

A situação epidemiológica da hanseníase no Brasil e em Campinas

Marcos de Souza Queiroz
Maria Angélica Puntel

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

QUEIROZ, MS., and PUNTEL, MA. *A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p. ISBN 85-85676-33-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO BRASIL E EM CAMPINAS

A hanseníase é prevalente no Brasil, e constitui-se um sério problema de saúde em várias partes do mundo subdesenvolvido. A doença é definida como infecto-contagiosa crônica, de longa duração. Produzida pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), ao manifestar-se compromete a pele e, principalmente, o sistema nervoso periférico. Pode também comprometer os vasos, glândulas, órgãos internos, aparelho locomotor, boca, laringe, globo ocular, nariz e outros órgãos. As principais fontes de bactérias são, provavelmente, as mucosas das vias aéreas superiores. Também são fonte de bacilos os hansenomas ulcerados, o leite materno, a urina e as fezes.

A hanseníase é transmitida de pessoa a pessoa, através do contato íntimo e prolongado com doentes das formas contagiantes (Virchoviana ou Dimorfa), sem tratamento. Sua transmissão está também fortemente ligada a fatores socioeconômicos, tais como: estado nutricional, a situação de higiene e, principalmente, a condição de moradia da população. A probabilidade de transmissão da doença é muito maior, por exemplo, num barraco de favela em que residem vários indivíduos, estando um deles infectado. Entretanto, um fato importante é que a maioria das pessoas não adoece mesmo convivendo durante muito tempo, na mesma casa, com doente contagiante sem tratamento. Há estudos imunológicos que indicam que cerca de 90% das pessoas têm defesa natural contra o *M. leprae*.¹

Nesse contexto, o verdadeiro problema com que se depara qualquer programa de saúde pública que vise a erradicar a hanseníase não é, como em muitas outras doenças infecciosas, interceptar a cadeia de transmissão, principalmente se for considerado o fato de que grande parte da população brasileira está contaminada pelo *M. leprae*, embora não desenvolva a doença. O problema real seria interceptar

1 TALHARES, S. & NEVES, R. G. *Hanseníase*. ISEA -, Instituto Superior de Estudos da Amazônia, 2. ed., 1989.
Organização Pan-americana da Saúde. *Manual para o controle de lepra*. 2. ed. Washington, D.C., 1989.

a cadeia de recepção, que só poderia se realizar através da descoberta de uma vacina específica, o que ainda não ocorreu e nem deverá ocorrer tão cedo.

O modo de transmissão da hanseníase é, portanto, complexo, sendo necessária a interação de dois fatores: o grau de contagiosidade do infectante e o grau de receptividade do indivíduo exposto. Quando a contagiosidade é forte e a receptividade da pessoa exposta é alta, é possível uma transmissão rápida da doença, não sendo necessários nem uma exposição longa nem contatos íntimos.²

Nos indivíduos que adoeçam, a infecção também se desenvolve de acordo com as características imunológicas do hospedeiro. Se estas forem mais competentes, produz-se uma forma localizada e não contagiosa da doença; do contrário, desenvolve-se uma forma generalizada e contagiosa. Entre esses extremos, encontram-se as formas intermediárias, refletindo um largo espectro de variações de resistência.³ Estima-se que cerca de 10% das pessoas infectadas apresentam sinais da doença após um período de incubação, que leva em média de dois a sete anos.

A classificação da doença, atualmente adotada nos serviços públicos de saúde brasileiros, resultou do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madrid, em 1953. Neste Congresso, manteve-se a proposta do Congresso de Havana de 1948, de classificar a doença segundo sua tendência de evoluir em direção a um de seus pólos, Virchoviano ou Tuberculóide. Nesta concepção, e de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde,⁴ a classificação da doença deve basear-se em quatro critérios: o clínico, o imunológico, o bacteriológico e o hispatológico, que permitem detectar quatro formas básicas de manifestação da hanseníase, quais sejam:

- Indeterminada (I) ou precoce: fase inicial da doença. Apresentam-se manchas hipocrônicas de limites imprecisos e áreas de hipestesia térmica seguidas de alterações de sensibilidade dolorosa e tátil. O indivíduo pode permanecer na forma indeterminada durante muito tempo, antes de ocorrer a polarização para a forma tuberculóide ou virchoviana, o que dependerá do seu comportamento imunológico.
- Tuberculóide (T): pólo não contagioso, habitualmente estável, com bacterioscopia, em geral, negativa, lesões bem delimitadas e freqüente acometimento nervoso.
- Virchoviana (V): pólo contagioso, com grande número de bacilos, apresentando lesões cutâneas difusas e acometimento sistêmico.
- Dimorfa (D): muito instável, com baciloscopia positiva ou negativa e manifestações cutâneas polimorfas.

2 NOUSSITOU, F. M., SANSARRICQ, H., WALTER, J. *A lepra na criança*. Associazione Italiana "Amici di Raoul Follereau", 1981.

3 ROTBERG, A. *Noções de hanseniologia*. São Paulo: Fundação Paulista contra Hanseníase, 1979.

4 Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais em Saúde Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Controle da hanseníase: Uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: OMS/NUTES, 1989.

Para chegar a uma classificação da forma de hanseníase de que o paciente é portador, além da sintomatologia clínica e hispatológica, é de grande utilidade o teste de Mitsuda que, mesmo sem ser propriamente uma prova de diagnóstico, é útil na classificação de um paciente, uma vez realizado o diagnóstico.⁵ O teste de Mitsuda baseia-se em uma reação imunológica do tipo celular de alta especificidade para o *M. leprae*, que permite a avaliação prognóstica para portadores de hanseníase. O teste é negativo para a forma virchoviana, positivo na forma tuberculóide, enquanto nos portadores da forma indeterminada pode ser negativo (prognóstico evolutivo para o pólo Virchoviano), positivo (prognóstico evolutivo para o pólo Tuberculóide) ou ainda duvidoso.

Originalmente, o teste de Mitsuda foi desenvolvido com o objetivo de descobrir uma vacina, empreendimento que, infelizmente, não foi bem-sucedido. Contudo, observou-se que o teste servia para diferenciar os indivíduos que reagem dos que não reagem à presença da micobactéria. O teste é feito através da remoção de um pedaço da região lesada (hansenoma) de um paciente (ou de animais de laboratório), que é laboratorialmente macerado e preparado para ser inoculado em um outro paciente. Na forma tuberculóide, ou em indivíduos sãos, ocorre uma reação, um calombo no local (Mitsuda positivo); na forma virchoviana não há reação (Mitsuda negativo) que comprove a existência de uma deficiência imunológica do paciente.

O resultado do teste de Mitsuda é também utilizado para reagrupar os pacientes para a implantação dos novos esquemas terapêuticos (poliquimioterapia). Esse reagrupamento resultou em algumas readequações na nomenclatura. Nesse contexto, usam-se os termos multibacilares e paucibacilares. Os primeiros definem-se pelos pacientes portadores da forma virchoviana, dimorfa e indeterminada, com Mitsuda negativo, enquanto os segundos definem-se pelos pacientes portadores da forma tuberculóide e indeterminada, com Mitsuda positivo. Estudos empreendidos pela Organização Pan-americana da Saúde⁶ mostram que as formas multibacilares têm grande responsabilidade epidemiológica na transmissão da doença: enquanto as pessoas que têm contato intradomiciliar com pacientes paucibacilares estão duas vezes mais propensas a contrair a doença do que os sem contato, as pessoas com contato intradomiciliar com pacientes multibacilares correm um risco de 4 a 10 vezes maior.

Infelizmente, ainda hoje, a hanseníase está muito atrasada com relação aos avanços obtidos para a cura da tuberculose, que também utiliza a poliquimioterapia (PQT) – recentemente posta em prática diante da maior resistência do agente etiológico ao tratamento ministrado com a sulfona. No caso da tuberculose, o conhecimento está muito mais adiantado. Os antibióticos utilizados são específicos para cada caso e para cada situação, de acordo com a população bacilar e os locais em

5 Organização Pan-americana da Saúde. *Op. cit.*, 1989.

6 Organização Pan-americana da Saúde. *Op. cit.*, 1989.

que se encontra. Já no caso da hanseníase, ainda não se desenvolveram antibióticos específicos.

É interessante notar que a tuberculose sempre apresentou um caráter que, apesar de trágico, não era estigmatizante. Era uma doença que afetava também os ricos, principalmente aqueles que, de acordo com a representação construída no século passado, viviam intensamente a vida, descuidando-se da saúde. Tratava-se, por isso, de uma doença que merecia ser dimensionada e revestida de atenção cultural e artística. A literatura e a ópera encarregaram-se de promover uma imagem romântica para a doença, enquanto a ciência procurou concentrar esforços no sentido de estudá-la e encontrar melhores formas terapêuticas.

Já a hanseníase nunca encontrou qualquer representação cultural favorável. Trata-se de um mal que não afeta e nunca afetou de um modo significativo a sociedade dominante, como ocorre atualmente com a AIDS. Provavelmente por este motivo a doença desperta interesse ou compaixão apenas marginal. Mesmo atualmente, o estudo e a investigação nesta área ainda são isolados, e mesmo as faculdades de medicina dedicam uma atenção muito pequena a este problema.

Assim, a pesquisa com hanseníase até hoje não obteve uma técnica que permitisse a mais elementar cultura de célula, base fundamental para o desenvolvimento de uma vacina. Só em 1960 conseguiu-se inocular o bacilo em ratos. A forma da doença que se desenvolveu, no entanto, foi a paucibacilar tuberculóide e o rato curava-se espontaneamente depois de oito meses. Em 1972, conseguiu-se inocular o bacilo no tatu, que leva dois anos para desenvolver a doença. A duplicação de material imunológico (DNA) da micobactéria da hanseníase é bem recente e um processo excessivamente caro. Essa técnica, empregada amplamente pela biologia molecular, permite um diagnóstico laboratorial precoce e é promissora no sentido de ensejar estudos mais avançados sobre a doença.

Uma vez que não se tem um teste confiável para se detectar a infecção pelo *M. leprae*, pouco se sabe tanto sobre o nível de infecção da população como sobre o mecanismo de transmissão. Em consequência da não detecção da infecção no indivíduo e porque o doente significa uma proporção ínfima entre os infectados, fica a impressão equivocada de que o índice populacional de infecção é pequeno. O índice de transmissibilidade é, na verdade, muito grande, sendo baixa apenas a proporção de pessoas que adoecem após terem sido infectadas.

A hanseníase prevaleceu no norte da Europa até o século XIII e depois disso declinou gradativamente até a sua extinção. Fine⁷ relata que aproximadamente 800 mil casos foram registrados na Noruega na segunda metade do século XIX e que o último caso endêmico conhecido ocorreu em torno de 1950. Há evidências de que o desaparecimento da hanseníase, juntamente com o desaparecimento de muitas outras doenças infecciosas na maior parte do continente europeu, tenha ocorrido

7 FINE, P. E. Leprosy, the epidemiology of a slow bacterium. *Epidemiologic Reviews*, 4: 161-188, 1982.

por causa da melhoria das condições socioeconômicas e de vida em geral, particularmente no que se refere à alimentação, às condições sanitárias e ao controle populacional.⁸

O mesmo fenômeno não ocorreu na maioria dos países tropicais e subdesenvolvidos. A maior parcela dos indivíduos doentes, nessas regiões, vive em condições precárias de habitação, nutrição e higiene, o que dificulta o controle da epidemia. A Organização Mundial da Saúde estima que existam atualmente de 10 a 12 milhões de casos de portadores de hanseníase, praticamente todos eles concentrados no mundo subdesenvolvido.

O crescimento da endemia está também ligado a fatores tais como diagnóstico incompleto, despreparo dos profissionais da área da saúde nas ações assistenciais (tratamento dos doentes, controle e acompanhamento dos comunicantes) e educativas (trabalho de grupos, palestras, visitas domiciliares) visando a prevenção da doença. Preconceitos dos profissionais da área da saúde também constituem barreira para o desenvolvimento de um programa no controle junto ao doente e seus comunicantes.

Convencionou-se que a hanseníase constitui um grande problema de saúde sempre que a prevalência da doença é maior que 1 caso em cada mil habitantes. Áreas com coeficientes inferiores a 0,2 casos por mil habitantes são consideradas de baixa endemicidade, enquanto coeficientes entre 0,2 e 1,0 por mil habitantes correspondem às áreas de média endemicidade. Numa região de alta endemicidade, o risco de se contrair a doença aumenta, em países e regiões subdesenvolvidos, diante da precária cobertura dos serviços de saúde, de pessoal técnico despreparado e não aderente às dificuldades e necessidades dos pacientes hansenianos e de sua família.

Em escala mundial, o número de casos registrados vem sofrendo um aumento constante nos últimos 20 anos: 2.831.775 em 1966; 3.599.949 em 1976; e 5.368.202 em 1985. O último número representa um aumento de 49% em relação à 1976 e 89,6% à 1966. A prevalência de casos registrados aumentou respectivamente de 0,84 casos por mil habitantes, em 1966, para 0,88 em 1976 e 1,2 em 1985.

As regiões de maior prevalência da doença localizam-se principalmente no continente africano, embora a Ásia e a América Latina também apresentem regiões problemáticas. Na América Latina, cerca de 126 milhões de pessoas (31% da população) vivem em áreas com taxa de prevalência superior a 1 por mil, o que é considerado alto, embora a endemia esteja declinando nesta região. A situação do Brasil, no entanto, mostra uma situação inversa, com uma tendência ascendente de 6,9% ao ano na detecção de casos (Organização Pan-americana da Saúde, 1988).

Atualmente, de todas as Américas, o Brasil detém 85% dos pacientes de hanseníase, apresentando em 1994 a maior taxa de detecção historicamente observada,

8 MACKEOWN, T. *Op. cit.*, 1979.

com 442.481 doentes em registro ativo, sem contar que há uma estimativa conservadora para a doença em torno de 600.000 indivíduos. O Brasil apresenta, portanto, uma alta endemicidade da doença, possuindo um coeficiente de prevalência de 2,0 a 4,9 por mil habitantes, o que o coloca em quarto lugar no mundo em número de casos, suplantado apenas pela Índia, Birmânia e Nigéria.

O aumento da detecção de formas paucibacilares verificado recentemente no Brasil, significa que pessoas com menos susceptibilidade e maior resistência estão se infectando. Isso quer dizer que para essas pessoas estarem se infectando é necessário que haja um aumento da força de transmissão, causada principalmente por uma exposição mais intensa e prolongada com a micobactéria. Trata-se de um dos poucos países em que se verifica crescimento desta doença e em que a velocidade deste aumento é a maior do mundo.

Das cinco macrorregiões do Brasil, quatro são de alta prevalência: Norte (4,54/1.000); Centro-Oeste (3,41/1.000); Sudeste (1,72/1.000) e Sul (1,24/1.000). O Nordeste registra média prevalência (0,86/1.000), mas, no entanto, este seu menor índice é devido não a um número menor de doentes, mas à baixa notificação. Esta região apresenta a maior taxa anual de crescimento na detecção da doença (11%), enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentam média de crescimento anual em torno de 3%. Esses dados corroboram os de Lombardi,⁹ que apontam ter a hanseníase encontrada em todo o território brasileiro uma distribuição desigual e, portanto, com áreas de baixa, média e alta endemicidade.

A SITUAÇÃO DA SAÚDE E DA HANSENÍASE EM CAMPINAS

Com uma população estimada em 912.844 pessoas habitando uma área de 781 Km² no interior do Estado de São Paulo, a 95 Km de sua capital, Campinas apresenta uma renda *per capita* mais do que duas vezes superior à da média nacional e exibe um grau de crescimento e desenvolvimento significativo em relação ao País. O município apresentou, na década de 70, uma taxa média de crescimento populacional da ordem de 5,7% ao ano. Na década de 80, esta mesma taxa foi da ordem de 3,8% ao ano, bem superior à taxa média do estado, de 2,7%. Ao mesmo tempo em que a população crescia, a taxa de natalidade decrescia na região, de 26,60% em 1980 para 20,06 em 1991, um decréscimo correspondente a 24,59%.¹⁰ A taxa de urbanização passou de 68,7% em 1940 para 89,3% em 1970 e 94% a partir de 1980.¹¹

9 LOMBARDI, C. *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1990.

10 SEADE. *Perfil Municipal*, São Paulo, 1993.

11 "Campinas – Subsídios para a discussão do Plano Diretor"/IE-UNICAMP, 1990.

Não só o município, mas também a região administrativa de Campinas passou a atrair fluxos migratórios crescentes, e na década de 70 tornou-se o principal destino da migração estadual, com relação "migrantes/população" superando todas as demais regiões, inclusive a da Grande São Paulo. Mesmo com um declínio acentuado na década de 80, a população aumentou de 3.196.969 habitantes em 1980 para 4.382.452 em 1991, com um incremento populacional de 37,05%.

Entre 1980 e 1991, o consumo de energia elétrica nesta região passou de 5.812.838 MWh para 11.001.918 MWh,¹² um aumento de 89,26%, muito superior ao índice de crescimento populacional, o que confirma um significativo crescimento das atividades econômicas durante um período que se caracterizou, no País, por depressão econômica. Desse modo, o município de Campinas que, em 1970, se apresentava como uma capital regional de médio porte, transformou-se num dos maiores aglomerados urbanos do Brasil.

A presença cada vez mais numerosa de migrantes tem promovido uma grande pressão nos serviços sociais existentes que, na maioria dos casos, não estão aptos a incorporá-los ou a se orientarem pelos problemas que os atingem. É evidente que tal situação concorre para intensificar os problemas na área social, em geral, e na da saúde, em particular. Enquanto a população favelada somava, em 1971, 3.090 indivíduos, com um índice de crescimento de 1.533,33%, ela sobe para 47.380 em 1981 e, com um índice de crescimento de 3.129,49%, alcança o número de 96.700 em 1991.¹³

No que se refere às condições sanitárias, a cidade possui índices de atendimento público domiciliar bastante satisfatório, tanto no que diz respeito ao abastecimento de água quanto no serviço de coleta e tratamento de esgoto. De acordo com dados da Prefeitura, 96% da população urbana é servida pela rede de água e 81% pela de esgoto no ano de 1991.

Com relação às condições de saúde, a região administrativa de Campinas tem revelado um quadro ascendente. O índice de mortalidade infantil, um indicador geralmente aceito como um dos mais importantes para revelar as condições de saúde de uma população, mostra que entre 1980 e 1991 houve uma queda de 41,14 por mil habitantes para 23,24.¹⁴ Tal diminuição resulta da queda relativa nos índices da mortalidade advinda de fatores exógenos, tais como as condições de vida, o meio ambiente, o saneamento básico e a assistência médico-preventiva.

Com uma população de 912.844 habitantes e um total de 1.076 pacientes de hanseníase em registro ativo, Campinas tem uma prevalência de 1,17 casos por mil habitantes (o sexo masculino sobrepuja levemente o feminino), o que é considerado alto pela Organização Mundial da Saúde.

12 SEADE. *Perfil Municipal*, São Paulo, 1993.

13 "Campinas – Subsídios para a discussão do Plano Diretor"/IE-UNICAMP, 1990.

14 SEADE. *Perfil Municipal*, São Paulo, 1993.

Campinas possui 40 unidades básicas de saúde, das quais 5 estão estruturadas para o atendimento da hanseníase. Dentre estas, o Centro de Saúde I (atual Policlínica) atende 93,6% dos pacientes doentes. Como mostra a Tabela 1, a forma Virchoviana, ou seja, a mais contagiosa, constitui a maioria dos casos. Este dado revela também que o diagnóstico realizado é na maioria das vezes tardio, ou seja, já no estágio mais avançado da doença.

Quanto ao controle dos comunicantes, um fator essencial para impedir a progressão da transmissão da hanseníase, os dados obtidos na Policlínica I de Campinas revelam uma situação precária, com apenas 23,8% do total avaliados e sob controle. A vacinação BCG-ID (intradérmico) aos comunicantes exerce alguma proteção contra o aparecimento das formas multibacilares da hanseníase, mas o controle precário dos comunicantes não permite que esta forma preventiva seja adotada de forma extensiva. Deste modo, a endemia não vem sendo controlada, confirmando a análise realizada por Gonçalves¹⁵ que, considerando o País como um todo, conclui que apenas 1 em 3 comunicantes encontra-se sob vigilância epidemiológica.

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO
A FORMA CLÍNICA - CAMPINAS - JANEIRO/1990

FORMAS CLÍNICAS	CASOS REGISTRADOS	
	No.	%
VIRCHOVIANA	685	63,7
DIMORFA	51	4,7
INDETERMINADA	1781	6,5
TUBERCULÓIDE	162	15,1
TOTAL	1.076	100

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

15 GONÇALVES, A. G. *Epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil*, 1989. (Mimeo.).