

Pietro Rodrigo Almeida e Sousa¹
Rita de Carvalho Sampaio¹
Selonia Patrícia Oliveira Sousa²
Otacílio Batista de Sousa Néto³

As infecções microbianas do sistema nervoso central são raras, mas frequentemente tem graves conseqüências. Esta edição traz como foco de pesquisa a hanseníase, uma doença bacteriana do sistema nervoso, de caráter milenar, que tem um histórico marcado pelo preconceito, exclusão e sofrimento de seus doentes. Caracteriza-se por ser uma doença infecciosa e crônica que atinge principalmente a faixa etária economicamente ativa. A partir da publicação da matéria *Estratégias e Tecnologias efetivas requalificam Programa de Controle da Hanseníase* vemos as características clínicas e epidemiológicas da doença, aspectos clínicos e laboratoriais, bem como situação em que se encontra a nível mundial, nacional e local.

Estratégias e Tecnologias efetivas requalificam Programa de Controle da Hanseníase⁴

Nos dois últimos anos, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) vem sendo requalificado por estratégias e tecnologias mais efetivas e que promoveram mudanças na meta que previa a eliminação da doença (menos de um caso/10 mil habitantes) e nos processos de trabalho. No primeiro caso, as mudanças realizadas objetivaram corrigir distorções que levaram à superestimação do alcance da meta de eliminação e à subestimação do comportamento epidemiológico da doença, provocando o esgotamento dos estoques estratégicos de medicamentos em 2006 e 2007.

Desde 2004, o cálculo do coeficiente de detecção foi alterado pelo PNCH, passando-se a incluir como casos novos de hanseníase apenas os registrados na base de dados do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan) em nível federal, até o dia 15 de janeiro, em vez de 13 de março, como anteriormente. Considerando-se que o Sinan não é atualizado em tempo real, nem todos os casos diagnosticados no ano anterior são incluídos, até janeiro, em sua base de dados. Essa situação alterou a tendência da série histórica, sugerindo, aparentemente, queda do número de casos novos detectados.

Essa distorção também era agravada pelo cálculo da prevalência de ponto, construído apenas com o número de casos em tratamento no mês de dezembro. Nesse sentido, o acúmulo, ano a ano, de casos diagnosticados e não informados à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), organismos responsáveis por intermediar a provisão de medicamentos, levou à doação de quantitativo inferior às necessidades do país, causando o desabastecimento das unidades de saúde e, conseqüentemente, a interrupção do tratamento de pacientes.



Figura 1 - *Mycobacterium leprae* – agente causador da hanseníase.

¹ Acadêmicos do 3º Período de Enfermagem do CEUT

² Acadêmica do 6º período de Enfermagem do CEUT e monitora do Observatório Epidemiológico

³ Professor da disciplina de epidemiologia do CEUT e orientador do Observatório Epidemiológico

⁴ Fonte: www.saude.gov.br/açoestransversaisdavigilanciaensaude/pdf em 18 de agosto de 2009.



Figura 2 – Política Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), Ministério da Saúde, Brasil.

Características Clínicas e Epidemiológicas

- **Descrição:** Doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Este bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença.
- **Agente Etiológico:** *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, em forma de bastonete. É um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, especialmente as células de Schwann.
- **Reservatório:** O homem é reconhecido como a única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados – o tatu, o macaco mangabeí e o chimpanzé.
- **Modo de Transmissão:** Através das vias aéreas superiores.
- **Período de Incubação:** A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de 2 a 7 anos. Há referências a períodos mais curtos, de 7 meses, como também a mais longos, de 10 anos.
- **Período de Transmissibilidade:** Até o tratamento específico for iniciado, para os pacientes multibacilares. Os doentes com poucos bacilos – paucibacilares (PB), indeterminados e tuberculóides – não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar.
- **Classificação:** A classificação operacional do caso de hanseníase, visando o tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele; Multibacilar (MB) – casos com mais de 5 lesões de pele.

- **Susceptibilidade e imunidade:** Depende de interações entre fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio *M. leprae*. Devido ao longo período de incubação, é menos freqüente na infância. Contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária. Embora acometa ambos os sexos, observa-se predominância do sexo masculino.

Aspectos Clínicos e Laboratoriais

- **Diagnóstico Clínico:** O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).
- **Diagnóstico Diferencial:** As seguintes dermatoses podem se assemelhar a algumas formas e reações de hanseníase e exigem segura diferenciação: eczemátides, nevo acrômico, pitíriase versicolor, vitiligo, pitíriase rósea de Gilbert, eritema solar, eritrodermias e eritemas difusos vários, psoríase, eritema polimorfo, eritema nodoso, eritemas anulares, granuloma anular, lúpus eritematoso, farmacodermias, fotodermatites polimorfas, pelagra, sífilis, alopecia areata (pelada), sarcoidose, tuberculose, xantomas, hemoblastoses, esclerodermias, neurofibromatose de Von Recklinghausen.
- **Diagnóstico Laboratorial:** Exame baciloscópio – pode ser utilizado como exame complementar para a classificação dos casos em MB e PB. Baciloscopia positiva indica hanseníase multibacilar, independentemente do número de lesões. Exame histopatológico – indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas.
- **Tratamento:** É indispensável ao paciente para que possa curar-se, fechando a fonte de infecção e interrompendo a transmissão da doença, sendo então estratégico no controle da endemia e para a eliminação da hanseníase. A administração de drogas associadas (Poliquimioterapia - PQT) é recomendada para o tratamento da Hanseníase, dos quais: Rifampicina, Clofazina e Dapsona. A distribuição de remédios é gratuita, não sendo necessário o isolamento do paciente.

Situação da hanseníase no Mundo

Em 2009, um total de 121 países ou territórios notificados à OMS. Sendo 31 da Região Africana, 25 da Região das Américas, 10 do Sudeste Asiático Região, 22 da Região do Mediterrâneo Oriental e 33 do Pacífico Oeste. Taxas de prevalência foram calculadas com base em dados populacionais meados do ano de 2008, (Figura 3). No início de 2009, registrado prevalência da hanseníase a nível mundial foi de 213 036 (Quadro 1). O número de casos novos detectados durante do ano de 2008, conforme relatado por 121 países foi de 249.007. Globalmente, a detecção anual de novos caso continuou a decrescer, de 620.638 a 249.007 casos em 2007 e 2008, respectivamente. A global detecção de casos novos diminuiu 9.126 casos (3,54%) durante 2008, em comparação com 2007 (com base em relatórios de 126 países).

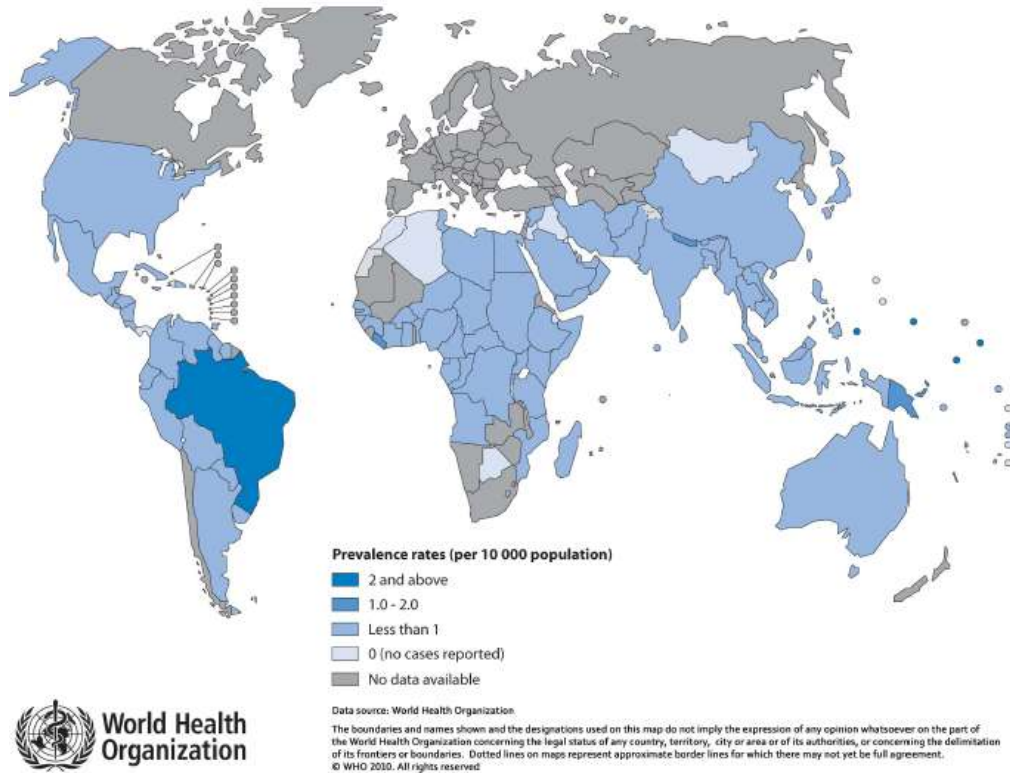


Figura 3 – Taxas de prevalência da Hanseníase no mundo – WHO, 2009.

REGIÃO	PREVALÊNCIA N (taxa/10.000)	DETECÇÃO N (taxa/100.000)
Africa	30 557 (0.45)	29 814 (4.37)
Americas	47 069 (0.54)	41 891 (4.85)
South East Asia	120 689 (0.69)	167 505 (9.60)
East Mediterranean	4 967 (0.10)	3 938 (0.80)
Western Pacific	9 754 (0.05)	5 859 (0.33)
TOTAL	213 036	249 007

Quadro 1- Prevalência da hanseníase no mundo - WHO, 2008.

Tendências da hanseníase no Brasil

A hanseníase ainda é um problema de saúde pública, apesar dos avanços registrados. O país ainda não cumpriu o compromisso global, estabelecido na Assembleia Mundial da Saúde de 1991, de reduzir a prevalência para menos de 1 caso por 10.000 hab., mas encontra-se próximo dessa meta. O coeficiente de prevalência diminuiu dos 19,5 casos p/ 10.000 hab., em 1990 para 2,11 p/ 10.000 hab., em 2007, com valores bastante diferenciados entre regiões. Enquanto o Sul e o Sudeste já apresentam prevalência menor que 1/10.000 hab., o Norte (5,43), o Nordeste (3,15) e o Centro-Oeste (4,06), ainda não atingiram esse objetivo, em 2007. Entre os estados, o Tocantins e o Mato Grosso apresentavam as maiores prevalências, 9,19 e 6,86 casos p/10.000 hab., respectivamente (Figura 4).

Esses resultados positivos decorrem, entre outros fatores, da introdução da Poliquimioterapia (PQT), em 1991; do compromisso político gerado pelo movimento global para cumprir meta da eliminação enquanto problema de saúde pública; da descentralização das ações de vigilância para os municípios e sua integração com a estratégia de saúde da família (ESF).

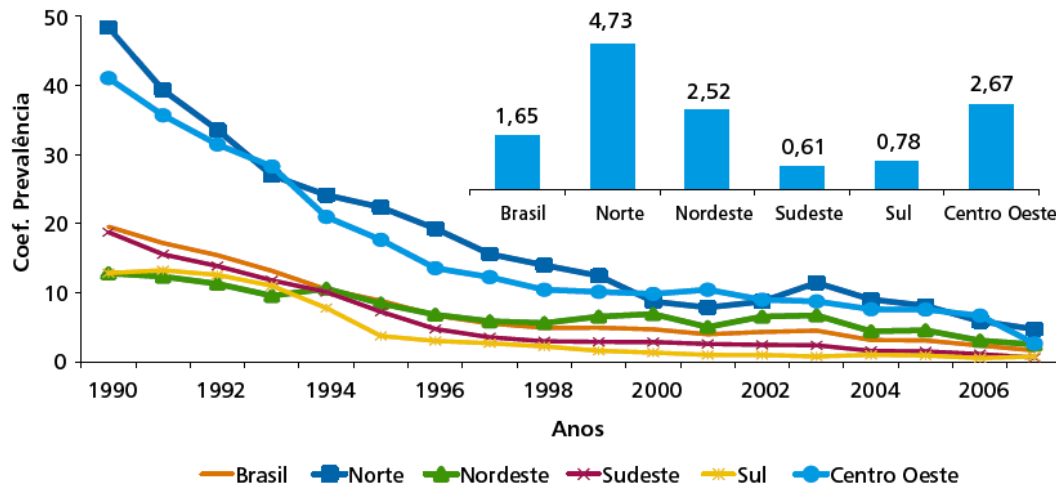


Figura 4 - Coeficiente de prevalência (p/ 10.000 hab) da hanseníase. Brasil e Regiões, 1990 a 2006. No detalhe: Coef. de prevalência (p/ 10.000 hab) por regiões. Brasil, 2007.

Outros indicadores utilizados no monitoramento da hanseníase também apresentam importantes modificações, como a taxa de detecção de novos casos, que cresceu de 26,61 p/10.000 hab., em 2001, para 29,34 em 2003, atingindo 21,08, em 2007, um decréscimo de 28,2%. O Norte, que apresenta os maiores valores entre as Regiões, registrou 78,0, em 2003, declinando, a partir de então, até atingir 54,2. No ano de 2007, os estados com as maiores taxas eram o Mato Grosso e o Tocantins, com 100,3 e 93,0 casos por 10.000 hab., respectivamente. Esse indicador também mostrou tendência de redução entre os menores de 15 anos, diminuindo de 7,83, em 2003, para 5,3, em 2007.

Atual situação da hanseníase no Piauí

No período de 1990 a 2008, as taxas de detecção de hanseníase no Piauí apresentam tendência decrescente, mantendo-se superiores àsquelas do Brasil e da Região Nordeste (figura 5).

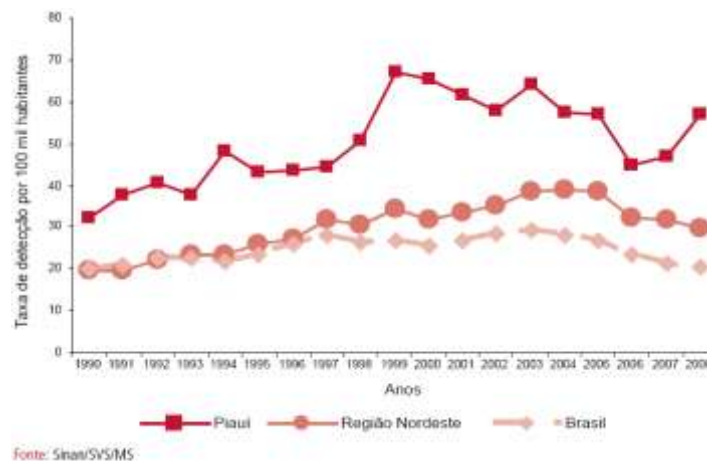


Figura 5 - Taxa de detecção de hanseníase (por 100 mil habitantes). Piauí, Região Nordeste e Brasil, 1990 a 2008.

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), tendo em vista que a detecção de casos em crianças tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Em 2008, houve notificação de casos de hanseníase, nessa faixa etária, em 24 (10,8%) municípios do estado (figura 6).

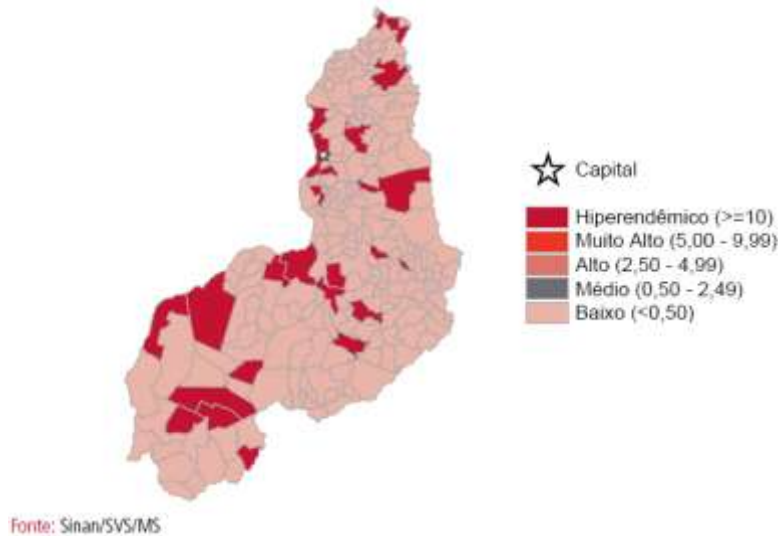


Figura 6 - Taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, segundo município de residência. Piauí, 2008.

Entre 2001 e 2008, a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das *coortes* apresentou média de 73,7%, considerada “precária”. No mesmo período, o percentual médio de avaliação de incapacidades físicas no diagnóstico foi 93,6%, considerado “bom”. O percentual de grau 2 de incapacidade física, importante indicador de detecção precoce, apresentou classificação de “baixa” a “média”. O percentual de avaliação de incapacidades físicas na cura foi considerado “precário”, com média de 65,0%. A proporção média de contatos examinados foi 53,3%, apresentando classificação “regular”.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações transversais da vigilância em saúde: promoção, integração e análise: gestão 2007-2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Dermatologia na Atenção Básica: cadernos de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **SAÚDE BRASIL 2008: 20 Anos de Sistema Único de Saúde (SUS) Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Piauí**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

TORTORA, G. J; FUNKE, B. R; CASE, C. L. **Microbiologia**. 8 ed. Porto Alegre: Artumed, 2005.

WHO. World Health Organization. Global leprosy situation, **Weekly Epidemiological Record** . Vol. 84, no. 33, p. 333 – 340, aug, 2009.

Edição atualizada e padronizada em julho de 2010