

data _____/_____/_____
cod MVD00016

RELATÓRIO SOBRE A PESQUISA DE TRACOMA NAS COMUNIDADES DE
BARREIRA E NOVA FUNDAÇÃO

Ana Paula Ximenes
Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

1998

1 - Introdução

Em 1997, durante um processo de cadastramento médico dos índios makus no rio Tiquié, a equipe da Saúde Sem Limites registrou um número expressivo de indivíduos com deformidades palpebrais e opacificação corneana. O quadro era sugestivo de tracoma e assim, surgiu a necessidade de uma pesquisa mais especializada da doença entre as populações acometidas, visto que para aquele determinado número de indivíduos com doença avançada, deveria haver número bem maior de outros com doença inicial e em evolução que não foram detectados. O objetivo deste relatório será, então, relatar a pesquisa de tracoma em duas comunidades do médio rio Tiquié, Nova Fundação e Barreira, por uma oftalmologista, nas quais foram avaliados a prevalência da doença, o estadiamento e o índice de cegueira, abordando, ao final, sugestão de tratamento e follow-up.

2 - Material e Métodos

As atividades em cada comunidade eram iniciadas com uma reunião com todos os membros da aldeia, na qual eram expostas noções básicas sobre a doença (basicamente o nome da doença e a sua evolução natural). A seguir, demonstrávamos como seria feito o exame oftalmológico, constituído de duas partes: medida da acuidade visual e eversão de pálpebra. Ao final era aberto espaço para esclarecimento de dúvidas.

A seguir, a abordagem era realizada em cada domicílio, envolvendo todos os indivíduos da casa, sempre com a participação do antropólogo do grupo, que era um elemento fundamental na identificação e comunicação com os pacientes. Nesta fase

foram utilizadas as fichas anteriormente preparadas pela equipe da SSL, que informavam a idade, os contactantes e o exame oftalmológico anterior.

O exame, iniciava-se com a pesquisa da acuidade visual, em que se apresentava um optotipo isolado a 6 metros, aos dois olhos simultaneamente. Este exame visava identificar os deficientes visuais (acuidade $<0,2$) e os cegos (acuidade $<0,1$). Subsequentemente, partíamos para a pesquisa do tracoma. Portando lupa binocular de 2,5x, inicialmente procurávamos a triquíase e a opacificação corneana. Depois evertíamos o tarso superior à procura de folículos e cicatrizes. A partir desse exame classificávamos o indivíduo portador da doença em 5 estágios conforme gradação sugerida pela OMS:

1. Inflamação tracomatosa folicular (TF): presença de cinco ou mais folículos de pelo menos 0,5 mm na conjuntiva tarsal superior
2. Inflamação tracomatosa intensa (TI): espessamento inflamatório acentuado da conjuntiva tarsal, que oculta mais da metade dos vasos tarsais profundos, normais.
3. Cicatrização tracomatosa (TS): presença de cicatrizes na conjuntiva tarsal
4. Triquíase tracomatosa (TT): pelo menos um cílio atrita o olho
5. Opacificação corneana (CO): opacificação na córnea que obscurece a margem ou outra porção da pupila.

Ao final, era realizado fundoscopia direta nos adultos para pesquisa de erros refracionais grosseiros, catarata ou lesões do pólo posterior ocular. Todos os dados eram então registrados em ficha individual, em protocolo previamente elaborado.

3- Resultados:

O trabalho contou com boa receptividade e cooperação da população, obtendo-se amostras representativas dentro de cada comunidade. Foram examinados 118 índios na comunidade de Nova Fundação, o que corresponde, de acordo com as fichas da SSL, a 85% da população, e 90 índios na comunidade de Barreira, o que representa 87% dos indivíduos lá residentes.

As figuras abaixo representam a distribuição das populações visitadas com respeito à faixa etária.

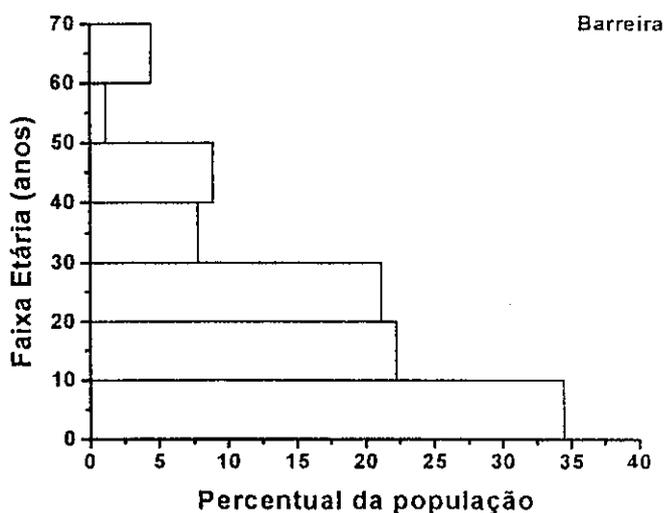


Figura 1- Distribuição da população quanto à faixa etária.

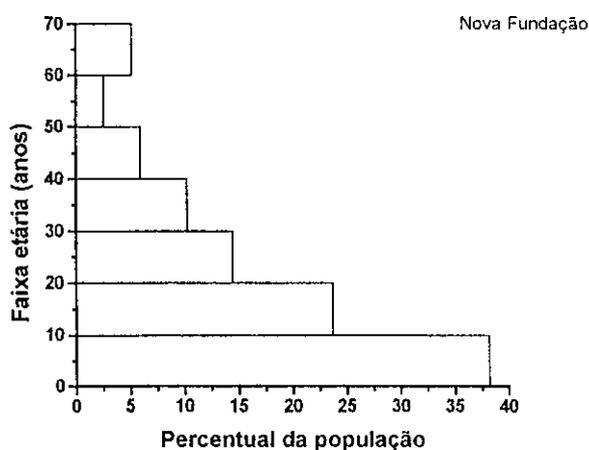


Figura 2 - Distribuição da população quanto à faixa etária.

Encontramos 61 indivíduos acometidos em Nova Fundação e 56 em Barreira, o que corresponde a uma prevalência da doença de 52% e 62%, respectivamente. A distribuição da doença de acordo com a faixa etária é mostrado nas figuras abaixo.

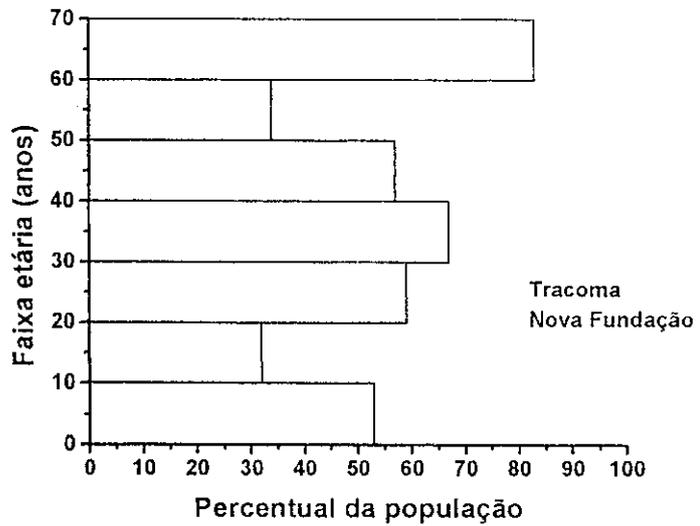


Figura 3 - Prevalência de tracoma segundo a faixa etária

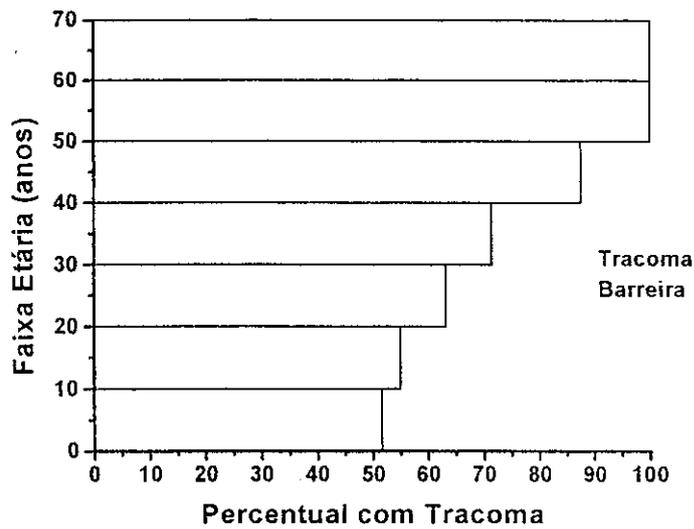


Figura 4 - Prevalência do tracoma segunda a faixa etária

As figuras abaixo representam a evolução das diferentes formas do tracoma segundo a faixa etária.

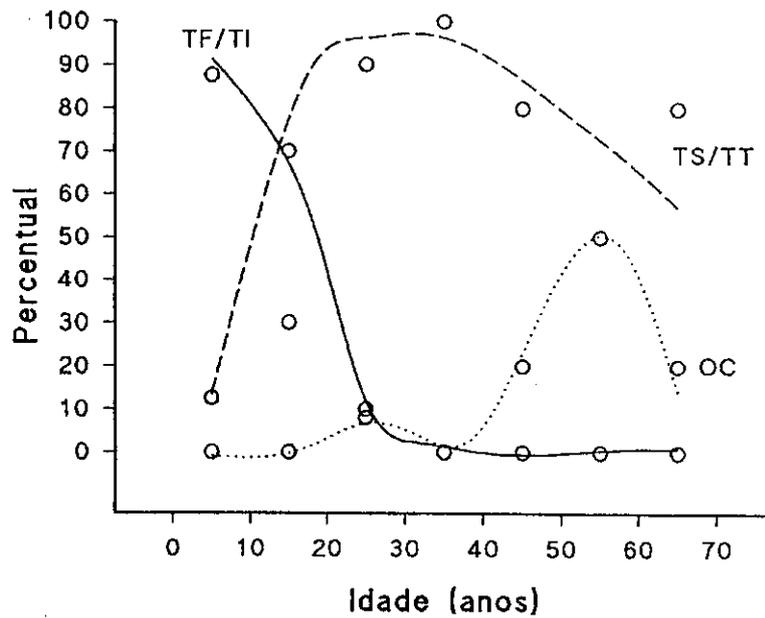


Figura 6 - Evolução das diferentes formas de tracoma na comunidade de Nova Fundação, segundo a faixa etária.

Em Nova Fundação foi detectado um indivíduo cego (acuidade visual $< 0,1$), decorrente de opacificação corneana tracomatosa (o que representa uma taxa de cegueira de 0,7%). Além disso, foram achados três indivíduos com perda visual

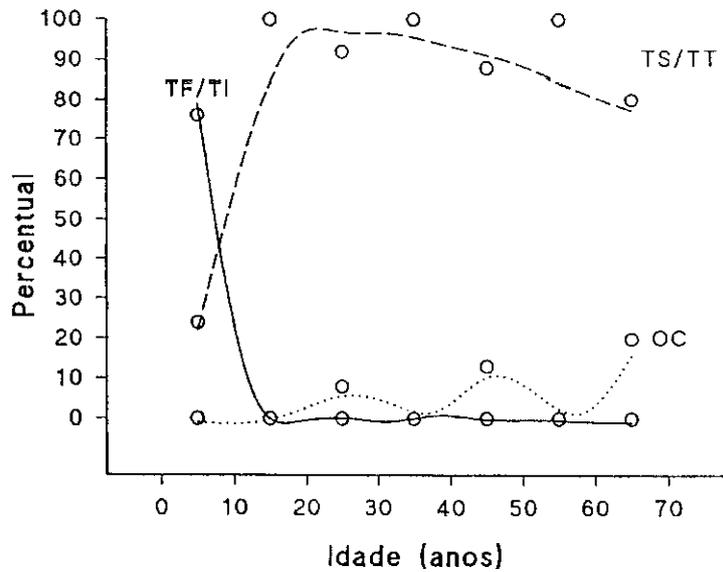


Figura 6 - Evolução das diferentes formas de tracoma na comunidade de Barreira, segundo a faixa etária.

monocular: um decorrente de tracoma, com acuidade visual (AV) $< 0,1$; outro decorrente de trauma, com AV $< 0,2$ e um terceiro decorrente de má formação de nervo óptico, com AV $< 0,1$.

Em Barreira, detectamos um deficiente visual (AV $< 0,2$) decorrente do tracoma e um indivíduo cego, inclusive com atrofia avançada de um dos globos, de causa indeterminada.

4 - Discussão:

O tracoma constitui, hoje, a maior causa de cegueira prevenível no mundo (1). Nas áreas em que apresenta-se endêmica (2) (partes da África, Oriente Médio, regiões áridas do subcontinente indiano e sudeste da Ásia, além de áreas limitadas na

América Latina, Austrália e ilhas do Pacífico) está sempre associado a populações de baixo nível socio-econômico onde as condições de vida facilitam a transmissão contínua da *C. tracomatis* dentro do ambiente domiciliar. (3)

Estudos têm tentado identificar fatores que propiciam tal propagação da doença dentro das comunidades e os mais citados são (4,5,10): convívio em aglomerações, estrutura sanitária precária (acesso limitado a fontes de água limpa, ausência de latrinas), maus hábitos de higiene (em particular, precária higiene facial nas crianças além do uso restrito da água para a higiene) e a presença de moscas no ambiente doméstico. São fatores facilmente justificáveis se lembrarmos que a transmissão da doença se faz através do contato com as secreções oculares infectadas, seja de modo direto (pessoa a pessoa) ou indireto (através de fômites- toalhas, roupas contaminadas, moscas).

Vários destes fatores estão presentes nas comunidades de Barreira e Nova Fundação, o que deve explicar os níveis endêmicos que a doença atingiu naquelas localidades, definidos pela OMS como acometimento de mais de 20% das crianças com a forma aguda da doença-TF e/ou TI.

A análise dos dados também revela que a doença foi introduzida há tempo considerável nas comunidades, visto que foram encontradas formas avançadas da doença-TT e OC- que levam anos para se expressarem após episódios repetidos de conjuntivite tracomatosa aguda. De ainda maior relevância foi o achado de que a doença foi capaz de causar deficiência visual nas comunidades, o que demanda rápida aplicação de programa de controle para a doença.

De acordo com a literatura, são quatro as estratégias de controle em comunidades hiperendêmicas (SAFE: Surgery, Antibiotics, Facial washing, Environmental hygiene) (1):

1. Aplicação em massa de antibioticoterapia segura, barata e eficaz para reduzir a taxa de transmissão da doença e, a nível individual, para reduzir a intensidade do tracoma e assim, o risco de cegueira no paciente,
2. Educação sanitária, visando principalmente a higiene facial,
3. Mudanças ambientais.
4. Cirurgia corretora para a triquíase e o entrópio

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANTIBIOTICOTERAPIA

Até há pouco tempo, o antibiótico recomendado para uso em larga escala era o tópico - pomada oftálmica de Tetraciclina - a ser aplicado diariamente por 6 semanas ou por 5 dias consecutivos de cada mês, por 6 meses. Contudo, este esquema apresenta problema frequente de baixa adesão, verificado inclusive entre os indivíduos estudados, segundo informações da SSL, visto que causa desconforto, turvação visual, pode ser difícil de aplicar-se em crianças e requer aplicação durante quantidade de tempo expressiva. Além disso não elimina a bactéria de outras reservatórios da doença, como a nasofaringe e o trato digestivo, que podem ser importantes para a reinfecção ocular, segundo alguns estudos.

A tendência, então, aponta para o uso de um novo macrolídeo, a azitromicina (7,8,9,10), cuja posologia de dose única, via oral, mostra-se muito mais prática, além

de ter se provado um esquema terapêutico eficaz e sem efeitos colaterais expressivos (geralmente gastrointestinais). Um fator limitante seria o seu alto custo.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA E MUDANÇAS AMBIENTAIS

Contudo, verifica-se que só a antibioticoterapia não é capaz de eliminar a doença a longo prazo e essa condição tem sido conseguida, por outro lado, em comunidades que apresentaram desenvolvimento socioeconômico, com melhora das condições de habitação, estrutura sanitária e higiene pessoal (3). Sob este aspecto, a contribuição médica que pode ser dada é a identificação dos fatores que mantêm a doença em cada comunidade e subsequente implantação de educação sanitária voltada para saná-los. Medidas que se mostraram eficazes foram: educação continuada sobre a importância de se manter a higiene facial em crianças, instalação de latrinas nas comunidades, melhor manejo do lixo doméstico, acesso fácil a água limpa e instrução escolar (4).

CIRURGIA

Por final, é de extrema importância para a prevenção da cegueira a implantação de correção cirúrgica para as deformidades palpebrais -triquíase e entrópio- que pode ser realizada através de cirurgias de curta duração, sob anestesia local e que não exigem estrutura local elaborada (somente sala de pequena cirurgia). As técnicas indicadas são a cauterização de folículos, a rotação marginal do tarso e a cirurgia de Van Milligam.

O reparo das opacificações corneanas, por outro lado, apresenta maiores entraves, visto que requer avaliação intraocular pré-operatória sob a forma de ultrasonografia ocular, requer disponibilidade de córneas doadas e preservadas para transplante, microscópio cirúrgico especializado e seguimento cuidadoso, especializado e demorado dos pacientes operados. E ainda, temos observado no nosso serviço, que os leucomas secundários ao tracoma não são casos de bom prognóstico para transplante, visto que a concomitância de falência do filme lacrimal acarreta problemas para o botão recém-transplantado (11).

FOLLOW-UP

A OMS sugere a formação de pessoas da própria comunidade para o reconhecimento da doença e mobilização da população para as atividades de controle. Em maior instância, um coordenador exerceria o treinamento de tais pessoas, a coordenação da antibioticoterapia, do programa de higiene facial e das mudanças ambientais, buscando o envolvimento dos líderes comunitários e forneceria dados para a monitorização do programa.

REFERÊNCIAS:

1. Thylefors B. Trachoma - new opportunities to tackle an old problem. BJO 1996; 80: 1033-1034

2. Dawson CR. Pathogenesis and Control of blinding trachoma. Duane's Clinical Ophthalmology 1996; vol. 5, cap. 60: 2
3. **Trachoma: the forgotten cause of blindness**
4. Dolin PJ, Faal H, Johnson GJ, Minassian D, Sowa S, Day S, Ajewole J, Mohamed AA, Foster A. Reduction of trachoma in a sub-Saharan village in a absence of a disease control programme. The Lancet 1997 May 24; 349: 1511-1512
5. Prost A, Négrel AD. Water, trachoma and conjunctivitis. Bulletin of the World Health Organization 1989; 67 (1): 9-18
6. Dawson CR, Schachter J, Sallam S, Sheta A, Rubstein RA, Warshtan H. A comparison of oral azithromycin with topical oxytetracycline/polymyxin for the treatment of trachoma in children. Clinical Infectious Disease 1997, 24:363-368
7. Tabbara KL, El-Asrar AMA, Al-Omar O, Choudhury AH, Al-Faisal Z. Single-dose azithromycin in the treatment of trachoma. Ophthalmology 1996 May; 103 (5): 842-846
8. Bailey RL, Arullendran P, Whittle HC, Mabey DCW. Randomised controlled trial of single dose azithromycin in treatment of trachoma. The Lancet 1993 August, 342: 453-456
9. Report of the second meeting of WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma 1998 January, Geneva, Switzerland
10. Taylor HR, West S, Muñoz B, Lynch M, Kayongoya A, Chilangwa Z, Mmbaga BBO. Impact of face-washing on trachoma in Kongwa, Tanzania. The

Lancet 1995 January; 345: 155-158

11. Yorston D, Wood M, Foster A. Penetrating keratoplasty in Africa: graft survival and visual outcome. BJO 1996; 80:890-894