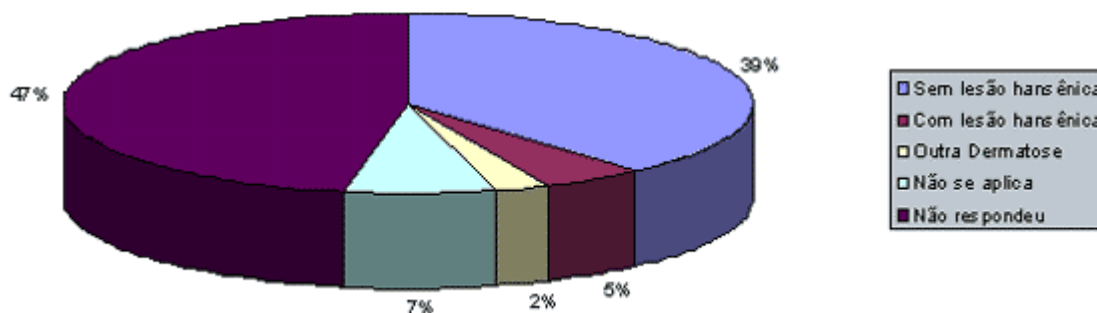
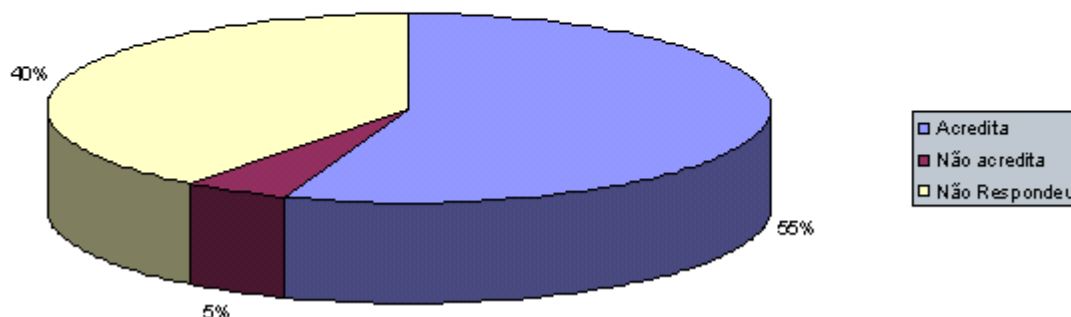


Figura 4 - Opinião dos Comunicantes Quanto à Cura da Hanseníase



CONCLUSÃO

Apesar de ter sido diagnosticado apenas um caso de hanseníase nos comunicantes, epidemiologicamente, esse trabalho foi importante pela iniciativa de tentar descobrir possíveis focos de transmissão da hanseníase. Pioneiro no estado de Alagoas serviu como fonte de educação em saúde, permitindo-se desmistificar alguns tabus, inclusive o de que a hanseníase não tem cura.

Alguns comunicantes provavam que haviam aprendido a lição quando conseguiam convencer seus familiares, ausentes no momento da visita, a irem ao Hospital. Foi fundamental a participação dos acadêmicos de medicina que participaram de todo o projeto mesmo sem receber nenhum tipo de bolsa.

FICHA TÉCNICA

INSTITUIÇÃO

Universidade Federal de Alagoas – UFAL

PROFESSOR (A) ORIENTADOR (A)

Raquel Patriota Cota Bastos; Divanise Suruagy Correia

ALUNO (S) RESPONSÁVEL (IS)

Cosmo Faustino do Nascimento Júnior; Manuel Gomes Filho Neto

ALUNO (A) RESPONSÁVEL PARA CONTATO

Manuel Gomes Filho Neto

Rua Sete de Setembro, 115 - Centro

Maceió - AL

Cep: 57020-700

Tel: (82) 8801.3804

E-mail: manoelgfneto@yahoo.com.br