

Evaluación de las acciones de vigilancia de contactos domiciliarios de pacientes con lepra en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil*

Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil

Evaluation of surveillance actions of household contacts of patients with leprosy in the City of Igarapé-Açu, Pará State, Brazil

Diana da Costa Lobato
Secretaria de Saúde do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

Marília Brasil Xavier
Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

Dilma Costa de Oliveira Neves
Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil

RESUMEN

La reducción del riesgo de enfermar entre los contactos domiciliarios de casos es una de las metas de las acciones de vigilancia y control de la lepra. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar las acciones de vigilancia de contactos de lepra en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, en el período de 2004 a 2008. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo y poblacional, con informaciones generadas por el Sistema Nacional de Agravamientos de Notificación (Sinan) y por protocolo propio de investigación, habiéndose identificado 128 casos índices en el Sinan municipal, de los cuales 53 fueron rescatados y entrevistados, ocasión en la que 133 contactos fueron identificados. Entre los casos índices predominó el sexo femenino (68%), las personas mayores de 15 años (79,00%) y la forma operacional multibacilar (66%). Entre los contactos, la mayoría era del sexo masculino (52,63%), con enseñanza primaria completa (42,10%), solteros (42,85%), desempleados (55,63%), con renta familiar inferior a un sueldo mínimo (60,15%) y con una cicatriz de la vacuna BCG-ID (67,67%). La tasa de contactos no evaluados fue de 63,16% (84), y de ellos, de acuerdo con la clasificación operacional del caso índice, 66,70% (56) fueron contactos de casos multibacilares; 37,14% (13) de los casos índices multibacilares fueron contactos intradomiciliarios de casos de lepra anteriores al período estudiado. El municipio estudiado presentó una evaluación precaria de los contactos intradomiciliarios de acuerdo a los parámetros del Ministerio de Salud, lo que refuerza la necesidad de la intensificación de las acciones de vigilancia y control de la lepra en municipios endémicos/hiperendémicos.

Palabras clave: Lepra; Vigilancia en Salud Pública; Transmisión de Enfermedad Infecciosa.

INTRODUCCIÓN

En países con más de un caso en 10 mil habitantes, la lepra es considerada como un problema de salud pública, según la Organización Mundial de Salud (OMS). La OMS deliberó, en asamblea realizada en 1991, la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública hasta el año 2000¹.

Los coeficientes de detección de la lepra en Brasil muestran una tendencia de estabilización, con excepción de las Regiones Norte, Centro-Oeste

y Nordeste, que tienen un 53,5% de los casos detectados en apenas 17,5% de la población brasileña. La existencia de varios factores, especialmente las grandes extensiones territoriales, dificultan el control del agravamiento². Aunque hay una reducción en el número de casos, esto no condice con la disminución de detección propuesta a partir del año 1991³.

Los estudios apuntan a la necesidad de vigilancia de contactos continuada, para que haya una reducción en las tasas de incidencia en las regiones de Brasil

* Artículo resultado de disertación presentada por Diana da Costa Lobato al Programa de Posgrado en Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz, bajo la orientación de la prof.^a Dr.^a Marília Brasil Xavier para obtener el título de Magíster en Salud Pública, el 11 de marzo de 2011. Belém, Pará, Brasil.

Correspondencia / Correspondência / Correspondence:

Diana da Costa Lobato
Av. Presidente Pernambuco, 489. Bairro: Batista Campos
CEP: 66015-200 Belém-Pará-Brasil
Tel.: +55 (91) 3351-6579 / 98149-6920

donde hay elevado número de nuevos casos de la enfermedad⁴.

Las acciones de vigilancia epidemiológica de contactos tienen como objetivo identificar la fuente de contagio, la detección de nuevos casos entre los contactos domiciliarios de los enfermos e implementar medidas preventivas, con el fin de contribuir a la interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad. En comparación con la población general, el riesgo más alto de enfermar está entre los contactos domiciliarios⁵, lo que indica que tanto el tipo de lepra como las distancias del caso índice son factores importantes de riesgo de la enfermedad^{6,7,8,9}. En las zonas muy endémicas, la vigilancia de los contactos domésticos, bien como de la población en general, es una medida imprescindible, ya que toda la población sufre algún tipo de exposición¹⁰.

En Brasil, el Programa Nacional de Control de la Lepra establece las directrices operativas para la aplicación de las acciones de control en la red de servicios de salud pública para la atención integral y la continuidad de cuidados necesarios al paciente, lo que incluye la búsqueda activa de casos, la vigilancia de los contactos domiciliarios, el tratamiento correcto y adecuado de los casos índices y el alta por cura, además del diagnóstico precoz y/o la prevención de las incapacidades^{2,11,12,13}. Epidemiológicamente, este conjunto de acciones proporciona la eliminación de las fuentes de infección en la población en general y, en consecuencia, el control de la endemia¹³.

El diagnóstico precoz, el control de los contactos y del uso de la vacuna BCG-ID son las estrategias consideradas pilares en el control y prevención de la lepra por el Ministerio de Salud (MS), ya que, independientemente de la forma de funcionamiento del caso índice, sus contactos domiciliarios deben ser sometidos a una evaluación de la cicatriz vacunal de la BCG-ID, con la finalidad de vacunar solamente a los contactos sin cicatriz y los que tienen una cicatriz vacunal⁹.

El Programa Más Salud: Derecho de Todos 2008-2011 estableció como meta de reducción el 10% en el número de casos en niños menores a 15 años de edad hasta el año 2011, este es el principal indicador de monitoreo de la lepra¹³.

En el Estado de Pará, de acuerdo con los registros de Araújo¹⁴, en mayo de 1922 existían 1.354 casos de lepra, la mayor parte concentrada en capital. Igarapé-Açu fue el municipio paraense elegido para la instalación de la primera colonia agrícola de "leprosos", la extinta "Lazarópolis do Prata", o "Colônia do Prata", que era referencia para el abrigo de enfermos en el Estado¹⁴. Es un municipio considerado hiperendémico, de acuerdo a los parámetros del MS¹⁵.

El objetivo de este estudio fue de evaluar las acciones de vigilancia de contactos domiciliarios de pacientes con lepra en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, en el período de 2004 a 2008.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, de cuño poblacional, después de la aprobación el 16 de junio de 2010 por el Comité

de Ética e Investigación en Seres Humanos de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, con el número de proceso 128/10, utilizándose la base de datos del Sistema Nacional de Agravamientos de Notificación (Sinan), además de un formulario propio. Tuvo como escenario las seis Unidades de Salud de la Familia (Prata, São Jorge, São Luis, Porto Seguro, Colina y São Cristóvão) y el Centro de Salud del Municipio de Igarapé-Açu. En esas unidades, funciona el Programa de Control de la Lepra en el Municipio.

Para el presente estudio, se utilizaron las definiciones de caso índice, de contacto intradomiciliario y de contactos detectados, establecidas por el MS⁵.

Los datos fueron recolectados en tres momentos: (1) los datos referentes al caso índice y al número de contactos fueron identificados en el banco de datos del Sinan, dirigido por la Secretaría Municipal de Salud de Igarapé-Açu, y en los libros de registro de acompañamiento de casos de las unidades fuentes de la investigación; (2) en los historiales de atención de las unidades de salud estudiadas se identificaron los registros de contactos evaluados o no, de acuerdo con la realización del BCG-ID y el examen dermatoneurológico, y distribuidos de acuerdo a la clasificación operacional del caso índice de la enfermedad; (3) se realizó un trabajo de campo, en el que se visitaron todos los domicilios de los contactos domiciliarios de los casos índices, con el fin de completar el protocolo de la investigación las variables para las cuales no había registros en los historiales y/o en los libros de registro de acompañamiento de los casos analizados.

Fueron incluidos en la investigación solamente los contactos domiciliarios de los 53 casos de lepra registrados en los últimos cinco años anteriores al año del diagnóstico que fueron localizados y aceptaron participar del estudio mediante la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Las variables sociodemográficas utilizadas fueron: edad, sexo, escolaridad, raza/color de piel, ocupación, estado civil y renta; número de casos de lepra de contactos registrados y de contactos examinados en el período; el grado de parentesco con el caso índice y el tiempo de contacto.

Se evaluaron los indicadores epidemiológicos a seguir.

1 Proporción de examinados entre los contactos intradomiciliarios de casos nuevos diagnosticados en el período de 2004-2008. El hallazgo de este indicador se clasificó de acuerdo a los siguientes parámetros: Bueno $\geq 75\%$; Regular 50-75%; Precario $< 50\%$ ¹⁰;

2 Proporción de contactos que evolucionaron para caso según la clasificación operacional del caso índice;

3 Proporción de contactos evaluados según la clasificación operacional del caso índice.

Para elaborar el banco de datos, se usó el programa Microsoft Excel 2007. Los datos recolectados fueron analizados utilizándose la estadística descriptiva y la prueba de Chi-Cuadrado de adherencia, con auxilio del programa BioEstat v.5.3. Se consideraron

diferencias estadísticamente significativas aquellas en las que el *p*-valor obtenido fue < 0,05.

RESULTADOS

En el período de estudio fueron informados 154 casos índices en el Municipio. De estos, se excluyeron 26 por error en el diagnóstico. De los 128 restantes, apenas 53 casos índices (42,06%) participaron del estudio ya que fueron los únicos localizados y entrevistados. Los 75 casos considerados como pérdidas lo fueron por los siguientes motivos: seis (4,68%) no estuvieron de acuerdo con los términos de la investigación, cuatro (3,12%) fueron a óbito, nueve (7,03%) no tenían historial de contacto domiciliario, 35 (27,34%) se cambiaron de dirección y 21 (16,04%) no fueron localizados.

El análisis de los registros de los 53 casos índices incluidos en el estudio posibilitó la identificación de 133 contactos domiciliarios. El promedio de edad de los casos índices fue $43,5 \pm 21,8$ años. Para los menores de 15 años, ese promedio fue de $11,8 \pm 2,9$; y para los con edad igual o superior a 15 años fue de $47,5 \pm 19,8$.

El perfil demográfico de los casos índices consiste en predominio estadísticamente significativa para el género femenino, edad igual o superior a 15 años y la clasificación operacional de multibacilar (Tabla 1).

En la tabla 2, se observa que 35% de los contactos son de casos índices paucibacilares y 65% de casos multibacilares (*p*-valor = 0,0027). Entre los 133 contactos registrados, 3,76% evolucionaron para casos secundarios, siendo uno entre los contactos

de paucibacilares y cuatro entre los contactos de multibacilares.

La mayoría de los contactos registrados (63,16%) no fue evaluada por los servicios de salud (*p*-valor = 0,0085). Entre los contactos menores de 15 años de edad evaluados, predominaron los que eran contactos domiciliarios de casos índices multibacilares (64,7%). Los totales de contactos domiciliarios no evaluados de casos paucibacilares y de multibacilares fueron, respectivamente, 33,3% (28/84) y 66,7% (56/84). Para los contactos domiciliarios, el promedio de edad observado fue de $26,3 \pm 16,2$. Para los contactos menores a 15 años y con edad igual o superior a 15 años, el promedio fue respectivamente de $9,4 \pm 2,9$ e $32,0 \pm 14,7$ (Tabla 3).

De los 133 contactos domiciliarios evaluados, tan sólo 19,55% tenía dos cicatrices de vacuna BCG-ID y 67,67% tenía apenas una originada por el Programa Nacional de Inmunización durante intensificación de las acciones de vacunación municipal. Se observó una mayor proporción de evaluación dermatoneurológica entre los que tenían dos cicatrices y, entre los contactos no evaluados, predominó los que no presentaban cicatriz (*p*-valor < 0,0001) (Tabla 4).

En el perfil sociodemográfico de los contactos, hubo predominio de edad igual o superior a 15 años, enseñanza primaria completa, solteros, desempleados, estudiantes y con renta familiar inferior a un sueldo mínimo. Aunque se observó mayor proporción del sexo masculino (52,6%), esta no fue estadísticamente diferente del sexo femenino (*p*-valor = 0,5989) (Tabla 5).

Tabla 1 – Distribuição de los casos índices de lepra según género, franja etária e classificação operacional, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Variable	N	%	<i>p</i> -valor
Género			
Masculino	17	32	
Femenino	36	68	0,0003
Franja etaria			
< 15 años	11	21	
> 15 años	42	79	< 0,0001
Clasificación operacional			
Paucibacilar	18	34	
Multibacilar	35	66	0,0014
Total	53	100	

Fuente: Módulo Municipal do Sinan.

Tabla 2 – Clasificación operacional de los casos índices de lepra y el número de contactos domiciliarios, en el Município de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, 2004-2008

Clasificación operacional	Frecuencia de los casos índice		Frecuencia de los contactos		Número de contactos con lepra	
	N	%	N	%	N	%
Paucibacilar	18	34	46	35	1/46	1,72
Multibacilar	35	66	87	65*	4/87	4,49
Total	53	100	133	100	5/133	3,76

**p*-valor = 0,0027.

Tabla 3 – Distribución de los contactos domiciliarios con evaluación dermatoneurológica, según franja etaria y forma operacional del caso índice, en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, 2004-2008

Casos índices	Frecuencia de los casos índices	Total de contactos	Contactos evaluados			
			Sí		No	
			N	%	N	%
< 15 años	11	34	18	52,94	16	47,06
Paucibacilar	8	17	7	41,17	10	58,83
Multibacilar	3	17	11	64,70	6	35,30
> 15 años	42	99	31	31,31	68	68,69
Paucibacilar	10	29	1	37,94	18	62,06
Multibacilar	32	70	20	28,57	50	71,43
Total	53	133	49	36,84	84	63,16*

*p-valor = 0,0085.

Tabla 4 – Distribución de los contactos domiciliarios de casos índices según el número de cicatriz vacunal de BCG-ID, en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, 2004-2008

Cicatriz vacunal	Total de contactos		Contactos evaluados				p-valor
	N	%	Sí		No		
			N	%	N	%	
Una	90	67,67	29/90	32,22	61/90	67,78	0,0004
Dos	26	19,55	16/26	61,53	10/16	38,47	0,0211
Ninguna	17	12,78	4/17	23,53	13/17	76,47	< 0,0001
Total	133	100,00	49/133	36,84	84/133	63,16	0,0085

Fuente: Protocolo de investigación.

Tabla 5 – Perfil sociodemográfico de los contactos domiciliarios de la lepra, en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, 2004-2008

Características	N	%	p-valor
Género			
Masculino	70	52,63	0,5989
Femenino	63	47,37	
Franja etaria			
< 15 años	34	25,56	< 0,0001
> 15 años	99	74,44	
Escolaridad			
Analfabeto	20	15,03	< 0,0001
Enseñanza primaria incompleta	24	18,04	
Enseñanza primaria completa	56	42,10	
Enseñanza secundaria incompleta	9	6,76	
Enseñanza secundaria completa	13	9,77	
Enseñanza superior incompleta	10	7,51	
Enseñanza superior completa	1	0,75	
Estado civil			
Soltero	57	42,85	< 0,0001
Casado/mora junto	40	30,07	
Viudo/divorciado	6	4,51	
No se aplica	30	22,55	
Ocupación			
Estudiante/no se aplica	35	26,31	< 0,0001
Doméstica/dueña de casa	5	3,75	
Agricultor	12	9,02	
Jubilado/pensionista	7	5,26	
Desempleado	74	55,63	
Renta familiar en sueldo mínimo			
< de 1 sueldo mínimo	80	60,15	< 0,0001
De 1 a 2 sueldo mínimo	16	12,03	
> de 2 sueldo mínimo	7	5,26	
No se aplica	30	22,55	
Total	133	100,00	

En la tabla 6 se observa que, del total de los casos índices estudiados, 27,77% de los casos paucibacilares y 37,14% de los casos multibacilares tenían historia de contactos con casos de lepra anteriores al período estudiado.

Tabla 6 – Distribución de los casos índices, según clasificación operacional e historia de contacto intradomiciliario anterior al período de estudio, en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil, 2004-2008

Clasificación operacional de los casos índices	N	Historia de contacto intradomiciliario			
		Sí	%	No	%
Paucibacilar	18	5	27,77	13	72,23
Multibacilar	35	13	37,14*	22	62,86
Total	53	18	33,96	35	60,04

*p-valor = 0,2448.

DISCUSIÓN

Los principales pilares para la mejoría de la calidad del control efectivo de la endemia consisten en acciones que proporcionen el comprometimiento de los equipos de las unidades básicas de salud, en la busca de estrategias que promuevan la detección y el tratamiento entre los contactos domiciliarios menores de 15 años de edad, lo más precozmente posible, reduciendo, de esta forma, la manutención de la enfermedad a partir de las formas graves y la incapacidad física debida al diagnóstico tardío^{12,16,17}.

El predominio del género femenino verificado en este estudio (Tabla 1) fue corroborado por un estudio realizado con 273 portadores de la enfermedad en el Estado de Minas Gerais¹⁸, en el cual un 54,6% de los pacientes pertenecía al género femenino. Sin embargo, difiere de otros trabajos^{19,20} que describieron un 57,9% y un 54,2% del género masculino, respectivamente, al estudiar 57 casos en la Región Sur del País y 1.940 casos en el Distrito Federal.

Históricamente, el género masculino se ha mostrado predominante en los estudios poblacionales y determinaciones de perfil de lepra, siendo justificado por una mayor oportunidad de contacto entre los individuos de ese género. Entre tanto, las mujeres, actualmente, están saliendo cada vez más del domicilio en busca de nuevas oportunidades, lo que denota una tendencia actual de equilibrio entre los géneros en los nuevos casos de la enfermedad. En el Municipio de Igarapé-Açu, la fuerza más grande de trabajo femenino se concentra en grupos de trabajadores de la agricultura, lo que posibilita una mayor exposición a la enfermedad.

Se observó predominio en la franja de edad igual o superior a 15 años (Tabla 1). Sin embargo, la proporción de menores de 15 años fue superior a los resultados de otros estudios^{21,22}, los que han encontrado, respectivamente, 12,5% al estudiar 183 casos de la enfermedad en el Estado de Maranhão y 5,4% de individuos en esa franja etaria entre 222 observados en Prudentópolis, Estado de Paraná. La alta

endemicidad de la enfermedad proporciona múltiples exposiciones de la población al bacilo, incluso en los primeros años de vida, propiciando la persistencia de la transmisión de la enfermedad y la manutención de su magnitud en el municipio estudiado.

La detección de casos en menores de 15 años de edad tiene relación directa con el foco de transmisión activo y su acompañamiento es relevante para el control²³, además de minimizar consecuencias físicas, sociales y psicológicas decurrentes de la enfermedad²⁴.

El predominio de la forma multibacilar (Tabla 1) en los casos índices difiere de otros estudios en que se observó una mayor prevalencia de la forma paucibacilar^{18,25}, sin embargo, se aproxima del resultado (62,6%) de otro estudio²⁶ realizado con 222 pacientes en Paraná.

Prioritariamente, fueron internados en la antigua Colônia do Prata pacientes con el tipo multibacilar (dimorfa y virchowiana), los que fueron, de a poco, habitando el Municipio. Los contactos de esos pacientes tienen una chance de cuatro a diez veces mayor de infectarse que la población en general^{17,27} y la chance de encontrar lepra entre diferentes categorías de vecinos y contactos sociales es entre tres y cinco veces mayor⁷. Factores individuales, condiciones socioeconómicas desfavorables y ambientes que concentran un elevado número de personas favorecen la transmisión del bacilo²⁷.

El aumento de la transmisión dentro de los agregados familiares independe del mecanismo de susceptibilidad a la enfermedad²⁸.

Con relación al número de contactos por caso índice, hubo predominio de la clasificación operacional multibacilar, bien como de contactos que evolucionaron para casos secundarios (Tabla 2), lo que confirma el diagnóstico tardío de la enfermedad, ya que esos individuos deberían ser identificados en la forma indeterminada (paucibacilar) no polarizada, que es la forma inicial de la lepra. Eso demuestra posibles fallas en el programa de control y eliminación de la enfermedad en la localidad.

La mayoría de los contactos registrados no fue evaluada por los servicios de salud. La proporción de contactos evaluados según la clasificación operacional del caso índice (Tabla 3) expresa una vigilancia regular de contactos para los casos índices con edad inferior a 15 años y precaria para los con edad igual o superior a 15 años. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de intensificar las acciones desarrolladas por los equipos de salud de la familia existentes en el Municipio, lo que posibilitará la reducción de la prevalencia oculta y de la instalación de incapacidades físicas responsables por la permanencia del estigma que acompaña a la enfermedad²⁹.

La importancia de la evaluación de los contactos después de la integración de las actividades de control de la lepra con los cuidados de atención primaria a la salud, quedó demostrada en el estudio realizado en la ciudad de Aracaju, Estado de Sergipe, con el aumento en el número de casos detectados por los exámenes de contacto²⁹.

Se ha demostrado que el examen dermatoneurológico de contactos está por debajo de los 50% (Tabla 3). Datos similares se encontraron en estudio³⁰ con 548 contactos de pacientes de lepra en el Municipio de Governador Valadares, Estado de Minas Gerais. Se observó que el 59.12% no había sido evaluado (61.83% entre contactos de paucibacilares y 53.40% de contactos de contactos de multibacilares). La baja proporción de contactos evaluados permite clasificar las actividades de vigilancia de la lepra en el municipio de Igarapé-Açu como precarias⁹.

La proporción de 67,67% de los contactos encuestados con una cicatriz de la vacuna BCG-ID (Tabla 4) fue similar al resultado de la encuesta en el Estado de Maranhão¹⁷ que obtuvo el 60,6%, y superior al realizado en Minas Gerais, cuyos autores³¹ analizaron 2.840 contactos y observaron que 53,40% tenía una dosis de la vacuna.

La vacunación de todos los contactos podría ser un medio eficaz para la reducción sustancial de la incidencia de la lepra en Brasil, si realizada de forma rutinaria en todos los contactos de lepra^{9,4}. La eficacia de la BCG-ID se ha demostrado como agente protector de lepra entre contactos intradomiciliarios, ya que se asocia con la potenciación de la respuesta inmune del individuo infectado, evitando la progresión al estado de enfermedad²⁷ o su influencia en el desarrollo de la forma paucibacilar³². El efecto protector se relaciona con la edad, y una protección adicional se obtiene con una segunda dosis⁴.

El papel de la vacuna BCG-ID en el control de la lepra fue objeto de estudio de un meta-análisis que incluyó estudios publicados a partir de enero de 1960 hasta junio de 2009 y tuvo en cuenta variables que influyen en el grado de eficacia de la vacuna, como la población meta, el tipo de vacuna utilizada y el número de dosis recibidas. Como resultado, los autores observaron que para las formas multibacilar la protección fue del 76% (IC del 95%: 69%-83%) y de 62% (IC del 95%: 51%-73%) para las formas paucibacilares³³.

El predominio del sexo masculino entre los contactos evaluados difiere de los hallazgos del género femenino como prevalente en los pacientes índice, pero son similares a los hallazgos de franja etaria. La educación primaria completa prevalece entre los contactos, sin embargo, se considera el nivel bajo de educación (75,17%) como sumatorio de los que no han terminado la escuela primaria y de los analfabetos, esto tiene predominio sobre la primera (Tabla 5). Estos resultados han sido corroborados por un estudio caso-control³⁴ llevado a cabo en el estado de Espírito Santo, en el que los autores identificaron un 57,20% de la muestra de 270 contactos con educación primaria completa. En general, el nivel educativo bajo de los individuos incluidos en este estudio puede justificarse por la dificultad de acceso a la educación superior, dado que es un municipio que no tiene universidades instaladas, así como por el predominio del modelo agrícola de la región que impulsa a los jóvenes residentes de la región a buscar la subsistencia en el medio de cultivo, lo que dificulta la permanencia en la escuela.

Este hallazgo se vuelve relevante, ya que la variable escolarización o los años de estudio, han sido identificados como uno de los factores de riesgo para la lepra y para la no adherencia al tratamiento y/o al desarrollo de las formas más graves de la enfermedad³⁴. Por lo tanto, las actividades educativas desarrolladas por los profesionales de la salud con el fin de controlar la enfermedad deben ser dirigidas a la cultura y al nivel de educación, trabajando con metodologías activas con el fin de valorizar el conocimiento y las creencias de la población-meta³⁵.

El predominio de estado civil soltero (Tabla 5) es un hallazgo consistente con los de Leite et al¹⁷, que obtuvo un 68,7% de individuos solteros en su casuística. Esto podría explicarse por el hecho de que en los hogares los comunicantes son por lo general hijos o hermanos del paciente, que aún no había constituido familia, y en la mayoría de las veces, son estudiantes o están desempleados. Dessunti et al¹², al estudiar la enfermedad en 1.055 casos y 3.394 contactos con lepra en Londrina, Paraná, detectó un 40,6% de hijos y un 27,8% de cónyuges como contactos.

La parcela de contactos desempleados en esta casuística (Tabla 5) puede ser reflejo de la baja escolaridad presentada anteriormente, o incluso, a las pocas perspectivas profesionales del local, ya que se trata de un municipio cuyas principales actividades están dirigidas a la subsistencia, tales como la agricultura, hecho que acaba contribuyendo a la baja renta familiar, por lo general, inferior a un sueldo mínimo (60,15%). Este hallazgo es corroborado por estudio realizado en el Estado de Maranhão¹⁷, en el cual los autores encontraron 50,7% de contactos con renta mensual menor que un sueldo mínimo. Sin embargo, un estudio realizado en el Estado de Espírito Santo³⁴ identificó apenas 18,9% de los individuos con la misma renta, demostrando la diferencia socioeconómica entre las áreas de instalación de la epidemia. Estos hallazgos refuerzan la afirmativa de que la lepra es una enfermedad ampliamente concentrada en los locales de mayor pobreza, poco acceso a la información y con los peores indicadores socioeconómicos²⁵, características encontradas en la población estudiada.

De los casos índices paucibacilares, se identificó un contacto intradomiciliario que evolucionó como enfermo y cuatro entre los contactos de multibacilares (Tabla 6). Santos et al³⁴ obtuvieron de 28,3% de los casos la afirmación de haber sido comunicantes domiciliarios de casos índices.

En el estudio de cohorte realizado por Matos et al¹⁰, se identificó que 11,19% de los contactos ya estaban enfermos en el primer examen dermatoneurológico, siendo que un 14,29% de los contactos enfermaron durante el acompañamiento.

Un estudio realizado en la Cidade de Jaguaré, Estado de Espírito Santo, demuestra que hay un riesgo elevado de transmisión intradomiciliaria cuando existe un caso en la familia, y esta probabilidad es mayor en presencia de casos antiguos³⁴.

Para los contactos domiciliarios, el riesgo de desarrollar la lepra es mayor para los que conviven con el enfermo antes de que inicie el tratamiento, como resultado de la intensidad y de la proximidad del

contacto. Ese riesgo se extiende también a los vecinos y contactos sociales²⁵.

CONCLUSÃO

El Municipio de Igarapé-Açu presentó una evaluación precaria de los contactos intradomiciliarios de acuerdo a los parámetros del MS, lo que refuerza la necesidad de la intensificación de las acciones de la vigilancia de contactos. El control de los contactos en el área estudiada no está siendo realizado de manera eficaz ni eficiente por los equipos de salud, una vez que, por ser área considerada hiperendémica, se esperaba una mayor proporción de comunicantes domiciliarios evaluados.

Las autoridades en salud pública defienden la eliminación de la enfermedad a través de la

implementación del Programa de Control y Eliminación de la Lepra; sin embargo, para alcanzar esa meta, es necesario que elementos del programa sean prioritarios en municipios endémicos/hiperendémicos. Entre las estrategias, obligatoriamente debe estar el control de los comunicantes, que no debe restringirse apenas a su registro y a una única evaluación médica, sino a un continuo acompañamiento durante todo el tratamiento del caso índice.

Llevando en cuenta los grandes daños a la salud física, mental y social provocados por la lepra, es interesante priorizar acciones de vigilancia de la lepra en los equipos de salud de la familia, además de realizar campañas de esclarecimientos sobre la enfermedad en un lenguaje accesible y compatible con el nivel de escolaridad de la población-meta.



Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil

RESUMO

A redução do risco de adoecimento entre os contatos domiciliares de casos é um dos alvos das ações de vigilância e controle da hanseníase. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as ações de vigilância de contatos de hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, no período de 2004 a 2008. Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo e populacional, com informações geradas pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) e por protocolo de pesquisa próprio, tendo sido identificados 128 casos índices no Sinan municipal, dos quais 53 foram resgatados e entrevistados, ocasião em que 133 contatos foram identificados. Entre os casos índices predominaram o sexo feminino (68%), os maiores de 15 anos de idade (79%) e a forma operacional multibacilar (66%). Entre os contatos, a maioria era do sexo masculino (52,63%), tinha ensino fundamental completo (42,10%), solteiros (42,85%), desempregados (55,63%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (60,15%) e com uma cicatriz da vacina BCG-ID (67,67%). A taxa de contatos não avaliados foi de 84 (63,16%), e destes, de acordo com a classificação operacional do caso índice, 56 (66,70%) foram contatos de casos multibacilar; 13 (37,14%) dos casos índices multibacilares foram contatos intradomiciliares de casos de hanseníase anteriores ao período estudado. O município estudado apresentou avaliação precária dos contatos intradomiciliares de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, o que reforça a necessidade da intensificação das ações de vigilância e controle da hanseníase em municípios endêmicos/hiperendêmicos.

Palavras-chave: Hanseníase; Vigilância em Saúde Pública; Transmissão de Doença Infecciosa.

Evaluation of surveillance actions of household contacts of patients with leprosy in the City of Igarapé-Açu, Pará State, Brazil

ABSTRACT

Reducing the risk of sickness among household contacts is one of the aims of the surveillance and leprosy control. This research aimed to evaluate the leprosy contacts of surveillance activities in the Municipality of Igarapé-Açu, Pará State, Brazil, from 2004 to 2008. It was conducted a descriptive, retrospective quantitative and population study with information generated by Notifiable Diseases Information System (Sinan) and a proper research protocol, 128 index cases were identified in Sinan of that city, 53 were rescued and interviewed, in that time 133 contacts were identified. Among the index cases, the ones that predominated were females (68%), people over 15 years old (79%) and the multibacillary operational class (66%). Among the contacts, the majority were male (52.63%) had completed elementary school (42.10%), single people (42.85%), unemployed (55.63%), with family income less than a minimum wage (60.15%) and with a scar of BCG-ID vaccination (67.67%). The rate of non-evaluated contacts was 84 (63.16%), and of these, according to the operational classification of the index case, 56 (66.70%) were contacts of multibacillary cases; 13 (37.14%) of multibacillary index cases were household contacts of leprosy cases to the previous study period. The city studied presented poor evaluation of household contacts according to the parameters of the Ministry of Health, which reinforces the necessity to increase the surveillance and leprosy control in endemic/hyperendemic municipalities.

Keywords: Leprosy; Public Health Surveillance; Disease Transmission, Infectious.



REFERENCIAS

- 1 World Health Organization. Chemotherapy of leprosy: report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1994. (WHO technical report series; 847).
- 2 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2012 jan 21]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseniase.pdf.
- 3 Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2007 jun;16(2):75-84.
- 4 Sarno EN, Duppre NC, Salles AM, Hacker MA, Nery JA, Matos HJ. Leprosy exposure, infection and disease: a 25-year surveillance study of leprosy patient contacts. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2012 Dec;107(8):1054-9.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 6 Ignotti E, Bayona M, Alvarez-Garriga C, Andrade VLG, Valente JG. Lesão única como um indicador para monitorar a tendência de eliminação da hanseníase em áreas hiperendêmicas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007 set;10(3):421-31.
- 7 Moet FJ, Schuring RP, Pahan D, Oskam L, Richardus JH. The prevalence of previously undiagnosed leprosy in the general population of northwest Bangladesh. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008 Feb;2(2):e198.
- 8 Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. *Rev Bras Enferm*. 2008 nov;61(não esp):682-8.
- 9 Brasil. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 5, 15 out. 2010. Seção 1.
- 10 Matos HJ, Duppre N, Alvim MFS, Vieira LMM, Sarno EM, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coortes de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saude Publica*. 1999 jul-set;15(3):533-42.
- 11 Oliveira BFA, Ignotti E, Hartwig SV, Scatena JH, Andrade VLG. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de contatos em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. *Espaç Saude*. 2007 jun;8(2):11-9.
- 12 Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm*. 2008 nov;61(esp):689-93.
- 13 Ministério da Saúde (BR). Mais Saúde: direito de todos, 2008-2011. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série C. Projetos, programas, relatórios).164 p.
- 14 Araújo HCS. Lazarópolis do Prata. Belém: Departamento Nacional de Saúde Pública; 1924.
- 15 Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1).
- 16 Camello RS. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Hansen Int*. 2006;31(2):15-9.
- 17 Leite KKC, Costa JML, Barral A, Caldas AJM, Corrêa RGCF, Aquino DMC. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. *Cad Saude Colet*. 2009;17(1):235-49.
- 18 Moreira FL, Nascimento AC, Martins ELB, Costa AMDD, Lyon S. Hanseníase em Alfenas: aspectos epidemiológicos e clínicos na região sul do estado de Minas Gerais. *Cad Saude Colet*. 2009;17(1):131-43.
- 19 Mello RS, Popoaski MCP, Nunes DH. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. *Arq Catarin Med*. 2006;35(1):29-36.
- 20 Lima MAR, Prata MO, Moreira D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. *Com Cienc Saude*. 2008;19(2):163-70.
- 21 Lima HMN, Saucia N, Costa VRL, Coelho Neto GT, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(4):323-7.
- 22 Sanches LAT, Pittner E, Sanches HF, Monteiro MC. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis (PR): uma análise de 1998 a 2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007 out;40(5):541-5.
- 23 Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 24 Lana FCF, Fabri ACOC, Lopes FNL, Carvalho APM, Lanza FM. Deformities due to leprosy in children under fifteen years old as an indicator of quality of the leprosy control Programme in Brazilian Municipalities. *J Trop Med*. 2013(ID 812793):1-6.
- 25 Queiroz ML. A hanseníase no Estado de Mato Grosso [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva; 2009.



- 26 Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Lima PL, Carvalho ACN, Diniz LG. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais. *Rev Bras Enf.* 2007 nov-dez;60(6):696-700.
- 27 Fine PE. Leprosy: what is being "eliminated"? *Bull World Health Organ.* 2007 Jan;85(1):1-2.
- 28 Fischer EAJ, Vlas SJ, Habbema JDF, Richardus JH. The long term effect of current and new interventions on the new case detection of leprosy: a modeling study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011 Sep;5(9):e1330.
- 29 Raposo MT, Nemes MIB. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012 Mar-Apr;45(2):203-8.
- 30 Silva ES, Coimbra L, Souza MZL, Lana SA, Morais SG. Comparação do perfil dos pacientes com hanseníase por meio dos contatos intradomiciliares em um Centro de Referência em Governador Valadares-MG. *Governador Valadares: Univale; 2006 [citado 2013 mai 21].* Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Comparacaodoperfildospacientescomhanseniasemumcentrode referencianomunicipiodegovernadorvaladaresmg.pdf>.
- 31 Andrade ARC, Grossi MAF, Bühner-Sékula S, Antunes CMF. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41(supl 2):56-9.
- 32 Barreto ML, Pereira SM, Ferreira AA. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. *J Pediatr.* 2006;82(3 supl):45-54.
- 33 Merle CS, Cunha SS, Rodrigues LC. BCG vaccination and leprosy protection: review of current evidence and status of BCG in leprosy control. *Expert Rev Vaccines.* 2010 Feb;9(2):209-22.
- 34 Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão de hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008;65(esp):738-43.
- 35 Pinto Neto JM, Villa TCS. Características epidemiológicas dos comunicantes de Hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no centro de saúde de Fernandópolis (1993-1997). *Hansen Int.* 1999;24(2):129-36.

Recibido en / Recebido em / Received: 11/3/2015
Aceptado en / Aceito em / Accepted: 18/1/2016

Se refiere al doi: 10.5123/S2176-62232016000100006, publicado originalmente en portugués.

Traducido por: Lota Moncada

Cómo citar este artículo / How to cite this article:

Lobato DC, Neves DCO, Xavier MB. Evaluación de las acciones de vigilancia de contactos domiciliarios de pacientes con lepra en el Municipio de Igarapé-Açu, Estado de Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2016 enero-marzo;7(1):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232016000100006>