

## ARTIGO ORIGINAL

# Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola

## *A decade of following-up of leprosy patients at the dermatology outpatient clinic of a teaching hospital.*

Márcio Curto<sup>1</sup>; Vânia D'A. Paschoal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico do 4º ano\*; <sup>2</sup>Docente\*

\*Curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

**Resumo** A fase de pós-eliminação da Hanseníase determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é que o número de portadores da doença encontra-se abaixo de um por 10.000 habitantes. A cidade de São José do Rio Preto, com índices epidemiológicos cada vez menores, deve organizar-se para esse objetivo. Nos últimos oito anos, com a implantação do Sistema de Controle de Doenças de Notificação (SINAN), tornou-se mais rápida a análise de informações de um município. Contudo, até os dias atuais, os dados são notificados de forma manual. Estes dados são compilados de diversas fontes como prontuários e fichas de cadastro e controle de comunicantes feitos pela Enfermagem, e ainda assim o acesso a todos esses dados não oferece facilidade para a coleta de informações. No intento de facilitar o reconhecimento dos dados e da real situação de 217 pacientes e seus comunicantes intradomiciliares, foi criado, por meio desse estudo um banco de dados computadorizado, no qual constam informações do período de 1993 a 2005. Os dados foram coletados das fichas de controle do Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Base e foram introduzidos em planilhas do Microsoft Excel. Sendo assim, com a análise das variáveis enfatizando as dificuldades e facilidades que este banco oferece, pôde-se dividir o número de pacientes encontrados em pólos regionais já estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Município de São José do Rio Preto, segundo as áreas preconizadas pela prefeitura e as áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e ademais conhecer a realidade do controle dos comunicantes no Programa de controle da Hanseníase. Com a tabulação desses dados, podem ser realizadas assistência, controle e pesquisa pelos profissionais da área da saúde do município, os quais terão melhores possibilidades de acesso às informações referentes à hanseníase nesta cidade.

**Palavras-chave** Hanseníase/prevenção & controle; Hanseníase/epidemiologia; Hanseníase/transmissão; Incidência; Sistemas de Informação; Bases de Dados; Sistemas Computadorizados de Registros Médicos.

**Abstract** The primary stage of post-elimination Leprosy, determined by the World Health Organization (WHO), is characterized by a number of lepers below 1 in 10,000 inhabitants. The municipality of São José do Rio Preto, with epidemiological rates lower and lower, must get itself organized to achieve this objective. In the last eight years, with the System of Notification Diseases Control (SNDC) application, the municipal district information analysis has become faster. However, the data is currently notified by hand. These data are compiled from several sources like medical and nursing registers, and household contacts cards. Still, the easy access to all these data does not make it easy to gather the information. With a view to effectively make the data easier to be recognized, and the actual situation of the 217 patients along with their household contacts, a computerized database was successfully created holding relevant information about the time frame from 1993 to 2005. The data was collected from the Dermatological Ambulatory of Hospital de Base (a teaching hospital), and subsequently inserted on Microsoft Excel spreadsheet. Thus, with the variables analysis highlighting the difficulties and eases provided by this database, it was possible to divide the number of patients from regional poles already established by the Health Department of São José do Rio Preto, according to the selected and enclosed areas recommended by the City Hall and the Basic Health Unities. It was also possible to know the reality of the household contacts control in the Program of Leprosy Control. These data, medical attention, control, and research tabulation can be carried out by the health professionals from the municipality of São José do Rio Preto, whom will have better possibilities to access the information referring to Leprosy in this city.

**Keywords** Leprosy/prevention and control; Leprosy/epidemiology; Leprosy/transmission; Incidence; Information Systems; Databasis; Computerized Medical Records Systems.

Recebido em 03.11.2005

Aceito em 24.05.2006

Apoio financeiro: Bolsa de Iniciação Científica - BIC/FAMERP

Não há conflito de interesse.

## Introdução

### Visão geral

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR), *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), pertencente à família das micobactérias que possui grande afinidade por nervos periféricos e células cutâneas principalmente das extremidades devido a sua preferência por temperaturas em torno de 35°C um pouco mais frias que a temperatura média corpórea de 37°C, e que até o momento não foi possível cultivá-lo em meios artificiais, porém em cultura de tecidos como macrófagos humanos o bacilo se reproduz muito bem, ou ainda se inoculada em algumas espécies que também atuam como prováveis reservatórios da doença como o tatu (*Dasypus novencintus*), o macaco mangabeí (*Dercocebus torquatus atys*) e o chimpanzé (*Pan troglodytes*). Devido a essa afirmativa, alguns autores discutem a possível transmissão da doença pelo contato humano com esses animais domesticados<sup>1, 2, 3, 4</sup>.

Embora a Hanseníase seja uma doença pouco letal, é extremamente incapacitante, devido às seqüelas das lesões causadas nos nervos sensitivos e motores de vários membros, tais como olhos, orelhas, mãos, pés, testículos e outras partes do corpo<sup>2, 1</sup>.

A característica evolutiva crônica da Hanseníase dá-se principalmente pelo fato de o *M. leprae* possuir um tempo médio de duplicação muito longo que é de 12 a 14 dias; e o período de incubação de três a cinco anos<sup>3</sup>.

Ao longo dos séculos, a hanseníase, tem sido responsável por uma verdadeira metamorfose sócio-cultural, por estar sempre envolvida a um caráter de preconceito e repulsa social caracterizada biblicamente pela estigmatizada “lepra” por ser uma doença contagiosa e que provoca graves ulcerações e deformidades.

Na antiguidade, os doentes eram abandonados em cavernas, ou outros lugares isolados da comunidade, onde eram alimentados por parentes ou amigos, o que era raro ocorrer, devido a repulsa provocada pela doença. Essa característica de isolamento perdurou até meados do século XX onde os doentes eram deixados nos chamados “leprosários”.

Alguns registros da doença que datam de 600 anos a.C. foram encontrados na Índia.

Devido às guerras pela dominação de outras culturas predominantes do período, a Hanseníase conseguiu chegar à Grécia por meio de um grande contingente populacional deslocado nas batalhas como: escravos, soldados, etc.

No continente europeu, teve seu momento de maior prevalência entre os séculos XI e XIII seguido por um sucessivo declínio.

No continente americano, por não existirem relatos antes do seu descobrimento no século XV; acredita-se que a doença pode ter sido trazida pelos colonizadores.

No Brasil, os primeiros casos notificados, datam de 1600 na cidade do Rio de Janeiro, onde se criou o primeiro “Lazareto”<sup>1</sup>. Chegaram a existir mais de 30 leprosários que só começaram a desaparecer com o surgimento de drogas com eficácia realmente comprovada que permitiam o convívio social com os pacientes, sem riscos a população.

Começava-se então a ser traçado um novo contexto social com um movimento de reintegração da população acometida pela Hanseníase.

Embora na década de 60 a hanseníase já possuía tratamento, no Brasil dava-se assistência aos doentes em sanatórios especiais para a hanseníase e só no final dessa década, estes sanatórios foram transformados em hospitais de dermatologia sanitária e estes antigos leprosários começaram a dar lugar aos Centros de Saúde<sup>1, 2</sup>.

A década de 80 é evidenciada como um marco nesse contexto histórico da hanseníase devido ao esquema de tratamento poliquimioterápico proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

### Dados epidemiológicos

A Hanseníase configura até hoje no cenário nacional como um importante problema de saúde pública, e entre 1985 e início de 2005 mais de 14 milhões de casos de hanseníase foram detectadas e tratadas quimioterapeuticamente e ocorreram pouquíssimas notificações de recidivas e o número de países que notificaram coeficientes de prevalência maior que 1/10.000 foi reduzido de 122 em 1985 para nove em 2004. A partir de 1995 o tratamento poliquimioterápico passou a ser gratuito em todos os países endêmicos através da OMS

Segundo a OMS, nas Américas, a prevalência registrada no final de 2004 foi de 86.652 casos e a detecção durante o ano de 2003 foi de 52.435 casos, enquanto que no Brasil esse número foi de 79.908 casos registrados no início de 2004 com uma detecção de 49.206 casos durante o ano de 2003, o que coloca o país em primeiro lugar na condição de contribuinte para esses dados nas Américas seguido por Guiana, Paraguai e Suriname e embora o índice de prevalência tenha reduzido significativamente, a detecção parece não demonstrar tendências de redução. A região do Sudeste Asiático ainda é o maior contribuinte para os índices globais, porém existem evidências de redução recente nos índices de detecção nos países como: Índia, Bangladesh, e Mianmar, mas não na Indonésia onde o índice permanece inalterado há três anos.

Incentivados pelo sucesso da nova e pujante medida terapêutica, a OMS propôs em assembléia mundial realizada no ano de 1991 a meta de eliminação da Hanseníase até o ano 2000 para menos de um caso para cada 10 mil habitantes inclusive para o Brasil.

Devido ao insucesso do Brasil e de alguns países africanos e asiáticos, a meta de eliminação da doença de Hansen de seu território foi prorrogada para o ano de 2005, o que mais uma vez não ocorreu, pois na América, países como Brasil, Guiana, Santa Lúcia, Suriname e Paraguai não alcançaram o índice de prevalência de menos de um caso para cada 10.000 habitantes e a indústria farmacêutica Novartis garantiu a distribuição gratuita das drogas utilizadas no tratamento através da OMS até o ano de 2010<sup>1</sup> como uma das estratégias para alcançar até essa data os índices de pós-eliminação da doença no mundo todo.

### Tratamento

Considera-se para fins operacionais, como caso confirmado de hanseníase, segundo o Comitê de Peritos da OMS em Hanseníase, a pessoa que apresente sinais clínicos da doença com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico sendo necessário então o uso de quimioterapia.

O Ministério da Saúde do Brasil adotou a recomendação da OMS que propõe o agrupamento dos pacientes em:

1. Paucibacilares, com formas indeterminadas ou tuberculóides cujo teste de Mitsuda seja positivo, ou seja, mínima deficiência imunológica ao *M. leprae*; e baciloscopia negativa;
2. Multibacilares, apresentando as formas dimorfa, virchoviana e não classificados com teste de Mitsuda negativo e baciloscopia positiva.

Segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica<sup>1</sup>, o pólo virchoviano da doença é sempre contagiosa e existe grande risco de lesões oculares como madarose, lagofalmo e

anestesia de córnea.

O esquema terapêutico utilizado no tratamento da Hanseníase

varia de acordo com a forma clínica e o número de lesões apresentadas pelo portador como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Esquema terapêutico preconizado pela OMS para tratamento da hanseníase.

Forma clínica	Esquema terapêutico
Paucibacilar com lesão única na pele	Utiliza-se a administração em dose única do chamado esquema ROM (rifampicina, 600mg, ofloxacina, 400mg e minociclina, 100 mg).
Paucibacilar	Utiliza-se 600 mg de rifampicina mensal (no total de seis doses) e 100 mg de dapsona diariamente no mesmo período de tempo.
Multibacilar	Utiliza-se 600 mg de rifampicina e 300 mg de clofazamina mensalmente; e 50 mg de clofazamina e 100 mg de dapsona diariamente, em um período de 12 meses, podendo ser prorrogado para 24 meses de acordo com a evolução clínica da doença.

Com a implantação do Sistema de Controle de Doenças de Notificação (SINAN), nos últimos oito anos, tornou-se mais rápido a análise do banco de dados de um município. Porém, ao iniciarmos uma pesquisa, percebermos inúmeras falhas desde a digitação dos números até a duplicidade de pessoas notificadas.

Nos últimos anos os dados são escritos de forma manual, com várias cópias, onde provavelmente ocorriam os erros de digitação. Os dados eram compilados de diversas fontes como o prontuário, das fichas de acompanhamento de casos e de controle de comunicantes e das planilhas de inclusão. O acesso aos dados não oferecia facilidade para na coleta de informações.

Fez-se, portanto necessário à apuração, a complementação, e o aprimoramento desses dados com o objetivo de subsidiar informações, introduzindo dados relevantes para o programa de controle da hanseníase.

### Objetivos

Buscar a pós-eliminação da hanseníase na cidade de São José do Rio Preto, seguindo os parâmetros preconizados pela OMS, ou seja, atingir a proporção de prevalência de menos de um caso para cada 10.000 habitantes, iniciando com os objetivos propostos por esta pesquisa:

1. Criar banco de dados, que compreende o período de 1993 a 2005. Apropriar-se e efetuar a limpeza dos dados colhidos e proceder à análise das variáveis com ênfase às dificuldades e facilidades que o banco oferece.
2. Dividir o número de pacientes encontrados em pólos regionais, levando em consideração os pólos já existentes no município e as áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
3. Conhecer a realidade do controle dos comunicantes no Programa de Controle da Hanseníase do Departamento de Dermatologia do Ambulatório do Hospital de Base (DDA-HB) de São José do Rio Preto.

### Materiais e métodos

Para atingir os objetivos propostos, foi criado um banco de dados informatizado contendo informações existentes nas fichas de controle já utilizadas pelo DDA - HB.

Esse levantamento foi feito retrospectivamente a partir do ano

de 2005 até o ano 1993.

### Abordagem ética

O presente trabalho foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP segundo o parecer nº 120/2004.

Foram coletados dados do Programa de Controle da Hanseníase do DDA – HB de São José do Rio Preto a partir dos prontuários de pacientes, fichas de notificação, das planilhas de inclusão e fichas de acompanhamento de casos. Esses dados foram introduzidos em planilha Microsoft Excel, com as seguintes variáveis:

Dados do perfil demográfico do portador:

- Número do prontuário na unidade, nome do paciente, data do nascimento, sexo, endereço (rua, número, bairro, cidade, estado), telefone, escolaridade, profissão;

Dados relacionados à hanseníase:

- Data de início do tratamento na unidade, forma clínica da doença (se Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) ou Virchoviana (V)), baciloscopia inicial, grau de incapacidade (I, II, III), situação atual (alta ou tratamento).

Dados relacionados aos contatos intradomiciliares:

- Número de comunicantes intradomiciliar e número de contatos avaliados pelo programa.

Logo em seguida, os dados foram separados por pólos regionais, já estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Município de São José do Rio Preto, demonstrados nas Figuras 1 e 2 das áreas abaixo:



Figura 1. Município de São José do Rio Preto, divisão por pólos. Fonte: Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Conjuntura Econômica. 2004

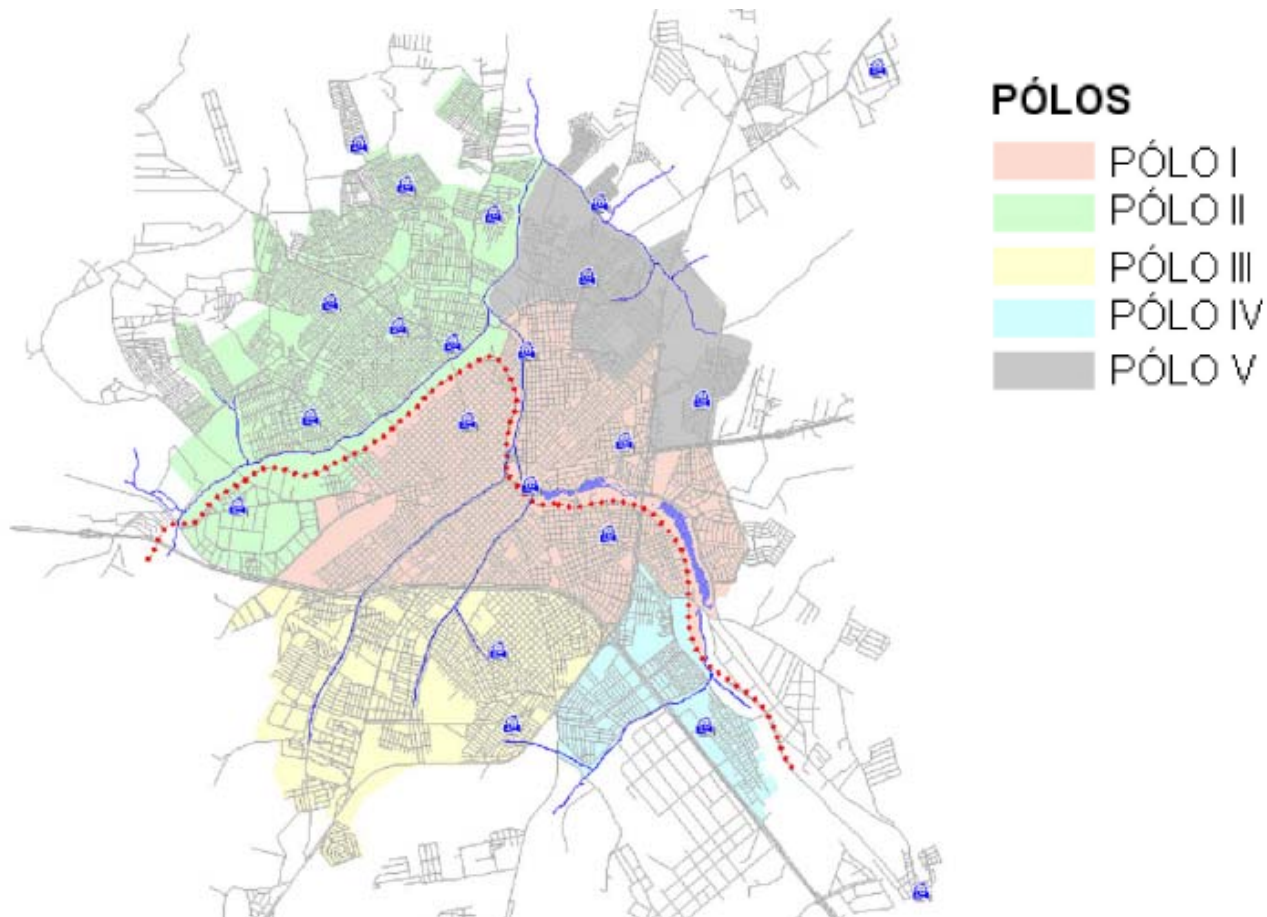
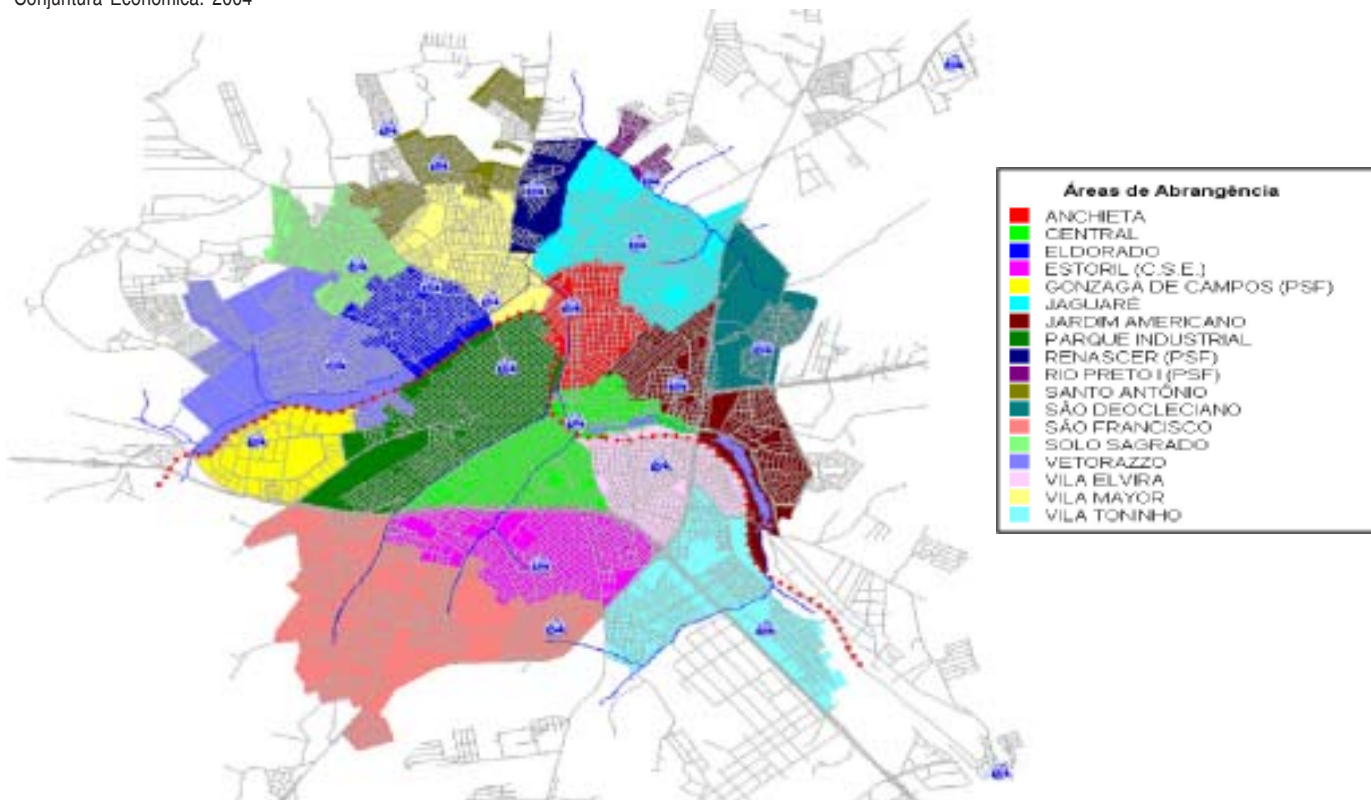


Figura 2. Organização das Unidades de Saúde e Serviços da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Fonte: Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Conjuntura Econômica. 2004



Desta forma, as Unidades de Saúde estão assim divididas nos pólos:

**PÓLO I:**

Ambulatório de Especialidades – NGA;  
Unidade Básica de Saúde Central;  
Unidade Básica de Saúde Vila Elvira;  
Unidade Básica de Saúde Jardim Americano;  
Unidade Básica de Saúde Parque Industrial;  
Unidade Básica de Saúde Anchieta.

**PÓLO II:**

Policlínica Santo Antônio;  
Policlínica Ipê Branco (Solo Sagrado);  
Policlínica Vetorasso;  
Unidade de Saúde da Família Parque da Cidadania;  
Unidade de Saúde da Família Renascer;  
Unidade de Saúde da Família Gonzaga de Campos;  
Unidade Básica de Saúde Vila Mayor;  
Unidade Básica de Saúde Eldorado;

**PÓLO III:**

Centro de Saúde Escola do Parque Estoril;  
Unidade Básica de Saúde São Francisco.

**PÓLO IV:**

Policlínica Vila Toninho;  
Unidade Básica de Saúde Engenheiro Schimidt.

**PÓLO V:**

Policlínica Jaguaré;

Unidade Básica de Saúde São Deocleciano;

Unidade de Saúde da Família Talhado;

Unidade de Saúde da Família Residencial Rio Preto I.

Uma vez efetuado o levantamento, foram identificados e agrupados em um mapa por áreas de abrangência para facilitar o processo de busca ativa e identificação das áreas de maior incidência.

Ao final do processo, os dados foram comparados com os dados anteriores, analisados, confrontados, procedida a limpeza e completados segundo as necessidades. É importante salientar que este trabalho subsidiará outros projetos.

**Resultados**

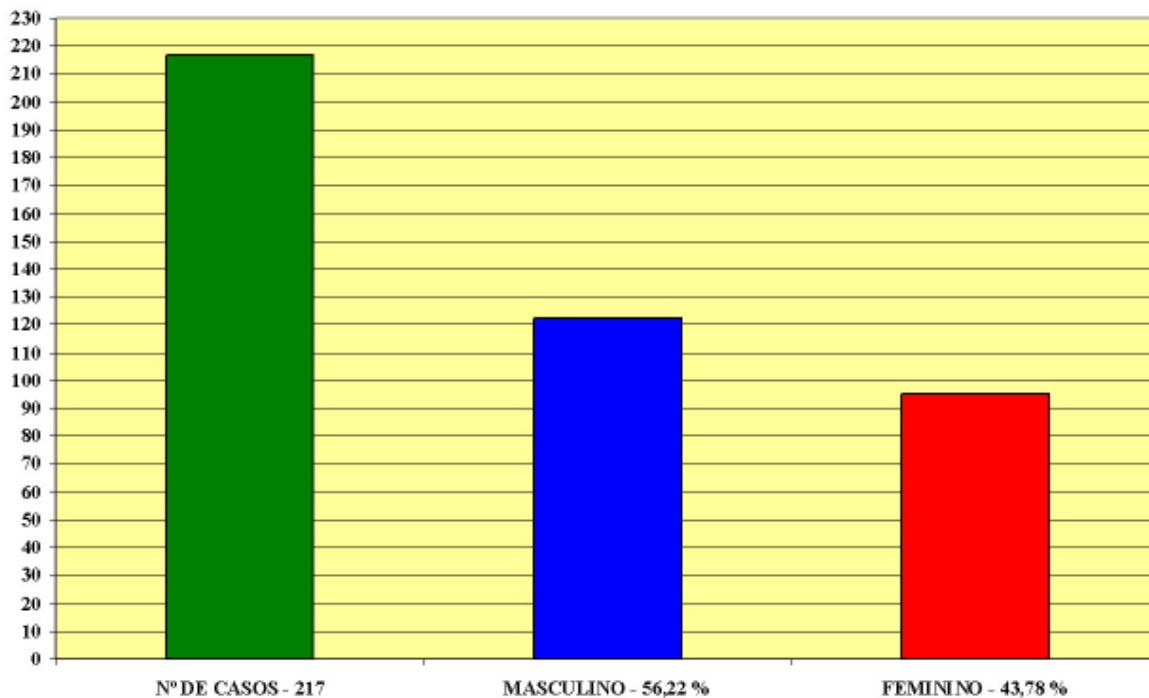
Os resultados deste estudo foram obtidos da população que constava de 217 pacientes portadores de Hanseníase notificados e tratados pelo DDA - HB, no período de Janeiro de 1993 a Janeiro de 2005.

A apresentação dos resultados favorece a análise descritiva do perfil demográfico do portador de hanseníase apresentados nas Figuras 3 a 12 e Tabelas 2 e 3; e análise descritiva dos casos no programa de controle da hanseníase do DDA - HB.

**Dados do perfil demográfico do portador**

A seguir a descrição da Figura 3 onde se apresenta a o número de pacientes e a distribuição dos sexos.

Figura 3. Distribuição dos casos de hanseníase segundo o sexo entre os clientes atendidos pelo DDA - HB.



Na Figura 3, que traz a distribuição dos casos de hanseníase segundo o sexo entre os clientes atendidos pelo DDA - HB de São José do Rio Preto, pode-se observar

que o gênero masculino corresponde a 122 (56,22%) dos casos, enquanto que 95 (43,78%) desse total são do sexo feminino.

De acordo com a Figura 4 que mostra o número de casos apresentados de 1993 a 2005 segundo a faixa etária no início do tratamento, podemos observar que a maior incidência dos casos ocorre dos 41 aos 70 anos de idade,

porém um dado preocupante é que 11 (5,1%) dos indivíduos são menores de 21 anos. Observa-se ainda no gráfico, um decréscimo numérico após os 70 anos e alguns dados sem o preenchimento de idade.

Figura 4. Número de casos apresentados de 1993 a 2005 segundo a faixa etária no início do tratamento

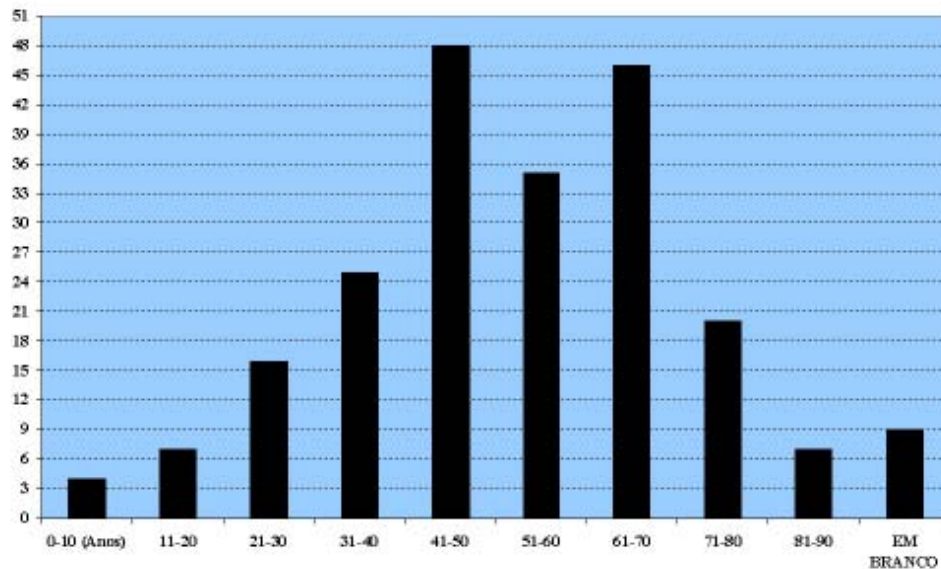
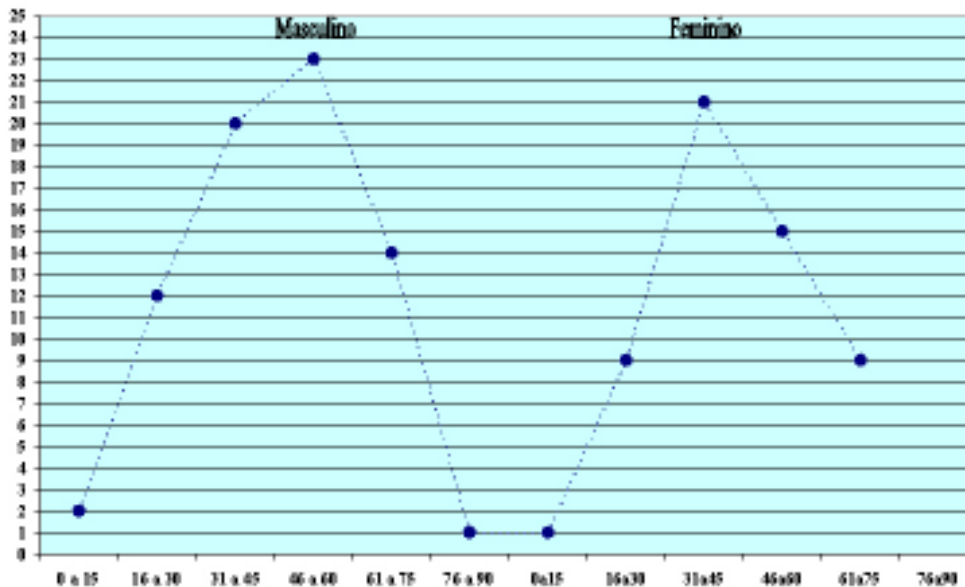


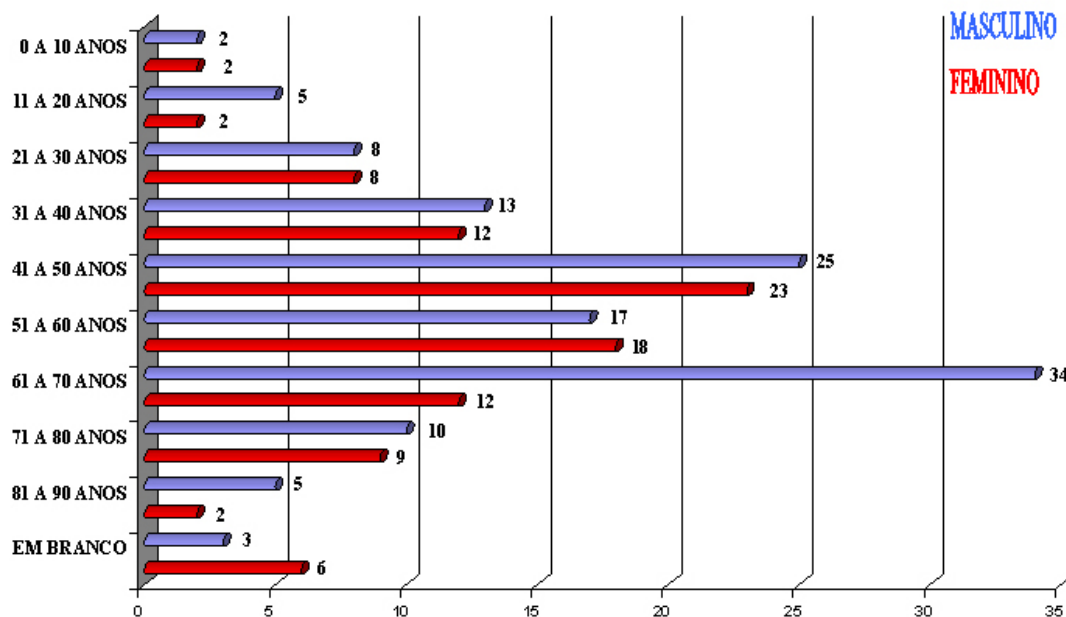
Figura 4b. Distribuição do número de casos segundo o sexo e faixa etária na cidade de São José do Rio Preto.



Podemos observar na figura 4b que dentre os 131 clientes atendidos pelo DDA-HB procedentes do município de São José do Rio Preto, Três são menores de 15 anos dos quais 2 clientes são do sexo masculino e 1 do sexo feminino o que não é um dado muito animador, uma vez que a

ocorrência da detecção de casos em menores de 15 anos sugere uma possível expansão da endemia hansênica. Tal ocorrência pode ainda subsidiar a implantação de novas estratégias de controle da doença dentro do município.

Figura 5. Distribuição dos portadores de hanseníase segundo o sexo por faixa etária.



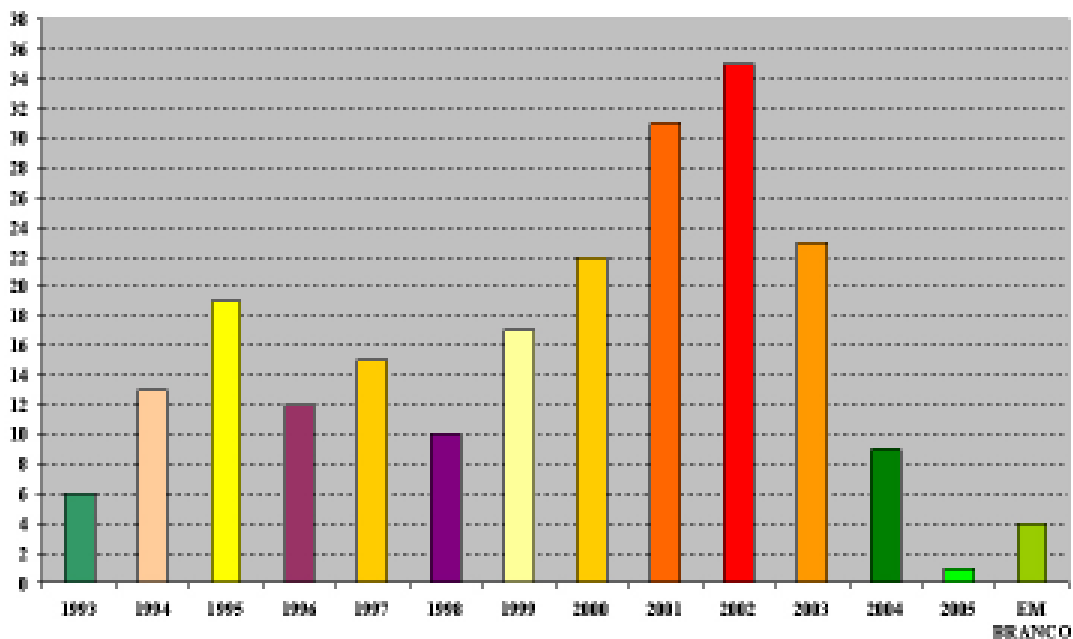
Na Figura 5 que traz a distribuição dos portadores de hanseníase segundo o sexo e a faixa etária mostra que ambos tem um desenho de distribuição semelhante, porém dentre os indivíduos que se enquadraram na faixa etária dos 61 aos 70 anos, pode-se observar no gráfico uma barra que corresponde a 34 (73,91%) dos portadores desse grupo pertencente ao gênero masculino, enquanto que 12 (26,09%) dos casos, correspondente ao gênero feminino.

#### Dados relativos à Hanseníase

Nas figuras seguintes demonstra-se a evolução da doença nos anos e o tipo de forma clínica mais relevante.

A figura 6 evidência a distribuição dos casos novos segundo o ano de entrada para tratamento no DDA – HB.

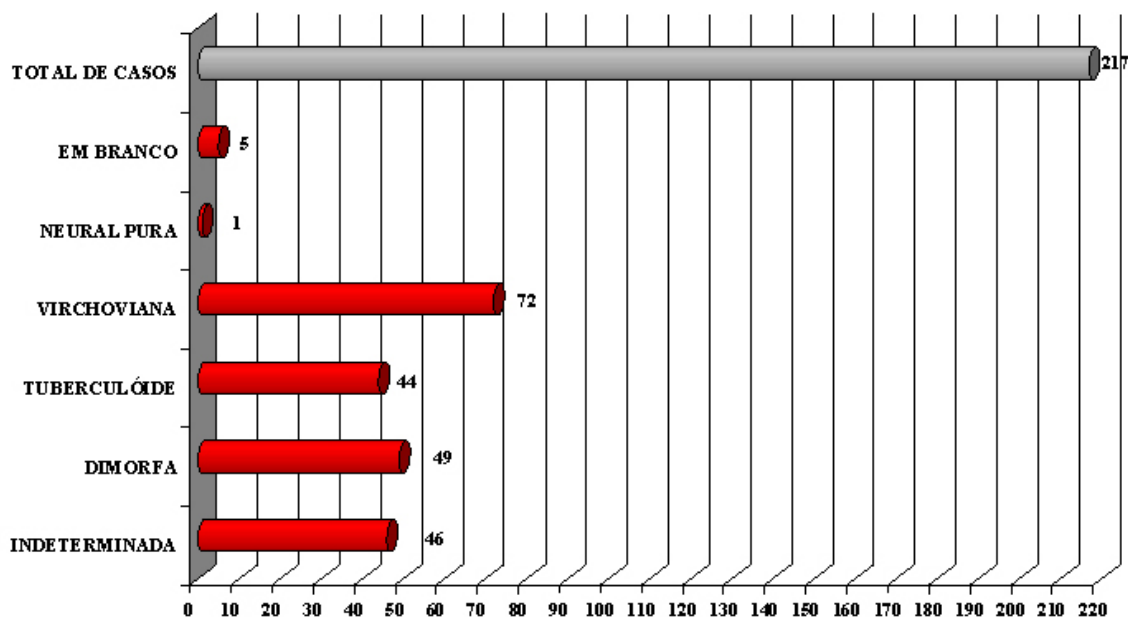
Figura 6. Distribuição dos casos novos segundo o ano de entrada para tratamento de hanseníase no Ambulatório do HB.



A representação gráfica da Figura 6 evidência que a distribuição dos casos novos segundo o ano de entrada mostra

um crescimento no índice do ano de 2000 a 2004, decrescendo logo em seguida.

Figura 7. Distribuição dos casos de hanseníase segundo a forma clínica da doença.



A Figura 7 expressa a distribuição dos casos de hanseníase entre os pacientes atendidos pelo DDA - HB segundo a forma clínica da doença, no qual está evidenciado que a forma clínica que apresentou o maior número de casos foi a virchoviana com 72 (33,18%) dos casos, seguida da forma dimorfa com 49 (22,58%). Se considerarmos as formas multibacilares (virchoviana e dimorfa) que são as formas contagiantes da doença, teremos um

valor expressivo de 121 (55,76%) dos casos atendidos por este serviço, enquanto que a somatória das formas paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) não contagiosas, corresponderam a 90 (41,47%) dos casos.

Na Tabela 2 a seguir, mostra a distribuição do número de casos de hanseníase segundo a forma clínica da doença e o ano de entrada para tratamento.

Tabela 2. Número de casos de hanseníase segundo a forma clínica apresentada no início do tratamento a cada três anos.

Ano	Indeterminada	Tuberculóide	Dimorfa	Virchoviana	Neural Pura
1993 a 1995	8	10	10	10	0
1996 a 1998	4	7	11	15	1
1999 a 2001	14	15	15	25	0
2002 a 2004	20	11	10	22	0

A Tabela 2 representa o número de casos de hanseníase segundo a forma clínica apresentada pelos clientes no início do tratamento a cada três anos de 1993 a 2004, a qual deixa evidente que embora o número de casos da forma virchoviana tenha aumen-

tado expressivamente, a forma indeterminada (forma inicial da doença) também teve um aumento progressivo.

A Figura 8 e a Tabela 3 a seguir explicitam a distribuição dos sexos e as formas clínicas da doença.



Figura 8. Distribuição dos casos de hanseníase segundo a forma clínica da doença e o sexo de 1993 a 2005

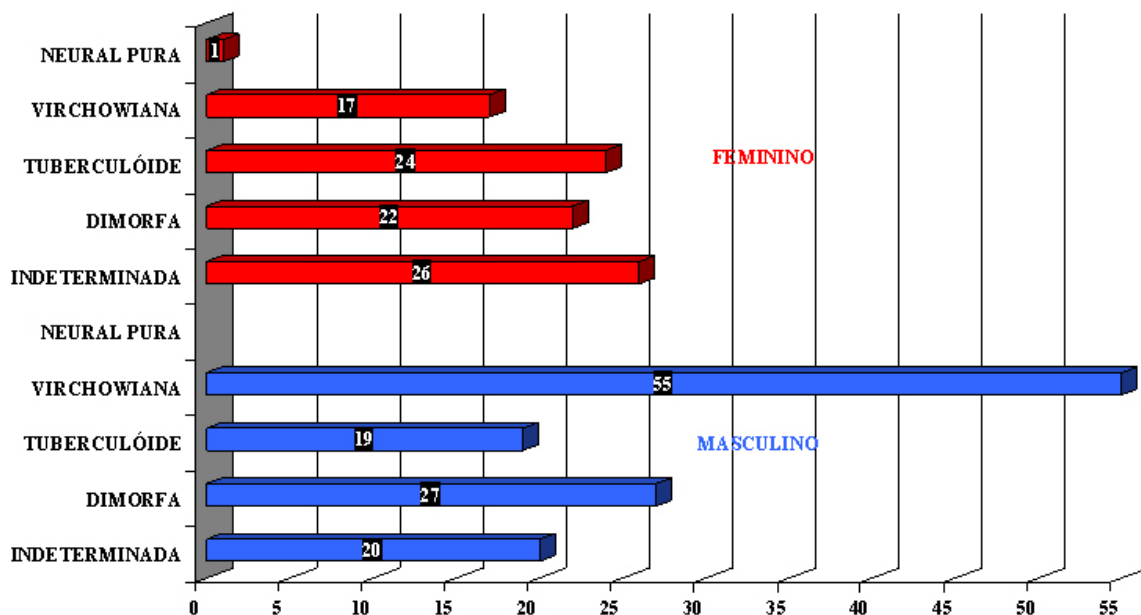


Tabela 3. Distribuição das formas multibacilares segundo o sexo.

	Masculino	Feminino	Total
<b>Virchoviana</b>	55	17	72
<b>Dimorfa</b>	27	22	49
<b>Total</b>	82	39	-

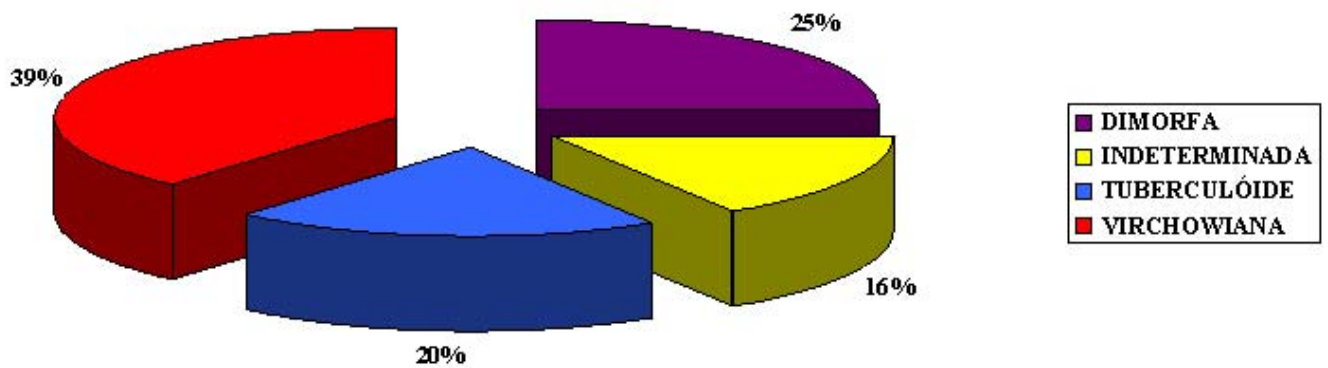
Obteve-se na Figura 8 a distribuição dos casos de hanseníase entre os clientes atendidos pelo DDA - HB segundo as formas clínicas da doença e na tabela 3 a distribuição das formas multibacilares da doença segundo o sexo, onde se pode constatar que os indivíduos do sexo masculino são os maiores contribuintes para a dispersão da doença na região, uma vez que 82 (67,77%) portadores das formas contagiantes da doença são do sexo masculino contra 39 (32,23%) pelas mulheres.

Também se pode observar que 55 (76,39%) dos indivíduos que apresentaram a forma virchoviana (a mais incapacitante) da doença são do sexo masculino e que apenas 17 (23,61) são do sexo

feminino. A forma indeterminada (forma inicial da doença) aparece no gráfico com disparidade entre os sexos, sendo ao contrário da forma virchoviana, mais relevante nas mulheres com 26 (11,98%) do que nos homens com 20 (9,22%) casos.

Dados relativos aos comunicantes intradomiciliar Encontrou-se 675 comunicantes notificados pelo programa, e inseridos no banco de dados, distribuídos segundo a forma clínica dos familiares tratados, conforme mostra a Figura 9.

**Figura 9.** Distribuição dos comunicantes intradomiciliares segundo as formas clínicas apresentadas pelos portadores atendidos pelo DDA – HB. n = 675 comunicantes.



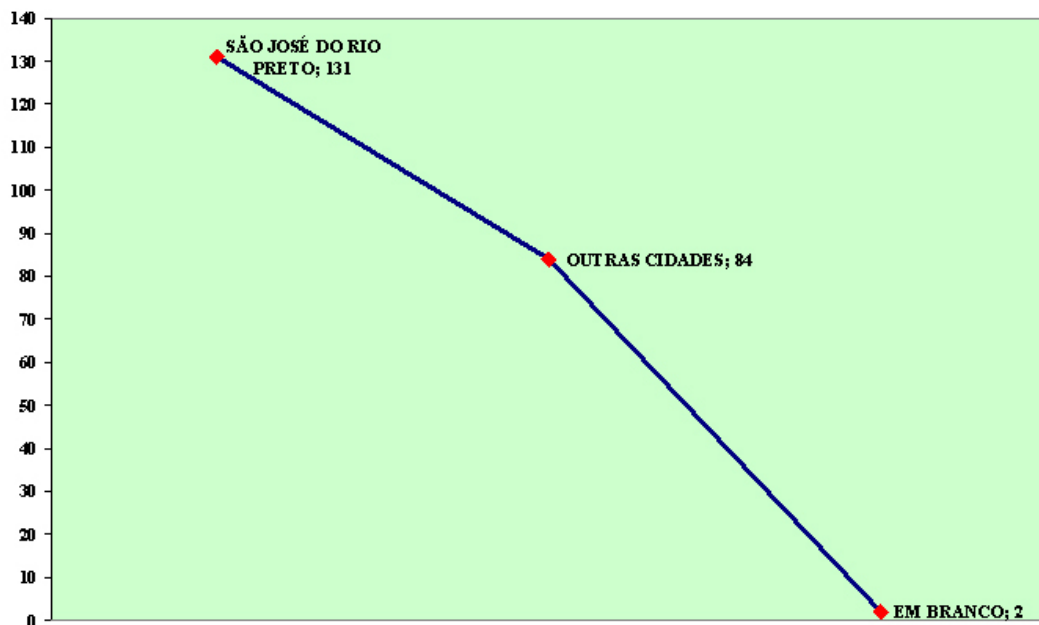
A Figura 9 que traz a distribuição dos comunicantes intradomiciliares segundo as formas clínicas apresentadas pelos portadores atendidos pelo DDA - HB onde foi contabilizado um total de 675 comunicantes, dos quais 432 (64%) coabitam com indivíduos portadores das formas multibacilares, 263 (39%) da forma virchowiana e 169 (25%) da forma dimorfa da doença. Em contrapartida, 243 (36%) desses comunicantes convivem com portadores das formas paucibacilares da hanseníase distribuídos em 135 (20%) para a forma tuberculóide e 108 (16%) para a forma

indeterminada. Sendo assim, fica evidente que mesmo a soma de ambas as formas paucibacilares não ultrapassam o valor encontrado para os comunicantes de portadores da forma virchowiana que é a mais incapacitante.

**Dados relativos aos serviços**

As figuras seguintes mostram os locais de residências dos portadores tratados. A Figura 10 as cidades de origem dos pacientes.

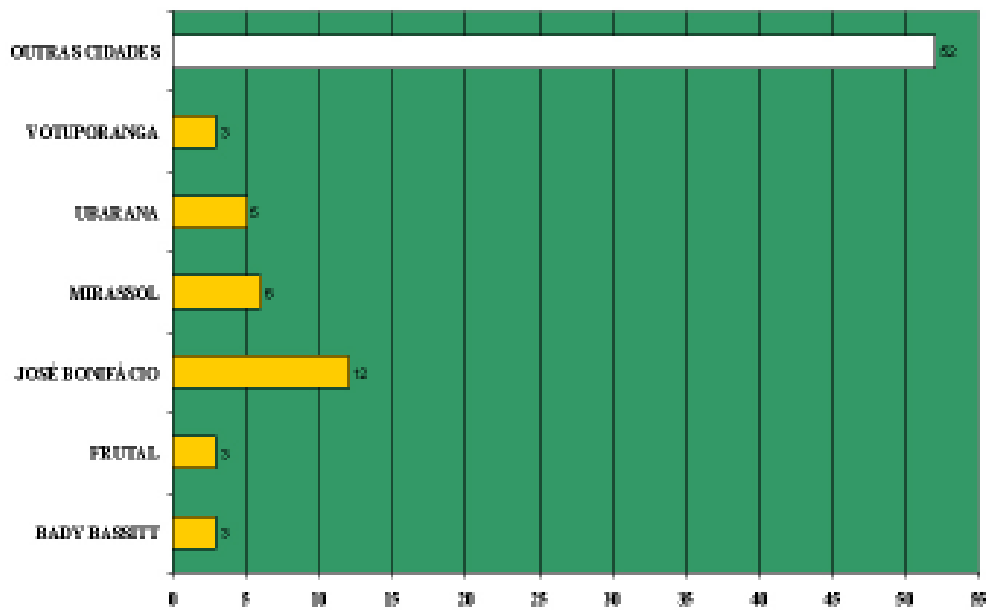
**Figura 10.** Proporção de portadores de hanseníase atendidos pelo DDA - HB, procedentes de São José do Rio Preto em relação a outras cidades da região.



A Figura 10 mostra a proporção de portadores de hanseníase atendidos pelo DDA - HB, procedentes de São José do Rio Preto em relação a outras cidades da região, sendo 84 (39%) de

um total de 217 clientes tratados pelo DDA – HB vindos de outras cidades, contra 131 (60%) procedentes da cidade de São José do Rio Preto.

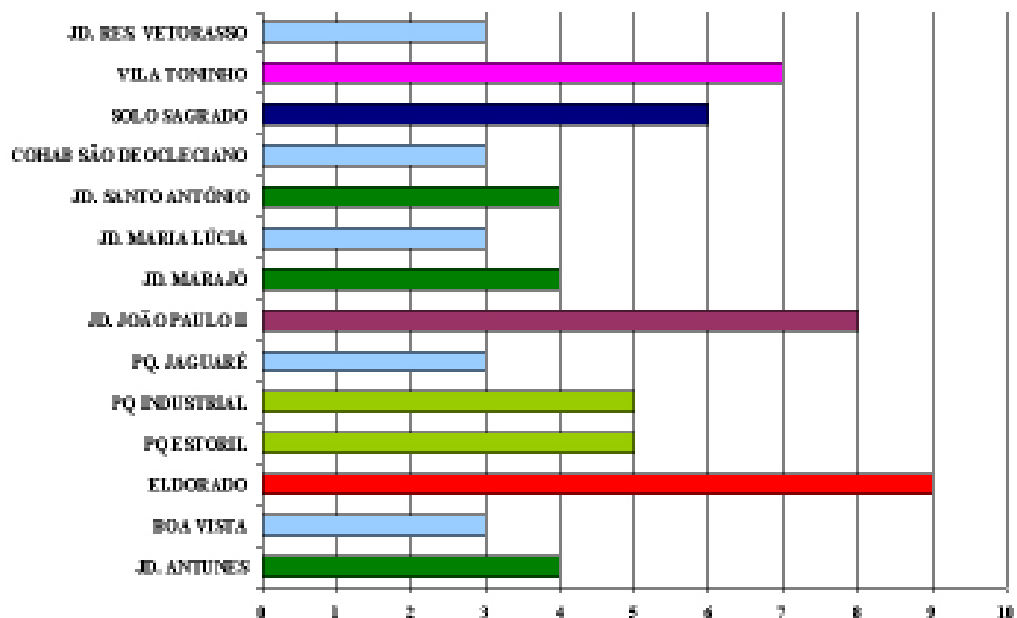
Figura 11. Cidades da região de São José do Rio Preto com maior índice de pacientes atendidos pelo DDA - HB de 1993 a 2005.



Pelo gráfico de barras da Figura 11 que revela as cidades da região de São José do Rio Preto com maior índice de pacientes atendidos pelo DDA - HB de 1993 a 2005 nota-se que a cidade de José Bonifácio é a que mais aparece dentre os clientes atendidos pelo serviço, contabilizando um total de 12 (14,29%) dos 84

atendimentos realizados no período, sendo seguida por Mirassol com 6 (7,14%), Ubarana com 5 (5,95%) e Bady Bassitt, Frutal e Votuporanga com 3 (3,57%) dos casos cada uma. É válido ainda ressaltar os 52 (61,90%) dos casos procedentes de outras inúmeras cidades da região.

Figura 12. Bairros de São José do Rio Preto com maior incidência de portadores de hanseníase atendidos pelo DDA - HB com respectivo número de ocorrências.



Na Figura 12 temos os bairros de São José do Rio Preto com maior incidência de portadores de hanseníase atendidos pelo DDA - HB com respectivo número de ocorrências tendo os bairros Eldorado, João Paulo II, Vila Toninho e Solo Sagrado os mais incidentes com 30 (22,90%) dos 131 casos da cidade tratados no período.

### Discussão

A criação de um banco de dados, através de informações obti-

das das fichas de acompanhamento, prontuários e planilhas de inclusão não é tarefa fácil. Encontraram-se dados incompletos, inexistentes, duplicados e muitas vezes controversos.

O Programa de Computador Microsoft Excel serviu para a introdução dos dados, pois a sua manipulação é fácil, permitindo rapidez no acesso e a análise das informações. Observou-se a necessidade desses dados estarem disponíveis e de forma simplificada, pois assim, o planejamento das ações de cuidar torna-se mais efetivas e eficazes.

Um número maior de portadores do sexo masculino em relação ao do sexo feminino foi encontrado, principalmente na faixa etária de 60 a 70 anos, o que confirma os dados apresentados na literatura por *Bechelli*<sup>1</sup>, que diz que a hanseníase é mais frequente em homens do que em mulheres pelo menos em grupos etários acima dos 14 anos. Essa ocorrência possivelmente está relacionada com o contexto histórico do caráter boêmio e migratório em busca de trabalho, portanto, menos salubre apresentado pelos indivíduos do sexo masculino.

Os dados relativos à escolaridade e profissão dos usuários, tão importantes na educação e promoção em saúde não se apresentaram disponíveis na maioria dos registros analisados.

A faixa etária dos portadores no início do tratamento tem a maior incidência entre 41 a 70 anos de idade, porém um dado preocupante é que 11 (5,1%) dos indivíduos são menores de 21 anos, o que torna evidente a ineficiência do sistema de saúde já que o sistema PQT fora implantado em meados da década de 1980 no Brasil e teoricamente não deveríamos ter casos novos em indivíduos nascidos após este período. Quanto ao decréscimo evidenciado pelo gráfico ocorrido após os 70 anos de idade, acredita-se atribuir ao fato de que esses indivíduos encontram-se dentro da expectativa de vida média do país para essa geração.

Houve um acréscimo na incidência a partir do ano de 1999 a 2000. Tal ocorrência está possivelmente relacionada ao programa de busca ativa realizada pelo programa nesse período. Mostra uma diferença no desenho apresentado no município e no Estado de São Paulo no índice de casos novos provavelmente por ser o serviço um centro de referência e pela introdução da PQT/OMS, dos protocolos de doze doses e o tratamento de dose única (ROM) promovidos pelo programa.

A distribuição dos casos de hanseníase entre os pacientes atendidos pelo programa evidenciou que a forma clínica virchoviana apresentou o maior número de casos, seguida da forma dimorfa, com 55,76% somados os casos. A análise acima deixa explícita a necessidade de um controle eficiente de comunicantes intradomiciliares incluindo avaliação dermatoneurológica e vacinação dos mesmos, além do tratamento dos portadores da hanseníase, já que as formas clínicas predominantes dentre a população atendida são contagiantes e como foi citado anteriormente segundo *Smith*<sup>13</sup>, é grande a probabilidade de consangüíneos desenvolverem a mesma forma clínica da doença, o que pode aumentar ainda mais esses índices se tais providências não forem tomadas.

A distribuição dos casos de hanseníase entre os clientes atendidos pelo DDA - HB segundo as formas multibacilares da doença pode-se constatar que os indivíduos do sexo masculino são os maiores contribuintes para a dispersão da doença na região. Pode-se observar que o maior número de indivíduos que apresentaram a forma virchoviana (a mais incapacitante) da doença são do sexo masculino, o que poderia ser explicado pelo fato de que as mulheres procuram com maior frequência os serviços de saúde, diagnosticando assim precocemente a doença. Outro fator relevante aparece sobre a forma indeterminada (forma inicial da doença) com disparidade entre os sexos, onde as mulheres possuem o maior número de casos. Esse predomínio das formas multibacilares no sexo masculino e das formas paucibacilares no sexo feminino confirmam os dados encontrados na literatura, onde segundo os autores existe uma maior suscetibilidade masculina às formas multibacilares da doença<sup>11,13</sup>.

Outro fato a ser evidenciado é o contexto sócio econômico da forma virchoviana que como discutida anteriormente é a forma mais incapacitante da doença podendo chegar até a exclusão

profissional do indivíduo pelas lesões neurológicas provocadas pelo infiltrado bacilar.

Embora o número de casos da forma virchoviana tenha aumentado expressivamente, a forma indeterminada (forma inicial da doença) também teve um grande aumento provavelmente associado à eficiência da detecção precoce da doença por este serviço de saúde, promoção, educação em saúde, divulgação maior da doença em mídia e capacitação dos profissionais na busca de portadores. Acredita-se também que a implantação da Equipe de Saúde da Família (ESF) na cidade tenha trazido um novo olhar na busca de casos novos.

Quanto à distribuição dos comunicantes intradomiciliares segundo as formas clínicas dos portadores, atendidos pelo DDA-HB, onde foram contabilizado um total de 675 comunicantes, cuja maioria (64%) coabitam com indivíduos portadores das formas multibacilares, (39%) da forma virchoviana e (25%) da forma dimorfa da doença, o que indica risco eminente de contágio para esses comunicantes e ressalta a importância do controle desses comunicantes. Fica evidente que o índice de entradas para tratamento ainda é maior nas formas contagiosas da doença.

Sabe-se que o *M. leprae* pode permanecer vivo e infectante por nove dias em secreções nasais secas de portadores contagiantes e até 46 dias em solo úmido a temperatura ambiente. Dessa forma, a doença de Hansen pode ser transmitida de uma pessoa para outra através da mucosa nasal ou da pele desde que haja solução de continuidade nas formas multibacilares da doença<sup>3</sup>. Os doentes com a forma virchoviana da hanseníase eliminam imensa quantidade de bacilos pelas vias aéreas superiores ou pelas secreções das lesões ulceradas, leite materno, urina e fezes<sup>3</sup>.

A prevenção da Hanseníase se dá através de imunoprofilaxia com vacina BCG para os comunicantes. Até o momento, alguns estudos demonstram que a efetividade da vacina se relaciona com a faixa etária dos comunicantes, e que para crianças com idade de um a cinco anos, a proteção oferecida foi de 55%, de 91% para aqueles de 10 a 18 anos e nenhuma para os de 19 a 28 anos de idade<sup>1</sup>. Não são conhecidos até o momento, meios quimioprofiláticos de eficiência comprovada para uma possível prevenção em massa.

Ainda sobre o controle de comunicantes, o que sobressalta a importância das afirmações anteriores se dá pela conclusão obtida no Brasil por *Smith*<sup>2</sup> de que consangüíneos de portadores da forma virchoviana possuem maior probabilidade de apresentarem o mesmo tipo polar da doença que os não consangüíneos coabitantes.

## Conclusão

Conclui-se assim que embora o DDA - HB seja um importante serviço de saúde pela sua referência regional devido ao expressivo número de pacientes atendidos de outras cidades além dos procedentes de São José do Rio Preto, existe ainda a necessidade da descentralização do serviço do programa de controle da hanseníase como é preconizado pela OMS.

O controle de comunicantes intradomiciliares com sua respectiva vacinação nos casos multibacilares juntamente com a poliquimioterapia são ainda a melhor opção na busca da pós-eliminação da doença e que ações como a busca ativa desses pacientes com seus respectivos comunicantes deve ser aplicada não só no município de São José do Rio Preto como também em todas as áreas endêmicas da doença como forma de restringir sua proliferação.

## Referências bibliográficas

1. Wathen PI. Hansen's disease. *South Med J* 1996;89(7):647-52.
2. Hastings RC. *Leprosy: medicine in the tropics*. London: Churchill Livingstone; 1985.
3. Cardoso AC. Hanseníase. In: Auto HJF, organizador. *Doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p.283-93.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de controle da hanseníase*. 2ª ed. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 1994.
5. Paschoal VDA. *Um sistema de cores na avaliação biopsicossocial do hanseniano reacional [dissertação]*. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1998.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES; 1989.
7. Lessa ZL. *Hanseníase e educação em saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e teológico [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1986.
8. Nemes MIB. *A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de Subprograma de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987) [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.
9. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório do 6º Encontro Estadual de avaliação da Hanseníase no Estado de São Paulo [mimeografado]*. São Paulo; 1994.
10. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. *Manual de vigilância epidemiológica: normas e instruções*. São Paulo; 1992.
11. Bechelli LM, Martinez-Dominguez V, Patwary KM. WHO epidemiologic random sample surveys of leprosy in northern Nigeria (Katsina), Cameroon and Thailand (Khon Kaen). *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1966;34(3):223-43.
12. Nery JAC, Sales AM, Gomes AP. Hanseníase. In: Batista RS, organizador. *Manual de infectologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.313-6.
13. Smith DG, Blumberg BS, Guinto RS, Wittenstein FS. Genetics in leprosy. In: Chatterjee BR, organizador. *A window on leprosy*. Calcutta: Gandhi Memorial Leprosy Foundation, The Statesman Commercial Press; 1978. p.82-102.

---

## Correspondência:

Márcio Curto  
Rua Joaquim Manoel Pires, 120 ap.13  
15091-210 - São José do Rio Preto - SP  
Tel.: (17)3226-7665/9138-4664  
e-mail: maccurto@yahoo.com.br

---