



INTRODUÇÃO

Igreja do Instituto Lauro de Souza Lima
FOTO produzida por José Ricardo Franchim, 1998.

1. INTRODUÇÃO

A Hanseníase, amplamente conhecida como lepra, é uma das doenças mais antigas da humanidade e tida como um grande desafio à medicina até os dias atuais. É uma doença crônica infecto contagiosa, multissistêmica e granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, que tem tropismo especial pela pele e pelo sistema nervoso periférico⁽¹⁾. As lesões neurotróficas causam insensibilidade, distúrbios motores e conseqüentemente incapacidades físicas. Apresenta dois tipos de lesões granulomatosas: macrofágica (hanseníase virchoviana) e epitelióide (hanseníase tuberculóide)⁽²⁾.

Tratamento e medidas de controle

No Brasil, até 1946, não havia tratamento específico para a hanseníase e a política de saúde pública adotada era o isolacionismo. Após essa data, houve a implantação geral da sulfonaterapia como arma profilática para o doente deixar de ser transmissor mas, apesar disso, a política isolacionista perdurou até 1967⁽³⁾.

Já na década de 40, a sulfona e seus derivados foram utilizados por alguns pesquisadores, inclusive no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), como tratamento único para a doença⁽⁴⁾. Este após ser implantado em todo o país, constituía um tratamento excessivamente prolongado e com um grande número de pacientes em uso irregular da dosagem, fatores que contribuíram para a resistência medicamentosa^(5,6). Em 1963 já surgia no Brasil a utilização da rifamicina sv como arma profilática, a qual isoladamente também não foi eficiente para combater a infecção^(8,9). Em 1981, introduziu-se a poliquimioterapia (PQT), constituída de sulfona, clofazimina e rifampicina, esquema de tratamento utilizado até os dias atuais, que diminui drasticamente a duração do tratamento^(10,11).

Em decorrência da disponibilidade de um tratamento efetivo e da necessidade de intensificar as ações voltadas para a eliminação da hanseníase, o Brasil e outros países endêmicos assinaram um compromisso para sua eliminação, isto é, chegar a uma prevalência de menos de um paciente para cada 10.000 habitantes no início do terceiro milênio ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Esse compromisso originou algumas medidas baseadas em ações de controle como: educação em saúde, aplicação do BCG, busca ativa de doentes, tratamento adequado e precoce, prevenção e tratamento das incapacidades ^(12;15). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽¹⁶⁾, o Brasil é o segundo país com maior número de casos (77.676 casos registrados em 2001) e apresentou neste mesmo ano uma taxa de detecção acima de 41.000 casos novos, representando entre 80 a 90% de todos os casos de hanseníase do continente.

De 1991 até o ano de 2000, houve no Brasil uma redução considerável da prevalência da hanseníase, passando de 17,4/10.000 habitantes para 4,68/10.000 habitantes ⁽¹⁷⁾. Entretanto, ainda não foi alcançada a prevalência ideal, mostrando que a meta proposta, assim como ocorreu também para alguns outros países endêmicos não foi atingida, fato já previsto por diversos estudiosos do assunto.

Assim, em reunião promovida pela OMS na Costa do Marfim em 1999, foi criada a Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase com o objetivo de atuar junto aos países endêmicos para a consecução da meta de eliminar a doença até o final do ano de 2005. Para tanto foram reunidos expertos em hanseníase provenientes de 11 países para revisar criticamente as questões estratégicas relacionadas ao controle e as principais recomendações técnicas que estão sendo realizadas em campo ⁽¹⁸⁾.

Atualmente, grandes progressos já foram obtidos no controle da hanseníase, principalmente a padronização da poliquimioterapia. Porém, conforme Relatório do Fórum técnico da International Leprosy Association (ILA), realizado em fevereiro de 2002, em Paris, argumenta-se que a situação ainda requer muita cautela e atenção, pois apesar da dramática redução da prevalência, os índices de incidência não têm demonstrado declínios⁽¹⁰⁾. Afirma-se ainda que mesmo atingindo a meta de prevalência estipulada não há evidências que a doença irá desaparecer naturalmente, motivo pelo qual continua-se exigindo que as atividades de controle sejam sustentadas⁽¹⁰⁾.

Causas de morte e sobrevida na hanseníase

Segundo Jopling & McDougall⁽¹⁹⁾, as causas de morte, na grande maioria desses pacientes, são as mesmas do resto da população em geral, com exceção das lesões renais da hanseníase virchoviana. Afirmam ainda que essas complicações renais são na maioria das vezes reversíveis, embora possam resultar em insuficiência renal crônica, que pode levar à morte por uremia ou por hipertensão. Sugerem também, que exista um provável aumento na mortalidade pelos efeitos colaterais das drogas utilizadas anti-hansênicas e anti-reacionais.

Em áreas endêmicas, a infectividade bacilar é alta, mas sua patogenicidade é baixa⁽²⁰⁾. Para Lombardi⁽²¹⁾, a baixa letalidade é consenso clássico, consagrado na assertiva de que o doente morre com hanseníase e não de hanseníase e mostrou os seguintes dados: em 1980 o número da população residente no estado de São Paulo era de 24.881.001 e foram a óbito por todas as causas 177.415; destes residentes, o número de doentes com hanseníase era de 38.748 e 432 foram a óbito sendo que apenas 20 tiveram como causa básica de morte a hanseníase. Afirma ainda, que os estudos sobre causas de morte na

hanseníase são baseados apenas na análise de necropsias de alguns casos estudados e nos perfis de mortalidade por causa básica na população de doentes e praticamente inexistentes na população em geral.

Até a década de 50, a literatura especializada em hansenologia, que estudava apenas os registros civis de óbitos, relatava que a principal causa de morte pela doença eram as doenças infecciosas e parasitárias. Dentre as causas das doenças infecciosas, prevalecia a caquexia leprótica como causa de morte em hanseníase⁽²²⁻²⁴⁾. Como naquela época não havia recursos clínicos e laboratoriais para diagnósticos mais complexos e específicos, e como também atestados de óbitos eram expedidos apenas com finalidade legal obrigatória para sepultamento, acredita-se que esses dados sejam incompletos, sub ou superestimados^(21),25).

Lombardi⁽²¹⁾, estudando as causas de óbito por hanseníase no Estado de São Paulo no período de 1931 a 1980, mostrou que as principais causas de óbitos eram as doenças infecciosas e parasitárias (38,99%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (26,46%) e pelas doenças do aparelho geniturinário (8,46%). Mostrou também que a idade média e mediana de morte foi de aproximadamente, 44 anos para o início do período e de 64 anos para o final.

Em estudo realizado no ILSL Nakayama et al⁽²⁶⁾ verificaram que em 199 necropsias de pacientes portadores de hanseníase, as principais causas de óbitos foram as doenças infecciosas (32%), a insuficiência renal (23%) e as complicações cardiovasculares (22%). A amiloidose constituiu a principal causa de insuficiência renal na hanseníase, sendo que 57% dos pacientes com amiloidose apresentaram insuficiência renal terminal, representando, desta forma, a causa de morte mais importante do grupo.

Neste mesmo estudo, Nakayama et al⁽²⁶⁾ observaram que a idade de óbito destes pacientes foi inferior à da população geral adulta do Estado de São Paulo, com uma mediana de 59 anos. Verificaram também que a sobrevida actuarial da hanseníase variou entre 18 e 23,5 anos com uma mediana de 22 anos.

Ura & Opromolla⁽²⁷⁾, tendo em vista as necropsias realizadas no ILSL, sugerem que as causas de óbitos, especificamente atribuídas à hanseníase, seriam decorrentes das reações tipo eritema nodoso graves (vasculites necrosantes), com grandes perdas de líquidos e eletrólitos e a insuficiência renal crônica por depósitos de substâncias amilóide nos glomérulos e túbulos renais. Sugerem ainda que essas situações ocorrem principalmente nos virchovianos, justificando uma menor sobrevida desses pacientes em relação aos demais com outras formas da doença com uma expectativa média de vida diminuída em 6,3 anos por paciente .

Indicadores de mortalidade na hanseníase

Embora todos estes estudos sobre as causas de óbito e da sobrevida na hanseníase tenham trazido grandes contribuições para a compreensão da patogênese da doença, para ampliar os conhecimentos sobre sua epidemiologia e para a redução da morbimortalidade, eles apresentam em seu bojo viéses que podem super ou subestimar alguns dados.

Os estudos baseados em necropsias, como o de Nakayama et al⁽²⁶⁾, têm viéses que podem falsear os resultados. Assim, nem todos os pacientes que morrem são necropsiados⁽²⁸⁾, o que pode restringir a amostra. Também, os achados de necropsias dependem da experiência e do interesse do patologista e da preparação do material^(26;29;30), o que pode sub ou superestimar um determinado achado.

Por outro lado, os estudos baseados em atestados de óbitos, como o de Lombardi⁽²¹⁾, têm também viéses importantes. Embora as estatísticas de mortalidade derivadas de registro civil de óbitos constituam uma das mais importantes fontes de dados para o monitoramento do estado de saúde da população e caracterização da situação demográfica do país⁽³¹⁾, sabe-se que estes apresentam problemas de subnotificação, que vão desde o preenchimento insatisfatório até os erros no diagnóstico da causa básica e/ou das causas concomitantes⁽³²⁾. Especificamente sobre a hanseníase, Pastorello⁽³³⁾ e Ura & Opromolla⁽²⁷⁾, salientam que os registros de óbito são incapazes de oferecer informações específicas sobre a mortalidade dessa doença, fornecendo apenas dados muito gerais.

Portanto, estudos descritivos retrospectivos baseados em achados de necropsia ou de atestados de óbitos podem conter viéses importantes. Entretanto, alguns desses viéses podem ser reduzidos se a amostra for grande e se complementados com dados clínicos e/ou laboratoriais⁽³⁴⁾.