

Bianca Kelen de Sousa Peixoto¹
 Ivan Abreu Figueiredo²
 Arlene de Jesus Mendes Caldas³
 Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa⁴
 Dorlene Maria Cardoso de Aquino⁵

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS CONTATOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA

Epidemiological aspects of leprosy contacts in the in the municipality of São Luís-Ma

RESUMO

Realizou-se um estudo retrospectivo no município de São Luís – MA, com o objetivo de descrever a situação dos contatos de Hanseníase. Os resultados apontaram que o distrito sanitário do Bequimão apresentou maior número de contatos (38,8%). Observou-se maior frequência de contatos do sexo feminino (50,3%), idade acima de 14 anos (66,5%) e com parentescos consanguíneos de 1º Grau (59,1%) com o caso índice. Quanto à situação vacinal com BCG dos contatos, em 66,5% a informação não estava registrada e 33,4% foram vacinados. De um total de 583 contatos examinados, 6,5 % tiveram diagnóstico de Hanseníase sendo a forma Dimorfa diagnosticada em 44,7% dos contatos. Na avaliação da execução das atividades de vigilância de contatos, na maioria dos distritos foi considerada precária, exceto para os distritos sanitários do Itaqui-Bacanga e Vila Esperança, considerados regulares. Conclui-se que há uma necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica e o controle dos contatos de hanseníase deve constituir-se em um dos pilares das ações para eliminar essa doença como problema de saúde pública.

Palavras-chave: hanseníase; contato; controle.

Peixoto BKS, Figueiredo IA, Caldas AJM, Correa RGCF, Aquino MC. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-Ma. *Hansen Int.* 2011; 36(1), p. 23-30.

ABSTRACT

A retrospective study was made in São Luís, Maranhão, aiming to describe the situation of leprosy contacts. The results point the sanitary district of Bequimão with the highest number of contacts (38,8%). Female contacts were more frequent (50,3%), as well as older than 14 (66,5%) and with first degree blood relation (59,1%) to the index case. Regarding the BCG vaccine situation of contacts, in 66,5% this information wasn't registered and 33,4% were vaccinated. From a total of 583 examined contacts, 6,5% had a leprosy diagnosis, the borderline type diagnosed in 44,7% of them. The evaluation of contact surveillance activities performed was considered precarious in the majority of the districts, exception made to the sanitary districts of Itaqui-Bacanga and Vila Esperança, considered regular. It is concluded

Recebido em 23/04/2011.

Corrigido em 02/05/2011.

Aceito em 25/06/2011.

1 Enfermeira. Docente da Unidade de Educação Básica Prof. João de Sousa Guimarães. E-mail: bianca_kelen@yahoo.com.br

2 Médico. Doutor em Políticas Públicas. Docente do Departamento de Medicina – Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: ivanfig@terra.com.br

3 Enfermeira. Doutora em Patologia Humana. Docente do Departamento de Enfermagem – UFMA E-mail: ajmc@elo.com.br

4 Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem E-mail: ritacarvalhal@hotmail.com

5 Enfermeira. Doutora em Patologia Humana. Docente do Departamento de Enfermagem. Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Saúde da Família – UFMA. Rua Viana Vaz, 230.Centro. São Luís - MA. CEP: 650020-660. E-mail: dmcaquino@gmail.com.

that there's a need to strengthen epidemiologic surveillance actions and that leprosy contacts control must become one of the pillars of actions to eliminate this disease as a public health problem.

Key words: leprosy; contact; control.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável, causada pelo *Mycobacterium leprae*. O período de incubação é em média de 2 a 7 anos, e a doença se manifesta principalmente através de lesões na pele e nervos periféricos, principalmente dos olhos, mãos e pés¹.

A principal forma de contágio da hanseníase é inter-humana, e o maior risco de contato é a convivência domiciliar com o doente bacilífero. A transmissão ocorre por contato direto, sendo os bacilos eliminados principalmente pelas vias aéreas superiores².

No Brasil, a classificação dos casos de hanseníase baseia-se na de Madrid (1953) que considera como formas clínicas a indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virchowiana (V). Estas, para fins de tratamento, são agrupadas em paucibacilares – PB (I e T) e multibacilares – MB (D e V)^{1,3}.

O Brasil registrou no final de 2005 um coeficiente de prevalência de 1,48 casos/10.000 habitantes e um coeficiente de detecção de casos novos de 2,09/10.000 habitantes. Apesar da redução na taxa de prevalência observada no período compreendido entre 1985 e 2005 de 19 para 1,48 doentes em cada 10.000 habitantes, a hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública no Brasil, o que exige um plano de aceleração e de intensificação das ações de eliminação e de vigilância resolutive e contínua⁴.

A pedra angular na eliminação e no controle da doença como problema de saúde pública continuará sendo o aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede básica de saúde, integrando as atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes em todos os municípios que possuam pelo menos um caso de hanseníase nos últimos cinco anos⁴.

Van Beers et al⁵ ressaltam que "um contato de um paciente com hanseníase é o principal determinante da doença incidente...". O exame dos contatos intradomiciliares, ou seja, toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos, é justificado pelo fato de que elas apresentam um maior risco de adoecimento do que a população, em geral.⁶

O Ministério da Saúde (M.S.) preconiza a busca ativa de casos como uma das principais medidas para se alcançar o diagnóstico precoce da hanseníase, isso corresponde à vigilância de contatos intradomiciliares do doente de hanseníase, contribuindo para controlar a expansão da endemia e também prevenir as deformidades¹.

Os contatos intradomiciliares do doente de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico. Os contatos doentes devem ser encaminhados para o tratamento específico da hanseníase. Para os sadios, após avaliação da cicatriz vacinal as recomendações, em relação à BCG-ID, são: na ausência de cicatriz ou, se houver uma cicatriz, prescrever uma dose de BCG-ID; e na existência de duas cicatrizes não há necessidade de vacinação^{1,7}.

Apesar da importância dos contatos na cadeia epidemiológica da hanseníase, as atividades relacionadas aos mesmos têm sido pouco valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde^{8,9}. Os contatos intradomiciliares constituem-se grupos de risco, que podem estar se configurando em focos ocultos, alimentadores do "iceberg epidemiológico" da endemia hanseniana, contribuindo para a expansão da doença¹⁰.

Sendo o contato um elo importante no processo infeccioso e para o controle da endemia, este estudo tem por objetivos descrever a situação dos contatos de Hanseníase e avaliar a execução da atividade de vigilância de contatos de Hanseníase por Distrito Sanitário no município de São Luís - MA.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo realizado no município de São Luís - MA.

O município de São Luís ocupa uma área de 828,01 Km² e está localizado no Nordeste do Brasil¹¹. O Programa de Eliminação da Hanseníase (PEH) está implantado em 53 Unidades de Saúde (US) sendo desenvolvidas atividades voltadas para o exame dermatoneurológico, baciloscopia, investigação, vacinação de contatos com BCG e campanhas educativas¹². De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o município de São Luís está dividido em sete Distritos Sanitários (Bequimão, Centro; Cohab; Coroadinho; Itaqui-Bacanga; Tirirical e Vila Esperança) contendo Unidades de Saúde (US) com o PEH implantado.

Para a realização do estudo, foi selecionada, de cada distrito sanitário, uma US com o maior número de casos de hanseníase notificados à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA.

A população foi constituída por todos os contatos de Hanseníase residentes no município de São Luís - MA e registrados em 2006 nas Unidades de Saúde selecionadas.

Os dados foram coletados em outubro/2008, a partir do livro de registros de casos novos de hanseníase e prontuários médicos. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um formulário com questões referentes à identificação; sexo; idade; grau de parentesco; forma clínica e classificação operacional do caso índice; número de contatos de Hanseníase por caso índice; resultados

do exame dermatoneurológico e situação vacinal por BCG dos contatos.

Para o registro do “Grau de Parentesco” foi utilizado o critério adotado por Durães et al.¹³ que considera:

Consangüíneo 1º Grau - pai, mãe, filhos, irmãos;

Consangüíneo 2º Grau – os demais parentes consangüíneos (tios, primos de 1º Grau, sobrinhos);

Parentes não consangüíneos – cônjuge, sogro, nora, cunhada.

Como parentesco inexistente considerou-se todos aqueles não familiares que residiam no mesmo domicílio do caso índice de hanseníase.

No resultado do exame dermatoneurológico dos contatos considerou-se: Suspeito, Doente e Normal de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde¹.

Os dados foram digitados e analisados no programa EPI INFO 2005, versão 3.3.2 e no programa Microsoft Excel, considerando-se os números percentuais e absolutos.

Para avaliar a execução da atividade de vigilância de contatos foi utilizado o indicador operacional preconizado pelo Ministério da Saúde⁶ que consiste na proporção de examinados, entre os contatos intradomiciliares de casos novos detectados no ano e multiplicado por cem. Nos resultados consideraram-se os parâmetros do Ministério da Saúde (Brasil, 2005b): Bom > 75%; Regular 50 – 75% e Precário < 50%.

Em atendimento a Resolução 196/96, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – CEP-HUUFMA, parecer nº 203/08.

RESULTADOS

Durante a realização do estudo, identificou-se um total de 465 casos de Hanseníase nas Unidades de Saúde selecionadas. A distribuição dos casos por Distrito foi: 141 (30,32%) no Bequimão; 120 (25,81%) no Centro; 54 (11,61%) na Cohab; 58 (12,47%) no Coroadoinho; 43 (9,25%) no Itaqui-Bacanga; 42 (9,03%) no Tirirical e 7 (1,51%) no distrito da Vila Esperança (dados não apresentados).

Para os 465 casos de Hanseníase registrados encontraram-se 1520 contatos. Destes, 38,80% eram da US do distrito sanitário “Bequimão” (Tabela 1)

Na população estudada, observou-se maior frequência de indivíduos do sexo feminino (50,3%) e com idade superior a 14 anos (66,5%) (Tabela 1). A menor idade registrada foi de 1 mês e a maior, 88 anos, sendo a média de 23 anos e seis meses (dados não apresentados).

Quanto ao grau de parentesco com o caso-índice, verificou-se uma maior frequência de consangüíneos de 1º Grau (59,1%). Com relação à realização do exame dermatoneurológico, constatou-se que mais da metade dos contatos não foi submetida ao exame (61,6 %). Ao considerar-se a situação vacinal com BCG-ID, para a

maioria dos contatos (66,6%) a informação não estava registrada; 33,4% possuíam vacinação e apenas 1 contato foi registrado como não vacinado. (Tabela 1).

Tabela 1 Contatos de Hanseníase por Distrito Sanitário, sexo, faixa etária, grau de parentesco, exame dermatoneurológico e situação vacinal com BCG. São Luís - MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
DISTRITO SANITÁRIO		
Bequimão	589	38,8
Centro	331	21,8
COHAB	146	9,6
Coroadoinho	58	3,8
Itaqui-Bacanga	170	11,2
Tirirical	185	12,2
Vila Esperança	41	2,7
SEXO		
Masculino	756	49,7
Feminino	764	50,3
FAIXA ETÁRIA		
0 – 14 anos	437	28,8
Acima de 14 anos	1.011	66,5
Não Registrado	72	4,7
GRAU DE PARENTESCO		
Consangüíneo 1º grau	899	59,1
Consangüíneo 2º grau	343	22,6
Não Consangüíneo	246	16,2
Parentesco Inexistente	32	2,1
EXAME DERMATONEUROLÓGICO		
Sim	583	38,4
Não	937	61,6
SITUAÇÃO VACINAL COM BCG		
Sim	507	33,4
Não	1	0,1
Não registrado	1012	66,5
TOTAL	1520	100,00

Quando se analisou as variáveis, sexo, faixa etária e resultado do exame entre os 583 que foram submetidos ao exame dermatoneurológico, observou-se maior frequência do sexo feminino (52,08%) e faixa etária acima de 14 anos (64,0%). Em relação ao resultado dos exames de contatos de Hanseníase, embora a maioria (87,3%) apresentasse resultado normal, foram identificados 6,5 % contatos com diagnóstico de Hanseníase (Tabela 2).

Entre os contatos com diagnóstico de hanseníase houve predomínio do sexo masculino (63,2%), idade superior a 14 anos (68,4%) e de consangüíneos de 1º grau (65,79%). Quanto à classificação operacional e forma clínica, constatou-se que houve predomínio da classificação operacional Multibacilar (71,1%); a forma clínica Dimorfa foi a mais freqüente, sendo identificada em 44,7% dos contatos (Tabela 3).

Tabela 2 Contatos de Hanseníase examinados por sexo, faixa etária e resultado do exame dermatoneurológico. São Luís - MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
SEXO		
Masculino	280	48,0
Feminino	303	52,0
FAIXA ETÁRIA		
0 – 14 anos	190	32,6
Acima de 14 anos	373	64,0
Não Registrado	20	3,4
RESULTADO DO EXAME		
Normal	509	87,3
Suspeito	36	6,2
Doente	38	6,5
TOTAL	583	100,00

Tabela 3 Contatos com diagnóstico de hanseníase por Sexo, Faixa Etária e Grau de Parentesco. Município de São Luís - MA, 2008.

VARIÁVEIS	f	%
SEXO		
Masculino	24	63,2
Feminino	14	36,8
FAIXA ETÁRIA		
0 – 14 anos	7	18,4
Acima de 14 anos	26	68,4
Não Registrado	5	13,2
GRAU DE PARENTESCO		
Consangüíneo 1º grau	25	65,8
Consangüíneo 2º grau	5	13,1
Não Consangüíneo	8	21,1
Parentesco Inexistente	–	–
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL		
Paucibacilar	11	28,9
Multibacilar	27	71,1
FORMA CLÍNICA		
Indeterminada	2	5,3
Tuberculóide	9	23,7
Dimorfa	17	44,7
Virchowiana	7	18,4
Não Classificado	3	7,9
TOTAL	38	100,00

Na avaliação da execução da atividade de vigilância de contatos da Hanseníase, dos 7 programas avaliados, cinco (71,4%) foram considerados precários, excetuando-se os distritos sanitários do Itaqui-Bacanga e Vila Esperança que foram considerados regulares (Tabela 4).

DISCUSSÃO

De acordo com Datusus¹⁴, no Maranhão foram notificados 4.829 casos de hanseníase em 2006, sendo 787 do Município de São Luís –MA.

Na pesquisa realizada foram identificados 465 casos de Hanseníase, dos quais foram registrados 1520 contatos. Os distritos sanitários das Unidades de Saúde do Bequimão e do Centro foram os que apresentaram tanto o maior número de casos quanto o maior número de contatos, o que pode ser justificado por serem essas unidades, referências para os respectivos distritos.

O maior percentual encontrado no município de São Luís-MA foi do sexo feminino, sendo este resultado similar ao estudo de Leite¹⁵ em Buriticupu – MA; Campos et al¹⁶ em Sobral – CE; Amador¹⁷ em Belém – PA e Lana et. al.¹⁸, Minas Gerais - MG.

Com relação à idade, observou-se maior frequência na população de faixa etária acima de 14 anos. Os resultados encontrados por Pinto Neto et al.¹⁹, Leite¹⁵ e Amador¹⁷ foram similares a este trabalho com maior frequência de contatos nessa faixa etária da população.

Para Veronesi e Focaccia²⁰, a maior ou menor prevalência dos diversos grupos etários depende da exposição aos doentes multibacilares com bacilos viáveis. A idade dos doentes varia desde a infância até as pessoas mais idosas; a maioria deles é adulto jovem.

Estudos da distribuição familiar da hanseníase indicam relação entre as formas da doença e a relação de parentesco. Beiguelman²¹ observou que, nas famílias em que pai ou a mãe eram virchowianos, os parentes consangüíneos tiveram maior risco de desenvolver o mesmo tipo polar da doença. Além disso, ele observou que o risco de contrair outras formas era maior nos não consangüíneos.

Os estudos sobre a distribuição familiar também se preocupam em mostrar o agrupamento familiar da doença. A demonstração de que uma doença contagiosa apresenta agrupamento familiar talvez não signifique muito em termos genéticos, uma vez que pode indicar exposição ao agente etiológico mais do que susceptibilidade. Por outro lado, o agrupamento familiar de uma doença infecciosa é condição necessária, apesar de não suficiente, para se supor que um componente herdado do hospedeiro esteja envolvido¹³.

Quanto à vacina BCG, apenas 33,40% foram registrados como vacinados, enquanto que, em 66,60% a informação não estava registrada. Resultado este divergente do estudo de Leite¹⁵ onde 60,50% da população estudada receberam a vacina BCG. Porém, o percentual de vacinados foi inferior ao relatado por Matos²², Amador¹⁷ e Pinto Neto et al¹⁰. Isso evidencia que os serviços de saúde não executaram de forma satisfatória uma das medidas de controle em relação aos contatos intradomiciliares (vacinação de BCG-ID) ou deixaram de registrar a administração da vacina.

Fine et al²³ demonstraram a eficácia da vacina BCG como agente protetor da Hanseníase entre os contatos intradomiciliares. Afirmou também que o papel do BCG na proteção à hanseníase não está primariamente en-

Tabela 4 Avaliação da execução da atividade de vigilância de contatos da Hanseníase. São Luís - MA, Brasil, 2008.

DISTRITO SANITÁRIO	CONTATOS REGISTRADOS	CONTATOS EXAMINADOS	AValiação (%)	RESULTADOS*
Bequimão	589	253	42,9	Precário
Centro	331	82	24,8	Precário
Cohab	146	57	39,0	Precário
Coroadinho	58	4	25,0	Precário
Itaqui-Bacanga	170	103	60,6	Regular
Tirirical	185	61	33,00	Precário
Vila Esperança	41	23	56,1	Regular
TOTAL	1520	583	38,3	Precário

* Parâmetros: Bom > 75% dos contatos avaliados, Regular 50 – 75% dos contatos avaliados, Precário < 50% dos contatos avaliados

volvido com o impedimento da infecção, mas associado a uma potencialização da resposta imune do indivíduo infectado, evitando a sua progressão até o estado de doença. De acordo com Carrasco e Pedrazzani ²⁴, a vacinação protege contra o aparecimento de formas multibacilares, a partir da segunda dose. A decisão de se vacinar contatos de paucibacilares deve-se ao fato de que estes contatos podem estar expostos à mesma fonte de infecção.

Boelens et al. ²⁵ referem que o comunicante intradomiciliar com cicatriz de BCG após exposição a um caso de hanseníase tem mais chance de desenvolver a forma paucibacilar da doença sugerindo que a vacina BCG influencia no tipo de hanseníase desenvolvido pelo indivíduo.

O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo e suas diferentes manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do organismo atingido e podem ocorrer após um longo período de incubação, em média de dois a sete anos. Há casos, porém, de períodos de incubação mais ou menos longos. A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos. No entanto o acometimento de menores de 15 anos constitui um indicador de alta endemicidade da doença ²⁶.

No estudo realizado por Camello ²⁷ foi demonstrado que a utilização de exame de contatos intradomiciliares dos casos novos detectados e o seguimento dos contatos intradomiciliares dos casos índices, detectado nos últimos 10 anos, teve um impacto positivo na detecção de novos casos da doença no Rio Grande do Sul.

Foram identificados 38,35% de contatos que realizaram o exame dermatoneurológico. Lana et al, ¹⁸ referem que o baixo percentual de casos diagnosticados através de exames de contatos aponta a necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, uma vez que esta vigilância pode contribuir para o diagnóstico precoce, evitando assim o acúmulo de casos não detectados (prevalência oculta).

Do total de 538 exames dermatoneurológico realizados nos contatos, foram diagnosticados 38 casos de hanseníase. A detecção de novos casos poderia ser

maior se a procura do número de contatos de hanseníase as unidades de saúde aumentasse. Dessa forma, há a possibilidade de existirem portadores assintomáticos.

Os contatos do sexo masculino submetidos ao exame dermatoneurológico foram inferior ao do sexo feminino, representando um total de 48,02%. Esses dados confirmam a maior procura dos serviços de saúde pela população do sexo feminino. Os serviços de saúde que desenvolvem o programa de controle de hanseníase devem levar em consideração no planejamento, desde o horário do expediente da unidade até os tipos de estratégias de educação em saúde, pois Talhari e Neves ²⁸ detectaram que um dos fatores de irregularidade no comparecimento de contatos do sexo masculino aos serviços de saúde era o horário de atendimento da unidade, que coincidia com o horário de trabalho.

O fato da taxa de detecção ser maior entre mulheres pode ser explicado por haver maior preocupação com o corpo e estética entre estas do que entre os homens, e também pela facilidade de acesso das mulheres as unidades de saúde em função de priorizações que têm origem em outros programas, como a atenção à saúde materna (pré-natal, planejamento familiar), que proporcionam contatos com atendimento de saúde. Ao contrário, os homens ainda não dispõem de programas estruturados de prevenção e acompanhamento ²⁹.

Também se relaciona como fator importante à mudança na participação das mulheres no mercado de trabalho, levando a uma maior exposição destas à comunidade e a um aumento de suas possibilidades de contato com portadores da doença. Assim, estes resultados também apontam para uma expansão da endemicidade. Caso os homens tivessem a mesma oportunidade de diagnóstico que as mulheres, possivelmente haveria percentuais iguais de distribuição e, conseqüentemente, maiores taxas de detecção ¹⁸. Assim, estes fatores podem determinar diferenças entre os sexos quanto à incidência, oportunidade de diagnóstico e acesso a prevenção da hanseníase.

No entanto, Veronesi e Focaccia ²⁰ referem que a hanseníase compromete ambos os sexos; na maior parte

do mundo é pouco mais freqüente no homem que na mulher na proporção de dois para um, talvez pela maior exposição do sexo masculino, ou por maior resistência natural da mulher (influência hormonal).

Foram identificados na população de estudo 18,42% na faixa etária inferior a 15 anos este valor foi superior ao encontrado por Imbiriba et al.³⁰, em que 10,40% estavam na faixa etária de 0 a 14 anos.

Para Norman³¹, a hanseníase é uma enfermidade considerada de adulto pelo longo período de incubação, no entanto, as crianças também são suscetíveis a essa doença. Portanto, em áreas endêmicas e quando ocorrem casos na família o risco de crianças adoecerem aumenta. A detecção de hanseníase em crianças é considerada um indicador de prevalência da doença na população geral e essa detecção é importante para determinar o nível de transmissão.

A permanência de níveis elevados de endemidade da hanseníase sugere que as crianças podem ser casos ainda não detectados pelo sistema de saúde. Em condição de alta transmissibilidade e exposição precoce ao bacilo a probabilidade de adoecimento aumenta e sendo assim, a detecção nessa faixa de idade é tomada como indicador de maior gravidade da endemia²⁸.

Lombardi et al.³² referem que o deslocamento da incidência para faixas etárias menores de 15 anos indica que existe um aumento na cadeia de transmissão, e também traduz uma deficiência na vigilância e controle da doença.

O maior percentual de casos positivos para hanseníase entre os contatos ocorreu nos consangüíneos de 1º grau com 65,79% dos casos. Este resultado é similar ao realizado por Durães et al.¹³ que identificou 67% de contatos com diagnóstico de hanseníase nos consangüíneos de 1º grau. Esses dados reforçam a importância da vigilância dos contatos familiares.

Foram encontrados casos com diagnósticos de hanseníase em consangüíneos de 2º Grau com 13,15%; não consangüíneos com 21,15%, porém não foram encontrados casos nos parentescos inexistentes. Isso mostra uma menor procura pela realização do exame entre esse grupo representado por pessoas que apesar de não habitarem na mesma residência, constitui um grupo de relacionamento social freqüente no domicílio e peridomicílio dos contatos.

O longo período de incubação, a evolução insidiosa e o preconceito, responsável pela omissão de informações no meio familiar e social, dificultam o conhecimento das fontes de infecção de casos novos da hanseníase, especialmente em áreas urbanas. A forma da doença, bem como a proximidade do caso primário, é fator que contribui para o risco de adoecer. Ampliando os critérios da condição de contato para além daqueles domiciliares, a maioria dos contatos incidentes poderia estar relacionada a um caso prévio de hanseníase¹³.

Nos estudos realizados por Durães et al.¹³ foram constatados que embora existam outros fatores de risco envolvidos na transmissão da hanseníase (fatores ambientais, sociais e epidemiológico), a consangüinidade mostra associação estatística positiva e reforça a necessidade de vigilância dos contatos familiares.

O predomínio de diagnóstico das formas multibacilares com 71,06% são similares ao estudo realizado por Amaral³³ no qual houve predomínio das formas clínicas multibacilares – dimorfa e virchowiana – em relação às paucibacilares – indeterminada e tuberculóide. Para Goulart et al.³⁴; Lana et al.³⁵; Lastória; Putinatti³⁶, isso seria um sinal de que o diagnóstico é tardio, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença.

Em relação aos contatos, um aspecto decisivo é que a forma clínica do caso-índice tem importância no risco de adoecimento. Assim, os contatos de pacientes multibacilares, por exemplo, tem um risco maior de adoecer do que pacientes de casos-índice paucibacilares. De um ponto de vista epidemiológico, isto é uma expressão de graus de exposição diferentes no ambiente³⁷.

Van Beers³⁸ e Alçais³⁹ confirmam que os contatos constituem o principal fator determinante na incidência da hanseníase, e que o aumento na probabilidade de adoecimento pode estar relacionado à suscetibilidade genética dos indivíduos. Os contatos dos doentes classificados como paucibacilares têm menor risco de adoecer, se comparado aos contatos de multibacilares. Outro aspecto relevante é que pacientes multibacilares tornam-se capazes de infectar outros indivíduos até mesmo antes da expressão clínica da doença. Entretanto, independente da classificação operacional dos doentes, os contatos de pacientes com hanseníase não tratada têm maior risco de adoecimento⁵.

A predominância do grupo multibacilar nas relações sociais aponta para a importância da realização do exame entre todos os grupos, inclusive no parentesco inexistente representado por pessoas que apesar de não habitarem na mesma residência, constitui um grupo de relacionamento social freqüente no domicílio e peridomicílio dos casos índices. Em relação ao controle dos comunicantes extradomiciliares nada foi normatizado, evidenciando a falta de atenção para com esses contatos¹⁹.

Considerando-se os parâmetros para avaliação do programa de hanseníase foi utilizado como indicador operacional os contatos examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano de 2006. Esse indicador foi considerado, em geral como precário (<50%) com valor igual a 38,35%. Em relação a cada distrito sanitário analisado, a maioria foi avaliada como precária, exceto para os distritos sanitários do Itaqui-Bacanga e Vila Esperança que foram considerados regulares. Este resultado é similar ao encontrado por Aquino et al.⁴⁰ em que o programa de hanseníase

foi classificado como precário no município de Buriticupu – MA.

Diante dos resultados conclui-se que há uma necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, já que esta pode contribuir para o diagnóstico precoce evitando a ocorrência de casos não detectados e monitoramento desta atividade nos serviços de saúde locais.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil, Ministério da Saúde. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2 Margarido-Marchese, L, Tedesco-Marchese A J, Rivitti E A. Hanseníase. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu. 1996; p. 714-738.
- 3 World Health Organization. Guia para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública. Geneva: WHO/LEP, 2000. 22 p.
- 4 Brasil. Plano Nacional de Eliminação de Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010. [Acesso 20 dez. 2010]. Brasília: 2006. Disponível em: <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/hanseniase_plano.pdf>
- 5 Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1999 Jun; 67(2):119-28.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica, n. 21. 2. ed. rev.. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 8 Pedrallani ES, Toyoda CY, Brognhara MA, Maluf AS. Controle dos comunicantes: sua interferencia na situação epidemiológica da hanseníase. *Hansen Int* 1986; 11 (1): 44 – 54.
- 9 Pinto Neto JM, Villa TCS, Oliveira MHP, Barbeira CBS. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão de literatura. *Hansen Int* 2000; 25(2): 163–172.
- 10 Pinto Neto JM, Villa TCS. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). *Hansen Int*. 1999; 24(2): 129-136.
- 11 IBGE. Informações municipais. 2000. [acesso 30 mar. 2010]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/divulgacao.shtm>>.
- 12 Maranhão. Ações desenvolvidas pela secretaria de saúde. São Luís; 2008. [acesso 29 mar. 2010]. Disponível em : < <http://www.saoluis.ma.gov.br/saude/conteudo.aspx?idConteudo=907>>.
- 13 Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Cavaliere FAM, Oliveira MLWDR. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(Supl 3): 295-300.
- 14 DATASUS. Acompanhamento da Hanseníase – Maranhão. [Acesso 12 dez. 2010]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/hanseniase/bases/Hansbrnet.def>.
- 15 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. Saúde Colet* 2009; 17(1): 235–249.
- 16 Campos SSL, Ramos Jr AN, Kerr-Pontes LRS, Heukelbach J. Epidemiologia da Hanseníase no município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. *Hansen Int* 2005; 30(2):167-173.
- 17 Amador, MPSC. Soroprevalência para hanseníase em áreas endêmicas do Estado do Pará. (Dissertação). Belém: Universidade Federal do Pará; 2004. 126p. Mestrado do Núcleo de Medicina Tropical-Universidade Federal do Pará. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/teses/amadormpsc/TE-MPSCAmador.pdf>.
- 18 Lana, FCF, Lanza FM, Velasquez-Melendez G, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC. Distribuição da hanseníase segundo sexo no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. *Hansen Int* 2003; 28(2): 131–137.
- 19 Pinto Neto JM, Villa TCS, Mencaroni DA, Gonzales RC, Gazeta CE. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansen Int* 2002; 27(1):23 –28.
- 20 Veronesi, R; Focaccia, R. Tratado de Infectologia. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- 21 Beiguelman B. Genetics in Leprosy. *Hansen Int (Special)* 1998; s: 103–110.
- 22 Matos HJ, Duppre N, Alvim MFS, Vieira LMM, Sarno EN, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Ca. Saúde Pública* 1999; 15(3):533-542.
- 23 Fine PE *et al* Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. *Am J Epidemiol* 1997; 146: 91-102.
- 24 Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Rev Esc Enfermagem USP*, 1993; 27(2): 214-228.
- 25 Boelens JJ, Kroes R; Beers SV, Lever P. Protective effect of BCG against leprosy in South Sulawesi, Indonesia. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1995; 63: 456-457

- 26 Brasil. Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 178p.
- 27 Camello, R.S. 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 – 19.
- 28 Talhari, S, Neves RG *Dermatologia Tropical – Hanseníase*. 3 ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997. 167 p.
- 29 Le Grand A. Women and leprosy: a review. *Lepr Rev* 1997, 68(3): 203 – 211.
- 30 Imbiriba EB, Hurtado-Guerrero JC, Luiza Garnelol, Levino A, Cunha MG, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998 – 2005. *Rev Saúde Pública* 2008 dez., 42(6): 1021-1026.
- 31 Norman G, Joseph GA, Udayasuriyan P, Samuel P, Venugopal M. Leprosy case detection using schoolchild. *Lepr Rev* 2004, 75 (1): 34 – 39.
- 32 Lombardi C, Martolli CMT, Silva SA, Suárez REG. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica* 1998, 4(3): 149-155.
- 33 Amaral EP. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições sócio-econômicas. [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte; 2008. 89 p.
- 34 Goulart IMB *et al*. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde – Escola no município de Uberlândia – MG. *Hansen Int* 2002, 27(1): 5-13.
- 35 Lana FCF; Amaral EP; Franco MS; Lanza FM. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha Minas Gerais. *Rev Min Enf* 2004, 8(2): 295-300.
- 36 Lastória JC, Putinatti MSMA. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. *Hansen Int* 2004, 29(1): 6-11.
- 37 Matos HJ. Modelagem de Dados Epidemiológicos de Contatos de Hanseníase em uma Coorte acompanhada na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, entre 1987 a 1998. [Dissertação] Rio de Janeiro: Doutorado em Saúde Pública. FIOCRUZ; 2000. 99p
- 38 Van beers SM, De Wit MYL, Klaster PR. Minireview. The epidemiology of *Mycobacterium leprae*: Recent insight. *FEMS Microbiology letters* 1996, 136: 221-230.
- 39 Alçais A, Mira M, Casanova JL, Schurr E, Abel L. Genetic dissection of immunity in leprosy. *Curr Opin Immunol* 2005, 17(1): 44-48.
- 40 Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003, 19(1):119-125.