



Artigo/Article

Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta

Leprosy in Buriticupu, State of Maranhão: active search for cases in the adult population

Antonio Rafael da Silva^{1,2}, Wilma Batista de Matos¹, Camila Cristina Bastos Silva¹ e Eloisa da Graça do Rosario Gonçalves^{1,2}

RESUMO

Introdução: O estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a situação da hanseníase na população adulta do Município de Buriticupu, MA. **Métodos:** Foi empregado o método de busca ativa na identificação de casos novos, no período de 2005 a 2007. Baciloscopia de raspado intradérmico foi feita em todos os pacientes com lesões de pele compatíveis com hanseníase, enquanto exame histopatológico foi feito naqueles em que havia dúvidas na definição da forma clínica. **Resultados:** Participaram do estudo 15.409 indivíduos, tendo o exame clínico definido o diagnóstico de hanseníase em 62 pacientes, o que representa um coeficiente de detecção de 40,23/10.000. A baciloscopia foi positiva em seis pacientes, sendo predominante a forma clínica tuberculóide, em 31 casos, seguida da forma indeterminada em 20, dimorfa em 10 e virchowiana em um. O estudo permitiu, ainda, a identificação de outras doenças da pele, tais como pitíriase versicolor, dermatofitose, escabiose, vitiligo e carcinoma de pele. **Conclusões:** O elevado coeficiente de detecção define o município como hiperendêmico para a hanseníase. A busca ativa de casos é um método importante para o controle da doença.

Palavras-chaves: Hanseníase. Detecção. Busca ativa. Estado do Maranhão.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to analyze the leprosy situation, focusing on the adult population of the town of Buriticupu, State of Maranhão. **Methods:** An active search was conducted to identify new cases from 2005 to 2007. All patients with injuries suggestive of leprosy were submitted to cutaneous bacilloscopy and biopsies were performed when defining the clinical presentation was difficult. **Results:** 15,409 individuals participated in the study and 62 were diagnosed with leprosy which represents a detection coefficient of 40.23/10,000. Bacilloscopy showed positive results in six patients. The predominant clinical form was tuberculoid, 31 cases, followed by the indeterminate form (20 cases), the dimorphous form (10 cases) and the lepromatous form (1 case). The study also identified other skin diseases, including pityriasis versicolor, scabies, mycosis, vitiligo and carcinoma. **Conclusions:** The high detection coefficient defines the town of Buriticupu, MA, as hyperendemic for leprosy. Active cases search is an important method for disease control.

Key-words: Leprosy. Detection. Active search. State of Maranhão.

1. Centro de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. 2. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA.

Endereço para correspondência: Dr. Antonio Rafael da Silva. CREDIP. Deptº de Patologia/UFMA. Praça Madre Deus 02, Térreo, Bairro Madre Deus, 65025-560 São Luis, MA.

Tel: 55 98 3221-0270

e-mail: credip@ufma.br

Recebido para publicação em 31/05/2010

Aceito em 16/09/2010

INTRODUÇÃO

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a meta de reduzir a prevalência mundial da hanseníase para menos de um caso por 10.000 habitantes, até o ano 2000¹.

Nesta segunda década do século XXI, a hanseníase continua como problema de elevada magnitude para a saúde pública do Brasil, embora os números mostrem que o coeficiente de prevalência da doença venha caindo. Em 1985, o indicador era de 10,4 casos/10.000 habitantes, tendo apresentado redução progressiva ao longo da década de 90. O Brasil compunha com a Índia, Madagascar, Moçambique, Mianmar, Nepal e a República da Tanzânia o grupo de sete países que concentrava a maioria dos casos de hanseníase do mundo, podendo-se constatar coeficientes menores apenas que os das Ilhas Marshall e dos Estados Federados da Micronésia². As Américas, até 2003, respondiam por 93,2% dos casos registrados¹.

No vasto território nacional, a situação da doença não é homogênea, com as regiões mostrando tendências distintas em relação à prevalência e ao controle. A meta estabelecida de reduzir a prevalência para menos de 1/10.000 no ano 2000 (prazo posteriormente adiado para 2010) somente foi alcançada pelos Estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo^{3,4}.

Em 2007, o Brasil registrou 39.921 casos novos, 15% dos registros no mundo, havendo redução da prevalência para 2,10 casos por 10.000 habitantes⁴.

Apesar da tendência para a estabilização, os coeficientes de detecção de casos novos permaneceram elevados em 2007, com maior ocorrência nas regiões norte (5,42/10.000), centro oeste (4,06/10.000) e nordeste (3,5/10.000)⁴.

Dados da Secretaria de Estado da Saúde e SINAN/SVS mostram que o Estado do Maranhão apresentou altos coeficientes de detecção, respectivamente, de 7,34/10.000 e 6,84/10.000, em 2006 e 2007, acompanhando-se de detecção alta entre menores de 15 anos⁴.

O Ministério da Saúde, a partir do ano 2000, com base na Portaria 1399/99, descentralizou o controle das endemias para estados e municípios. Dessa forma, a Universidade Federal do Maranhão, baseada em estudos realizados em Buriticupu com coeficientes de detecção de casos novos de 23,6/10.000 habitantes no ano 2000 e de 27,4/10.000 em 2001, propôs o projeto *Controle Integrado da Hanseníase no Município de Buriticupu* com as seguintes fases e metas: Meta I (Implantação, 2004 a 2005): treinar professores da rede pública, realizar triagem de escolares, realizar exame dermatoneurológico e determinar o coeficiente de detecção da hanseníase nesse segmento social. Meta II (Consolidação, 2005 a 2007): treinar médicos e enfermeiros da rede pública a fim de efetuar a triagem da população adulta, realizar exame dermatoneurológico e definir o coeficiente de detecção nesse segmento social. A meta desta fase foi alcançar o coeficiente de detecção de menos de 10 casos por 10.000 habitantes na população geral. Meta III (Consolidação, 2008 a 2010): dar continuidade aos trabalhos anteriores de forma integrada, enfatizando as áreas de influência das escolas e dos postos de saúde. A meta nessa fase é alcançar o coeficiente de detecção de dois casos por 10.000 habitantes na população geral. Meta IV (Manutenção, 2011 a 2014): estabelecimento da vigilância em saúde, descentralização do diagnóstico e do tratamento e eliminar a hanseníase no Município de Buriticupu, conforme previsto no Plano Nacional de Controle da Hanseníase.

Os estudos da Meta I realizados na população escolar foram publicados⁵. O presente estudo foi desenvolvido com os objetivos de determinar o coeficiente de detecção da hanseníase na população adulta, identificar as formas clínicas, tratar os pacientes, examinar os comunicantes.

MÉTODOS

Área de estudo

O Município de Buriticupu localiza-se na Pré-Amazônia maranhense, entre as latitudes de 4°S e 5°S e longitude de 45°30' e 47° a oeste do Meridiano de Greenwich. Sua extensão territorial é de 2.719km² e nele vivem 51.059 habitantes em 9.608 domicílios. O relevo é constituído por formações de tabuleiros, separados em faixas por drenos e grotões, situado a uma altitude de 200m acima do nível do mar, guardando limites com os Municípios de Bom Jardim, Alto Alegre do Pindaré, Santa Luzia, Arame, Amarante do Maranhão e Bom Jesus das Selvas. A economia sustenta-se num comércio bastante diversificado, destacando-se entre eles os produtos madeireiros e agrícolas, como o arroz, o milho e a farinha, além de uma pecuária de corte. A rede de serviços municipais de saúde possui um hospital com 50 leitos e 10 unidades ambulatoriais que abrigam 10 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Detecção de casos

Foi empregado o método da busca ativa de casos entre 2005 e 2007, com a participação efetiva de enfermeiros e agentes de saúde, integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF), os quais foram treinados para fazer triagem de indivíduos que apresentavam alterações na pele. Em seguida, para a definição diagnóstica, foi realizado o exame clínico pela equipe de pesquisa, sendo os dados anotados em fichas específicas.

O diagnóstico de hanseníase foi definido com base na existência de alterações na pigmentação e/ou textura da pele, aliadas à perda da sensibilidade ao exame clínico. A baciloscopia de raspado

intradérmico foi feita nos casos suspeitos, procedendo-se a coloração do material obtido pelo método de Ziehl-Nielsen. A contagem dos bacilos seguiu a fórmula estabelecida por Ridley e Jopling⁶.

Parte dos pacientes, principalmente aqueles que suscitaram dúvidas na classificação clínica e os que referiam contato com pacientes virchowianos ou dimorfos, foi submetida à biópsia de pele, tomada na parte interna da borda da lesão, utilizando-se *punch* de 6mm de diâmetro após assepsia e anestesia local. O material biopsiado foi acondicionado em recipiente de plástico contendo formol, a 10%, até o processamento laboratorial e leitura.

O tratamento foi baseado na classificação de Madride, considerando-se a classificação operacional da Organização Mundial da Saúde⁷, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde³. A resposta ao tratamento, bem como o controle de cura, foi avaliada em exames clínicos periódicos e no acompanhamento da evolução das lesões.

Foram examinados os comunicantes dos casos novos, adotando-se os mesmos procedimentos descritos para o diagnóstico. Os comunicantes indenes foram encaminhados para a vacinação com BCG (*Bacillus Calmette Guérin*).

Para o cálculo do coeficiente de detecção, considerou-se a população adulta que foi alcançada pela pesquisa. Aplicou-se testes estatísticos de homogeneidade entre a população acometida da sede e dos povoados e de associação entre gênero e faixas etárias.

RESULTADOS

Foram visitadas as unidades de saúde da sede e dos povoados do Município de Buriticupu, conforme mostra a **Tabela 1**. A população alcançada pela pesquisa foi de 15.409 pessoas das quais 2.487 encontraram-se com lesões dermatológicas, de acordo com triagem feita por agentes comunitários de saúde. O exame médico dos indivíduos triados foi feito pela equipe de pesquisa e permitiu a identificação de 62 casos de hanseníase, o que representa um coeficiente de detecção de 40,2/10.000. A estes dados somam-se a informação da existência de 107 pessoas que já tinham sido tratadas de hanseníase no serviço local de controle da doença.

A **Tabela 1** mostra a procedência dos 62 pacientes com hanseníase dos quais 37 (51,3%) eram residentes na sede do município, onde foram examinadas 1.363 pessoas que apresentavam lesões de pele; outros 25 (48,6%), procedentes da área rural do município, onde foram examinadas 1.124 pessoas.

Ao submeter os dados da tabela ao teste do X² de homogeneidade, constatou-se que a diferença entre proporções de casos de hanseníase encontrados na sede e nos povoados não é significativa ($p = 0,3859$)

A **Tabela 2** mostra que 48,4% eram do sexo masculino e 51,6% do feminino, com idade variando entre 18 e 77 anos. Os pacientes nas faixas etárias compreendidas entre 10 e 19 anos e aqueles com mais de 60 anos representam juntos, 32,2% dos casos. Cinquenta e um pacientes apresentavam uma forma paucibacilar, enquanto 11, uma forma multibacilar da doença.

Agrupando-se as faixas etárias apresentadas na **Tabela 2**, em jovens (10-19 anos), adultos (20-59 anos) e idosos (mais de 60 anos) e aplicando-se o teste de independência constata-se que há associação entre faixa etária e gênero ($p = 0,013$). Pela análise de correspondência, o perfil típico dos acometidos é adulto feminino e jovem masculino.

Procedeu-se o exame histopatológico em 24 pacientes. Os achados mais comuns foram de hiperqueratose infiltrado inflamatório

TABELA 1 - Procedência de casos de hanseníase e outras morbidades da pele em adultos no Município de Buriticupu, Maranhão, 2005-2007.

	Triados		Passado				Câncer			Outras condições	
	Total	p/ exame	Hanseníase	de hanseníase	Pitiríase	Dermatofitose	Onicomucose	Vitiligo	de pele		Escabiose
Sede do município											
Área pesquisada											
Terra Bela	5.499	477	18	33	163	47	1	16	1	12	186
Açude/Primavera	1.562	293	7	16	28	8	1	5	-	3	92
Colégio Agrícola	688	177	1	7	20	6	2	1	1	2	50
Caeminha	1.599	44	2	6	3	1	1	-	-	-	18
Vila Isaías	1.363	325	6	2	59	10	-	1	-	3	120
Vila Primo	1.410	47	2	4	8	7	-	3	-	1	24
Vila Cajueiro			1								
Subtotal	12.12	1.363	37	68	281	79	5	26	2	21	490
Povoados											
Buritizinho	176	130	4	-	-	-	-	-	-	-	125
Povoado 1 da vicinal 2	144	105	3	7	17	5	3	2	1	-	63
Povoado 1 da vicinal 3	149	97	2	2	45	3	-	2	1	-	5
II Núcleo	661	267	4	18	65	35	-	11	1	11	112
Presa de Porco	160	89	3	3	44	11	-	2	-	-	30
Povoado 1 da vicinal 4	494	149	1	6	25	14	1	4	-	8	57
Povoado 1 da vicinal 5	238	45	2	1	17	6	-	3	-	2	14
Trilha 410	240	44	-	1	13	2	-	2	-	5	21
Vila 21 de Maio	115	21	-	1	5	3	1	1	-	-	10
Vila União	196	42	1	-	12	1	1	1	-	4	22
Vila São Raimundo	56	21	2	-	4	4	-	-	-	-	11
Povoado 3 da vicinal 4	50	10	-	-	4	1	-	-	-	1	4
Povoado 2 da vicinal 3	127	27	2	-	7	2	1	-	-	-	13
Povoado 2 da vicinal 4	188	27	-	-	10	1	-	2	-	1	13
Trilha 405	171	28	-	-	14	3	-	-	-	1	10
Povoado 1 da vicinal 6	123	22	1	-	8	2	-	-	-	1	10
Subtotal	3.288	1.124	25	39	290	93	7	30	3	34	520
Total	15.409	2.487	62	107	571	172	12	56	5	55	1.010

χ^2 de homogeneidade para comparar as proporções de casos de hanseníase dos povoados e da sede $p = 0,3859$.

perivasculares, peri-anaxial e perineural, com envolvimento de músculo eretor de pêlos. Em menor número de vezes, foram descritos pseudocistos córneos, atrofia da epiderme e de anexos cutâneos, pigmentação melânica da camada basilar e acantose. A baciloscopia foi positiva em 6 (9,6%) pacientes 2 da forma virchowiana e 4 da dimorfa. O índice baciloscópico variou de 1 a 3,5.

Todos os pacientes receberam tratamento específico, conforme recomendação do MS³, e foram acompanhados regularmente pela equipe de pesquisa.

O estudo permitiu, ainda, o diagnóstico de 571 casos de pitiríase versicolor, 172 de dermatofitoses, 55 de escabiose, 56 de vitiligo, 12 de onicomucose e cinco com quadro compatível com carcinoma de pele. Condições diversas como cicatrizes, nevus, escoriações e despigmentações inespecíficas foram observadas em 1.010 adultos (**Tabela 1**).

Chamou a atenção, durante o estudo, a conduta adotada em pacientes apresentados a equipe de pesquisa pelos profissionais dos serviços locais de saúde. Trata-se de reações hanseníase desenvolvidas após o início do tratamento no que diz respeito ao diagnóstico, se do tipo I ou do tipo II, e do seu manejo em relação ao emprego das drogas disponíveis, corticosteróides e talidomida. Em cerca de nove pacientes, foi comprovada nítida confusão entre as reações e entre estas e a continuidade da doença.

TABELA 2 - Distribuição de 62 casos de hanseníase por faixa etária, sexo e formas clínicas, na população adulta do Município de Buriticupu - Estado do Maranhão, 2005 a 2007.

Faixa etária (anos)	Sexo		Formas clínicas				Total
	masc	fem	I	T	D	V	
10 - 19	8	2	3	4	3	-	10
0 - 29	3	4	4	3	-	-	7
30 a 49	3	8	2	8	-	1	11
40 a 49	3	6	3	3	3	-	9
50 a 59	6	9	7	5	2	1	15
> 60	7	3	1	8	1	-	10
Total	30	32	20	31	9	2	62

I: indeterminada, T: tuberculóide, D: dimorfa, V: virchowiana.

Teste de independência para avaliar associação entre idade e sexo $p = 0,013$.

Análise de correspondência para avaliar a associação entre faixa etária e forma clínica $p = 0,339$.

DISCUSSÃO

Com a implantação da poliquimioterapia, a partir de 1981, os países endêmicos passaram a trabalhar com a possibilidade de eliminação da hanseníase^{7,8}, doença cuja característica evolutiva é a associação entre lesões cutâneas, alterações neurológicas e incapacidades físicas. Falar no controle efetivo da doença é lançar

um desafio à organização dos serviços locais de saúde e ao seu poder de mobilização, em função do segmento social que comumente é acometido, do longo período de incubação da doença, do número elevado de casos, da discriminação existente e das sequelas que parte dos pacientes pode desenvolver.

Com esta visão, e a responsabilidade que o processo de descentralização acarretou para estados e municípios, buscou-se desenvolver ações integradas de controle em parceria com as Secretarias de Saúde, Educação e Serviço Social do Município, estruturando o projeto intitulado *Controle da Hanseníase no Município de Buriticupu - MA*, com a finalidade de fortalecer o nível local nas ações de diagnóstico, tratamento, controle de cura e prevenção de incapacidades.

A lógica para envolver o setor educacional neste trabalho deu-se em função da nossa experiência em tarefas realizadas em outras parcerias locais e devido à visão de que o alcance social desse setor é maior que o da saúde, sendo, portanto, sua inserção no combate à hanseníase condição fundamental para o controle sustentável da doença no município.

A busca ativa demonstrou ser importante para o diagnóstico precoce, sendo decisiva a participação dos profissionais do setor da saúde na identificação de casos suspeitos, o que ficou demonstrado pela maior detecção de casos naquelas áreas do município onde o programa de saúde da família foi mais atuante.

Além disso, a ampla cobertura que a pesquisa atingiu, permitiu que setores diversos da sociedade recebessem esclarecimentos acerca da doença e de seus determinantes. Observa-se que a relação homem/mulher, encontrada na **Tabela 2**, contraria o que é costumeiramente encontrado, fato que, presumivelmente, se explica por ser a mulher mais cuidadosa com a saúde e procurar cuidados médicos com mais frequência.

Em estudo anterior, o encontro de elevado coeficiente de detecção da doença entre escolares, em baixas faixas etárias⁵, além de indicar um aumento da transmissão do bacilo, confirma a afirmação de Pinto Neto de que o deslocamento da incidência da hanseníase para menores de 15 anos expõe uma deficiente vigilância e falha no controle da doença⁹.

A etapa atual do estudo, desenvolvida em adultos, mostra outra tendência no Município de Buriticupu: a proporção de 4,6 paucibacilares para 1 multibacilar, com predomínio da forma tuberculóide de evolução mais precoce, expressa a força da endemia no município pelo acometimento dos indivíduos mais resistentes à infecção. A constatação de 82% do total de casos diagnosticados serem paucibacilares reforça a importância do diagnóstico e tratamento precoces, quando se sabe que o retardo no diagnóstico predispõe ao aparecimento de incapacidades.

É importante fazer o diagnóstico da doença, bem como a classificação correta da forma clínica o que garante o tratamento adequado e contribui para diminuir a transmissão da doença.

Ressalta-se a existência de 107 pessoas com passado de hanseníase entre os comunicantes dos pacientes adultos à semelhança do estudo nos escolares⁵, pode ser explicado pela aglomeração de pessoas, pois o estudo constatou que 70% das residências possuíam somente três cômodos e eram habitadas por mais de cinco pessoas¹⁰. Esta observação está em consonância com outro autor, segundo o qual a hanseníase atinge, principalmente, populações de baixa renda e baixo nível sociocultural que vivem em aglomerados, possibilitando assim uma maior transmissão do bacilo¹¹.

A boa resposta terapêutica apresentada pelos pacientes paucibacilares corrobora a eficácia reconhecida da poliquimioterapia e a importância do diagnóstico precoce propiciado pela busca ativa, uma vez que nos deparamos com a presença de reações hanseníicas esboçadas por vários pacientes multibacilares. Por outro lado, a experiência de envolver diversos setores na dinâmica de controle da hanseníase difundiu, na prática, o conhecimento sobre a doença e seus mecanismos de transmissão para a sociedade. Do mesmo modo, permitiu aos profissionais da saúde treinarem e discutirem acerca de uma nosologia que representa um desafio ao setor, não fora o compromisso assumido de alcançar a meta de controle e mantê-lo sustentável pelos anos afora.

O que tem preocupado nossa equipe são os surtos reacionais na hanseníase e a abordagem que tem sido feita. A falta de reconhecimento, levando a intervenções medicamentosas inadequadas, expõe os pacientes a complicações indesejadas como neurites, diabetes, predisposição a infecções e prolongamento do tratamento. Em Buriticupu, tem-se procurado minimizar este problema através de treinamentos teóricos e em serviço dos profissionais da atenção básica.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da rede básica de saúde do Município de Buriticupu, pela participação na etapa de triagem e acompanhamento dos pacientes.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesse no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36:373-382.
2. World Health Organization. *Weekly Epidemiological Record* 13. World Health Organization; 2005. p. 113-124.
3. Fundação Nacional de Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Vol I, 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Ministério da Saúde. *Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2008.
5. Silva AR, Portela EGL, Matos WB, Silva CCB, Gonçalves EGR. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. *Rev da Soc Bras Med Trop* 2007, 40:657-660.
6. Ridley DS, Jopling WH. *Lepr Rev* 1962; 33:119-128.
7. Organização Mundial da Saúde. *Guia para eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública*. 1ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000.
8. Goulart IBM, Penna GO, Cunha G. Imunopatologia de Hanseníase a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35:365-375.
9. Pinto Neto JM, Villa TCS. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). *Hansen Int* 1999; 24:129-136.
10. Silva Júnior CAD. *Representação da Hanseníase pelas famílias dos estudantes do município de Buriticupu, acometidos pela doença*. [Monografia]. [São Luis]: Curso de Farmácia. Universidade Federal do Maranhão; 2005.
11. Fonseca PHM, Cutrim RJCJ, Carneiro SFM. Hanseníase no Estado do Maranhão: análise de 5274 casos. *Arq Bras Med* 1983; 57:175-177.