

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

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

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

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.

INTRODUÇÃO

Em países com mais de um caso em 10 mil habitantes, a hanseníase é considerada como problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS deliberou, em assembleia realizada em 1991, a eliminação da doença como problema de saúde pública até o ano 2000¹.

Os coeficientes de detecção da hanseníase no Brasil mostram tendência de estabilização, com exceção das Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, que detêm

53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira. A existência de diversos fatores, principalmente as grandes extensões territoriais, dificultam o controle do agravo². Embora ocorra a redução do número de casos, esta não condiz com a diminuição de detecção proposta a partir do ano de 1991³.

Estudos apontam para a necessidade de vigilância de contatos de maneira contínua, para que haja redução das taxas de incidência em regiões do Brasil onde há elevado número de casos novos da doença⁴.

* Artigo resultado de dissertação apresentada por Diana da Costa Lobato ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da prof.^ª dr.^ª Marília Brasil Xavier para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, em 11 de março de 2011. Belém, Pará, Brasil.

Correspondência / Correspondence / Correspondencia:

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

As ações de vigilância epidemiológica de contatos visam identificar a fonte de contágio, detectar casos novos entre os contatos domiciliares do doente e implementar medidas preventivas, a fim de contribuir para o rompimento da cadeia de transmissão da doença. Quando comparado à população em geral, o maior risco de adoecimento está entre os contatos domiciliares⁵, o que indica que tanto o tipo de hanseníase quanto as distâncias do caso índice são fatores importantes para o risco da doença^{6,7,8,9}. Em regiões de alta endemicidade, a vigilância de contatos domiciliares, assim como da população em geral, torna-se uma medida imprescindível, visto que toda a população passa a sofrer algum tipo de exposição¹⁰.

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase estabelece as diretrizes operacionais para a execução das ações de controle na rede de serviços públicos de saúde, visando à atenção integral e à continuidade da linha de cuidados necessários ao paciente, a qual inclui a busca ativa de casos, a vigilância dos contatos domiciliares, o tratamento correto e adequado dos casos índices e a alta por cura, além do diagnóstico precoce e/ou prevenção de incapacidades^{2,11,12,13}. Epidemiologicamente, esse conjunto de ações propicia a eliminação de fontes de infecção na população geral e, em consequência, o controle da endemia¹³.

O diagnóstico precoce, o controle dos contatos e a utilização da vacina BCG-ID são estratégias consideradas como pilares no controle e prevenção da hanseníase pelo Ministério da Saúde (MS), visto que, independentemente da forma operacional do caso índice, seus contatos domiciliares devem ser submetidos à avaliação da cicatriz vacinal do BCG-ID, a fim de que sejam vacinados apenas os contatos sem cicatriz e aqueles com uma cicatriz vacinal⁹.

O Programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011 estabeleceu como meta a redução de 10% do número de casos em menores de 15 anos de idade até 2011, sendo este o principal indicador do monitoramento da hanseníase¹³.

No Estado do Pará, de acordo com os registros de Araújo¹⁴, em maio de 1922 existiam 1.354 casos de hanseníase, a maior parte concentrada na capital. Igarapé-Açu foi o município paraense escolhido para a instalação da primeira colônia agrícola de "leprosos", a extinta "Lazarópolis do Prata", ou "Colônia do Prata", que era referência para o abrigo de doentes no Estado¹⁴. É um município considerado hiperendêmico, de acordo com os parâmetros do MS¹⁵.

O objetivo deste estudo foi avaliar as ações de vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, no período de 2004 a 2008.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, quantitativo, de cunho populacional, após a aprovação em 16 de junho de 2010 pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de

Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob o número de processo 128/10, utilizando-se base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), além de um formulário próprio. Teve como cenário as seis Unidades de Saúde da Família (Prata, São Jorge, São Luis, Porto Seguro, Colina e São Cristóvão) e o Centro de Saúde do Município de Igarapé-Açu. Nessas unidades, é operacionalizado o Programa de Controle da Hanseníase no Município.

Para o presente estudo, foram utilizadas as definições de caso índice, de contato intradomiciliar e de contatos detectados, estabelecidas pelo MS⁵.

Os dados foram coletados em três momentos: (1) os dados referentes ao caso índice e ao número de contatos foram identificados no banco de dados do Sinan, gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Igarapé-Açu, e nos livros de registro de acompanhamento de casos das unidades fontes da pesquisa; (2) nos prontuários de atendimento das unidades de saúde pesquisadas foram identificados os registros de contatos avaliados ou não, de acordo com a realização do BCG-ID e exame dermatoneurológico, e distribuídos de acordo com a classificação operacional do caso índice da doença; (3) foi realizado o trabalho de campo, em que foram visitados todos os domicílios dos contatos domiciliares dos casos índices, a fim de se completar o preenchimento do protocolo de pesquisa das variáveis para as quais não havia registros nos prontuários e/ou nos livros de registro de acompanhamento dos casos analisados.

Foram incluídos na pesquisa apenas os contatos domiciliares dos 53 casos de hanseníase registrados nos últimos cinco anos anteriores ao ano do diagnóstico que foram localizados e aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: idade, sexo, escolaridade, raça/cor, ocupação, estado civil e renda; número de casos de hanseníase de contatos registrados e de contatos examinados no período; o grau de parentesco com o caso índice e o tempo de contato.

Foram avaliados os indicadores epidemiológicos a seguir.

1 Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no período de 2004-2008. O achado deste indicador foi classificado de acordo com os seguintes parâmetros: Bom $\geq 75\%$; Regular 50-75%; Precário $< 50\%$ ¹⁰;

2 Proporção de contatos que evoluíram para caso segundo a classificação operacional do caso índice;

3 Proporção de contatos avaliados segundo a classificação operacional do caso índice.

Para confecção do banco de dados, foi usado o programa Microsoft Excel 2007. Os dados coletados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva e o teste Qui-Quadrado de aderência, com auxílio do programa BioEstat v.5.3. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas em que o p -valor obtido foi $< 0,05$.

RESULTADOS

No período do estudo, foram notificados 154 casos índices no Município. Destes, foram excluídos 26 por erro no diagnóstico. Dos 128 restantes, apenas 53 casos índices (42,06%) participaram da pesquisa, por terem sido localizados e entrevistados. Os 75 casos considerados como perdas o foram pelos seguintes motivos: seis (4,68%) não concordaram com os termos da pesquisa, quatro (3,12%) foram a óbito, nove (7,03%) não tinham história de contato domiciliar, 35 (27,34%) mudaram de endereço e 21 (16,04%) não foram localizados.

A análise dos registros dos 53 casos índices incluídos no estudo possibilitou a identificação de 133 contatos domiciliares. A média de idade dos casos índices foi $43,5 \pm 21,8$ anos. Para os menores de 15 anos, essa média foi de $11,8 \pm 2,9$; e para aqueles com idade igual ou maior de 15 anos, foi de $47,5 \pm 19,8$.

O perfil demográfico dos casos índices consiste em predomínio estatisticamente significativo para o gênero feminino, idade igual ou superior a 15 anos e a classificação operacional multibacilar (Tabela 1).

Na tabela 2, observa-se que 35% dos contatos são de casos índices paucibacilares e 65% de casos multibacilares (p -valor = 0,0027). Entre os 133 contatos registrados, 3,76% evoluíram para casos secundários, sendo um entre os contatos de paucibacilares e quatro entre os contatos de multibacilares.

A maioria dos contatos registrados (63,16%) não foi avaliada pelos serviços de saúde (p -valor = 0,0085). Entre os contatos menores de 15 anos de idade avaliados, predominaram os que eram contatos domiciliares de casos índices multibacilares (64,7%). Os totais de contatos domiciliares não avaliados de casos paucibacilares e de multibacilares foram, respectivamente, 33,3% (28/84) e 66,7% (56/84). Para os contatos domiciliares, a média de idade observada foi de $26,3 \pm 16,2$. Para os contatos menores de 15 anos e com idade igual ou superior a 15 anos, a média de idade foi respectivamente de $9,4 \pm 2,9$ e $32,0 \pm 14,7$ (Tabela 3).

Dos 133 contatos domiciliares avaliados, apenas 19,55% possuíam duas cicatrizes de vacina BCG-ID e 67,67% possuíam apenas uma originada pelo Programa Nacional de Imunização durante intensificação das ações de vacinação municipal. Foi observada maior proporção de avaliação dermatoneurológica entre os que possuíam duas cicatrizes e, entre os contatos não avaliados, predominou os que não apresentavam cicatriz (p -valor < 0,0001) (Tabela 4).

No perfil sociodemográfico dos contatos, houve predomínio de idade igual ou superior a 15 anos, ensino fundamental completo, de solteiros, desempregados, estudantes e com renda familiar inferior a um salário mínimo. Embora observada maior proporção do sexo masculino (52,6%), esta não diferiu estatisticamente do sexo feminino (p -valor = 0,5989) (Tabela 5).

Tabela 1 – Distribuição dos casos índices de hanseníase segundo gênero, faixa etária e classificação operacional, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Variável	N	%	p-valor
Gênero			
Masculino	17	32	
Feminino	36	68	0,0003
Faixa etária			
< 15 anos	11	21	
> 15 anos	42	79	< 0,0001
Classificação operacional			
Paucibacilar	18	34	
Multibacilar	35	66	0,0014
Total	53	100	

Fonte: Módulo Municipal do Sinan.

Tabela 2 – Classificação operacional dos casos índices de hanseníase e o número de contatos domiciliares, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Classificação operacional	Frequência dos casos índices		Frequência dos contatos		Número de contatos com hanseníase	
	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.

Tabela 3 – Distribuição dos contatos domiciliares com avaliação dermatoneurológica, segundo faixa etária e forma operacional do caso índice, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Casos índices	Frequência dos casos índices	Total de contatos	Contatos avaliados			
			Sim		Não	
			N	%	N	%
< 15 anos	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 anos	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.

Tabela 4 – Distribuição dos contatos domiciliares de casos índices segundo o número de cicatriz vacinal de BCG- ID, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Cicatriz vacinal	Total de contatos		Contatos avaliados				p-valor
			Sim		Não		
			N	%	N	%	
Uma	90	67,67	29/90	32,22	61/90	67,78	0,0004
Duas	26	19,55	16/26	61,53	10/16	38,47	0,0211
Nenhuma	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

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 5 – Perfil sociodemográfico dos contatos domiciliares de hanseníase, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Características	N	%	p-valor
Gênero			
Masculino	70	52,63	0,5989
Feminino	63	47,37	
Faixa etária			
< 15 anos	34	25,56	< 0,0001
> 15 anos	99	74,44	
Escolaridade			
Analfabeto	20	15,03	< 0,0001
Ensino fundamental incompleto	24	18,04	
Ensino fundamental completo	56	42,10	
Ensino médio incompleto	9	6,76	
Ensino médio completo	13	9,77	
Ensino superior incompleto	10	7,51	
Ensino superior completo	1	0,75	
Estado civil			
Solteiro	57	42,85	< 0,0001
Casado/mora junto	40	30,07	
Viúvo/divorciado	6	4,51	
Não se aplica	30	22,55	
Ocupação			
Estudante/não se aplica	35	26,31	< 0,0001
Doméstica/do lar	5	3,75	
Agricultor	12	9,02	
Aposentado/pensionista	7	5,26	
Desempregado	74	55,63	
Renda familiar em salário mínimo			
< de 1 salário mínimo	80	60,15	< 0,0001
De 1 a 2 salário mínimo	16	12,03	
> de 2 salário mínimo	7	5,26	
Não se aplica	30	22,55	
Total	133	100,00	

Observa-se, na tabela 6, que, do total dos casos índices estudados, 27,77% dos casos paucibacilares e 37,14% dos casos multibacilares tinham história de contatos com casos de hanseníase anteriores ao período estudado.

Tabela 6 – Distribuição dos casos índices, segundo classificação operacional e história de contato intradomiciliar anterior ao período de estudo, no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, 2004-2008

Classificação operacional dos casos índices	N	História de contato intradomiciliar			
		Sim	%	Não	%
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.

DISCUSSÃO

Os principais pilares para a melhoria da qualidade do controle efetivo da endemia consistem em ações que proporcionem o envolvimento das equipes das unidades básicas de saúde, na busca de estratégias que promovam detecção e tratamento entre os contatos domiciliares menores de 15 anos de idade, o mais precocemente possível, reduzindo-se, desta forma, a manutenção da doença a partir das formas graves e a incapacidade física devida ao diagnóstico tardio^{12,16,17}.

O predomínio do gênero feminino verificado neste estudo (Tabela 1) foi corroborado por um estudo realizado com 273 portadores da doença no Estado de Minas Gerais¹⁸, no qual 54,6% dos pacientes pertenciam ao gênero feminino. No entanto, difere de outros trabalhos^{19,20} que descreveram ocorrência em 57,9% e 54,2% do gênero masculino, respectivamente, ao estudarem 57 casos na Região Sul do País e 1.940 casos no Distrito Federal.

Historicamente, o gênero masculino se mostrou predominante nos estudos populacionais e determinações de perfil da hanseníase, sendo justificado por maior oportunidade de contato entre os indivíduos desse gênero. Entretanto as mulheres, atualmente, estão saindo cada vez mais do domicílio em busca de novas oportunidades, o que denota tendência atual de equilíbrio entre os gêneros nos casos novos da doença. No Município de Igarapé-Açu, a maior força de trabalho feminino se concentra em grupos de trabalhadores na agricultura, o que possibilita uma maior exposição à doença.

Foi observado o predomínio na faixa de idade igual ou superior a 15 anos (Tabela 1). No entanto, a proporção de menores de 15 anos foi superior aos resultados de outros estudos^{21,22}, os quais encontraram, respectivamente, 12,5% ao estudarem 183 casos da doença no Estado do Maranhão e 5,4% de indivíduos nessa faixa etária dentre 222 observados em Prudentópolis, Estado do Paraná. A alta endemicidade da

doença possibilita múltiplas exposições da população ao bacilo, inclusive nos primeiros anos de vida, propiciando a persistência da transmissão da doença e a manutenção de sua magnitude no município estudado.

A detecção de casos em menores de 15 anos de idade tem relação direta com o foco de transmissão ativa e seu acompanhamento é relevante para o controle²³, além de minimizar consequências físicas, sociais e psicológicas decorrentes da doença²⁴.

O predomínio da forma multibacilar (Tabela 1) nos casos índices difere de outros estudos em que foi observada maior prevalência da forma paucibacilar^{18,25}, no entanto, se aproxima do resultado (62,6%) de outro estudo²⁶ realizado com 222 pacientes no Paraná.

Prioritariamente, foram internados na antiga Colônia do Prata pacientes com a forma multibacilar (dimorfa e virchowiana), os quais foram aos poucos habitando o Município. Os contatos desses pacientes possuem uma chance de quatro a dez vezes maior de se infectarem do que a população em geral^{17,27} e a chance de encontrar hanseníase entre diferentes categorias de vizinhos e contatos sociais é entre três e cinco vezes maior⁷. Fatores individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis e ambientes que concentram elevado número de pessoas favorecem a transmissão do bacilo²⁷.

O aumento da transmissão dentro dos agregados familiares independe do mecanismo de suscetibilidade à doença²⁸.

Quanto ao número de contatos por caso índice, houve predomínio na classificação operacional multibacilar, assim como de contatos que evoluíram para casos secundários (Tabela 2), o que confirma o diagnóstico tardio da doença, pois esses indivíduos deveriam ser identificados na forma indeterminada (paucibacilar) não polarizada, que é a forma inicial da hanseníase. Isso demonstra, então, possíveis falhas no programa de controle e eliminação da doença na localidade.

A maioria dos contatos registrados não foi avaliada pelos serviços de saúde. A proporção de contatos avaliados segundo a classificação operacional do caso índice (Tabela 3) expressa uma vigilância regular de contatos para os casos índices com idade inferior a 15 anos e precária para aqueles com idade igual ou superior a 15 anos. Estes achados apontam para a necessidade de intensificação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família existentes no Município, o que possibilitará a redução da prevalência oculta e da instalação de incapacidades físicas responsáveis pela permanência do estigma que acompanha a doença²⁹.

A importância da avaliação dos contatos após a integração das ações de controle da hanseníase com os cuidados da atenção primária em saúde foi demonstrada em estudo realizado na Cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, com o aumento do número de casos detectados pelos exames de contato²⁹.

Foi demonstrado que o exame dermatoneurológico dos contatos encontra-se abaixo de 50% (Tabela 3).

Dados semelhantes foram encontrados em estudo³⁰ com 548 contatos de pacientes de hanseníase no Município de Governador Valadares, Estado de Minas Gerais. Observou-se que 59,12% deles não haviam sido avaliados (61,83% entre contatos de paucibacilares e 53,40% de contatos de multibacilares). A baixa proporção de contatos avaliados permite classificar as ações de vigilância da hanseníase no Município de Igarapé-Açu como precárias⁹.

A proporção de 67,67% dos contatos entrevistados com uma cicatriz da vacina BCG-ID (Tabela 4) foi semelhante ao resultado do inquérito realizado no Estado do Maranhão¹⁷ que obteve 60,6%, e superior ao realizado em Minas Gerais, cujos autores³¹ analisaram 2.840 contatos e observaram que 53,40% possuíam uma dose da vacina.

A vacinação de todos os contatos poderia ser um meio eficaz na redução substancial na incidência da hanseníase no Brasil, se assegurada como rotina em todos os contatos de hanseníase^{9,4}. A eficácia da BCG-ID tem sido demonstrada como agente protetor da hanseníase entre os contatos intradomiciliares, visto que está associada à potencialização da resposta imune do indivíduo infectado, evitando a sua progressão até o estado de doença²⁷ ou sua influência no desenvolvimento da forma paucibacilar³². O seu efeito protetor está relacionado com a idade, assim como uma proteção adicional é conferida com a segunda dose⁴.

O papel da vacina BCG-ID no controle da hanseníase foi objeto de estudo de uma metanálise que incluiu trabalhos publicados de janeiro de 1960 até junho de 2009 e levou em consideração variáveis que influenciam no grau de eficácia da vacina, tais como população-alvo, tipo de vacina utilizada e número de doses recebidas. Como resultado, os autores observaram que para as formas multibacilares a proteção foi de 76% (IC 95%: 69%-83%), sendo de 62% (IC 95%: 51%-73%) para as formas paucibacilares³³.

O predomínio do gênero masculino entre os contatos avaliados difere do achado do gênero feminino como predominante nos pacientes índices, mas são concordantes os achados da faixa etária. O ensino fundamental completo predomina entre os contatos, no entanto, se considerada a baixa escolaridade (75,17%) como somatória dos que possuem o ensino fundamental incompleto e os analfabetos, esta tem predomínio sobre a primeira (Tabela 5). Estes achados são corroborados por estudo caso-controle³⁴ realizado no Estado do Espírito Santo, no qual os autores identificaram 57,20% dos 270 contatos da amostra com ensino fundamental completo. De um modo geral, a baixa escolaridade dos indivíduos incluídos neste estudo pode ser justificada pela dificuldade de acesso ao ensino superior, visto tratar-se de um município que não possui universidades instaladas, além de o predomínio do modelo agrícola na região impelir os moradores, desde jovens, à busca de subsistência nos meios de cultivo, o que dificulta a permanência na escola.

Este achado torna-se relevante, posto que a variável escolaridade ou anos de estudo tem sido apontada como

um dos fatores de risco para a hanseníase e para a não aderência ao tratamento e/ou o desenvolvimento das formas mais graves da doença³⁴. Assim, as atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde com objetivo de controlar a doença deverão estar voltadas para a cultura e o nível de escolaridade, trabalhando com metodologias ativas, de forma a valorizar os conhecimentos e crenças da população-alvo³⁵.

O predomínio do estado civil solteiro (Tabela 5) é um achado concordante com os de Leite et al¹⁷, que obtiveram 68,7% de indivíduos solteiros em sua casuística. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que nos domicílios os comunicantes geralmente são filhos ou irmãos do doente que ainda não constituíram família e, na maioria das vezes, são estudantes ou se encontram desempregados. Dessunti et al¹², ao estudarem a doença em 1.055 casos e 3.394 contatos de hanseníase em Londrina, Estado do Paraná, detectaram 40,6% de filhos e 27,8% de cônjuges como contatos.

A parcela de contatos desempregados nesta casuística (Tabela 5) pode ser reflexo da baixa escolaridade apresentada anteriormente, ou até mesmo das poucas perspectivas profissionais do local, pois se trata de um município cujas principais atividades são voltadas à subsistência, tais como a agricultura, fato que acaba contribuindo para a baixa renda familiar, em geral, inferior a um salário mínimo (60,15%). Este achado é corroborado por estudo realizado no Estado do Maranhão¹⁷, no qual os autores encontraram 50,7% de contatos com renda mensal menor que um salário mínimo. No entanto, estudo realizado no Estado do Espírito Santo³⁴ identificou apenas 18,9% dos indivíduos com a mesma renda, demonstrando a diferença socioeconômica entre as áreas de instalação da endemia. Estes achados reforçam a afirmativa de que a hanseníase é uma moléstia amplamente concentrada nos locais de maior pobreza, pouco acesso à informação e com os piores indicadores socioeconômicos²⁵, características encontradas na população estudada.

Dos casos índices paucibacilares, foi identificado um contato intradomiciliar que evoluiu como doente e quatro entre os contatos de multibacilares (Tabela 6). Santos et al³⁴ obtiveram de 28,3% dos casos a afirmação de terem sido comunicantes domiciliares de casos índices.

No estudo de coorte realizado por Matos et al¹⁰, foi identificado que 11,19% dos contatos já estavam doentes no primeiro exame dermatoneurológico, sendo que 14,29% dos contatos ficaram doentes durante o acompanhamento.

Estudo realizado na Cidade de Jaguaré, Estado do Espírito Santo, demonstra que há um risco elevado da transmissão intradomiciliar quando existe um caso na família, sendo esta probabilidade maior na presença de casos antigos³⁴.

Para os contatos domiciliares, o risco de desenvolver a hanseníase é maior para aqueles que convivem com o doente antes de ele iniciar o tratamento, em decorrência da intensidade e da proximidade do contato. Entretanto, esse risco estende-se também aos vizinhos e contatos sociais²⁵.

CONCLUSÃO

O Município de Igarapé-Açu apresentou avaliação precária dos contatos intradomiciliares de acordo com os parâmetros do MS, o que reforça a necessidade da intensificação das ações da vigilância de contatos. O controle dos contatos na área estudada não está sendo realizado de maneira eficaz nem eficiente pelas equipes de saúde, haja vista que, por ser área considerada hiperendêmica, esperava-se maior proporção de comunicantes domiciliares avaliados.

As autoridades em saúde pública defendem a eliminação da doença por meio da implementação do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase; no entanto, para atingir essa meta, é necessário

que elementos do programa sejam prioritários em municípios endêmicos/hiperendêmicos. Entre as estratégias, impreterivelmente deve estar o controle dos comunicantes, que não deve se restringir apenas ao seu registro e a uma única avaliação médica, mas a um contínuo acompanhamento durante todo o tratamento do caso índice.

Tendo em vista os grandes danos à saúde física, mental e social provocados pela hanseníase, faz-se interessante priorizar ações de vigilância da hanseníase nas equipes de saúde da família, além de se realizarem campanhas de esclarecimentos sobre a doença em linguagem acessível e compatível com o nível de escolaridade da população-alvo.



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.

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



REFERÊNCIAS

- 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_hansenia.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.

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