

Stéfanie Ferreira Teles¹
 Jane Tomimori²
 Lavínia Oliveira³
 Douglas Rodrigues⁴
 Romeu Paulo Martins Silva⁵
 Marcos César Florian⁶
 Mônica Antar Gamba⁷

ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS DA HANSENÍASE EM INDÍGENAS NA REGIÃO DO ALTO RIO JURUÁ/ACRE, BRASIL

Clinical, epidemiological and social aspects of leprosy among the Indians from the Alto Juruá River/State of Acre, Brazil

RESUMO

Este estudo investigou os casos de hanseníase na população indígena da microrregião do Alto Rio Juruá/Acre notificados pelo Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN), bem como avaliou seus respectivos contatos no período de 2009 a 2012. Foram identificados três casos em indígenas, sendo dois do sexo masculino com 69 e 27 anos, do povo Puyanawa, classificados como multibacilares com forma clínica dimorfa e virchowiana e grau de incapacidade I e II, respectivamente. O caso do povo Nawa foi do sexo feminino com 15 anos de idade, classificado como paucibacilar. Doze contactantes foram avaliados para investigação da doença, que foi afastada em todos. Os indígenas estudados estão inseridos em condições ambientais, esgotamento sanitário e condições sociais favoráveis ao desenvolvimento da hanseníase. Há possível persistência de foco na aldeia Ipiranga, além do indicativo de alta endemicidade pela detecção da doença em indivíduo menor de 15 anos, apontando necessidade de avaliação epidemiológica e busca ativa de casos para o diagnóstico da doença nestes povos.

Teles SF, Tomimori J, Oliveira L, Rodrigues D, Silva RPM, Florian MC, Gamba MA. Aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais da hanseníase em indígenas na Região do Alto Rio Juruá/Acre, Brasil. *Hansen Int.* 2014; 39 (2): p. 47-54.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Enfermagem; Índios Sul-Americanos

ABSTRACT

This study investigated cases of leprosy among indigenous population of the micro-region of Alto Juruá River/State of Acre. We evaluated leprosy cases reported by the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) as well as their contacts among indigenous population from 2009 to 2012. Three leprosy cases were identified. Two Puyanawa men,

Artigo recebido em 20/4/2015

Artigo aprovado em 30/09/2015

- 1 Mestre/Universidade Federal do Acre - UFAC. Centro Multidisciplinar. - (Professor Assistente I).
- 2 Doutora/Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Departamento de Dermatologia.
- 3 Doutora/Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Projeto Xingu. Departamento de Medicina Preventiva.
- 4 Doutor/Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Projeto Xingu. Departamento de Medicina Preventiva.
- 5 Doutor/Universidade Federal do Acre - UFAC. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto.
- 6 Doutor/Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Departamento de Dermatologia.
- 7 Doutora/Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Departamento de Saúde Coletiva.

69 and 27 years old, classified as borderline and lepromatous forms, with disability grade I and II, respectively. The third case was detected in Nawa ethnicity and was a female, under 15 years. The diagnosis was not confirmed in twelve contacts that were evaluated for suspicion of the disease. The studied Indians are embedded in environmental and social conditions favorable to development of leprosy. Probably, there is a focus in Ipiranga village and an indication of high endemicity area, once leprosy was detected in an under 15 year-old girl. The epidemiological assessment and diagnostic accuracy for the diagnosis of disease in this population are priorities.

Keywords: Leprosy; Epidemiology; Nursing; Indians, South American

INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se mostram presentes de maneira diferenciada no processo de adoecer das populações¹.

Para os povos indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a disponibilidade da terra e, conseqüentemente, sua relação com a natureza. Neste prisma, os fatores determinantes da saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, posse territorial, uso exclusivo dos recursos naturais e integridade dos ecossistemas específicos. Acima de tudo, a saúde deve estar a serviço da cultura e das formas de organização, objetivos esses que são pautados nas políticas de saúde de atenção às populações indígenas².

Segundo Coimbra Júnior³, o amplo processo de mudanças ocasionadas pela interação dos povos indígenas com a sociedade nacional envolve aspectos como restrição territorial, introdução de doenças antes desconhecidas, mudanças nas relações socioeconômicas, dificuldade de acesso a serviços de saúde e de educação, dentre outros. Esses determinantes afetam diretamente as condições de vida e os perfis de saúde-doença dos povos indígenas no Brasil.

A saúde dos povos indígenas no Brasil ainda é pouco conhecida e isso se deve à carência de investigações, à ausência de inquéritos e censos, assim como à precariedade dos sistemas de informações de saúde. Segundo Coimbra Júnior e Santos⁴, a população indígena brasileira apresenta um quadro de saúde caracterizado pela alta ocorrência de doenças infectocontagiosas, alta prevalência de anemia e desnutrição relacionadas às precárias condições de

saneamento ambiental, trabalho e moradia. O autor menciona ainda que entre as doenças que acometem grande número de indígenas, apesar dos poucos registros epidemiológicos podem ser destacadas: leishmaniose, oncocercose, esquistossomose, tracoma, hanseníase e problemas ginecológicos.

Nery et al.⁵ em uma pesquisa realizada em cinco aldeias Guarani nos municípios de Angra dos Reis e Paraty no Estado do Rio de Janeiro associaram os casos de hanseníase diagnosticados com a baixa escolaridade, o contato frequente com populações não indígenas, o hábito cultural de migrarem entre aldeias pertencentes ao mesmo grupo étnico e ao abastecimento de água irregular, tratamento de esgoto e coleta de lixo precários.

A hanseníase é uma doença que se manifesta, principalmente, nos aglomerados populacionais onde se encontra pobreza e precárias condições sanitárias e de habitação. Além disso, é uma doença que resulta da deficiência no acesso a serviços de saúde, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e o tratamento não exige custos elevados⁶⁻⁸. Ducatti⁹ e Magalhães, Rojas¹⁰ reforçam que a distribuição da hanseníase pelo mundo só pode ser entendida se analisada na perspectiva de seus determinantes sociais, tais como condições sanitárias, de habitação e de educação. É nesse contexto que estão inseridas muitas comunidades indígenas.

Silva et al.¹¹, em seu estudo que objetivou analisar a associação entre indicadores sociais e ambientais e o coeficiente de detecção de hanseníase na Amazônia Brasileira, concluíram que o coeficiente de detecção de hanseníase, que representa a magnitude da doença está associado a indicadores de condição de vida e modo de ocupação territorial podendo a distribuição espacial da hanseníase no território nacional e, especialmente, em áreas da Amazônia nortear as políticas públicas de saúde a fim de auxiliar no controle da doença. Nesta mesma região Scopel investigou aspectos antropológicos da presença da hanseníase entre os indígenas Mura, apontando que os antigos já faziam referências à doença, que, no entanto aumentou e modificou-se nas comunidades, segundo a percepção dos entrevistados¹². A pesquisa demonstrou a importância da consideração de aspectos sócio culturais, para além dos indicadores sanitários e ambientais clássicos na vivência com hanseníase para o povo Mura.

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde sobre o comportamento epidemiológico da hanseníase no Brasil, o estado do Acre enquadra-se em áreas de alto risco para o desenvolvimento da hanseníase e ainda permanece como região endêmica¹³.

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, a região Norte, no período entre 2001 a 2012, notificou 504 casos novos de hanseníase em indígenas. Esses dados evidenciam a necessidade de se realizar estudos epidemiológicos para realização de diagnóstico precoce e assim interromper o processo inicial da cadeia de transmissão da hanseníase em indígenas.

Infelizmente, ainda hoje, o diagnóstico da hanseníase é tardio e as manifestações indesejadas da doença acometem inúmeras pessoas e são responsáveis pelo comprometimento neural que determina sequelas que são, em muitos casos, extremamente incapacitantes.

Ressalta-se assim, a importância de estudos a respeito do perfil epidemiológico das doenças infecto contagiosas nessas populações que têm pouco acesso a serviços de saúde e habitam áreas de risco da Amazônia Brasileira. No que diz respeito à hanseníase em povos indígenas, o número de relatos na literatura científica ainda é pequeno, apesar de a doença ser uma realidade nessas populações. Imbiriba et al.¹⁴, em 2009, investigaram a ocorrência da doença em três municípios do Amazonas com prevalência bastante alta para hanseníase- em torno de 10 por 10 mil habitantes- e expressiva população indígena. Os resultados, embora não conclusivos, destacaram a vulnerabilidade social desses povos num contexto de hiperendemicidade e o precário acesso aos serviços ofertantes de diagnóstico, tratamento e controle da doença.

Este estudo objetivou caracterizar os casos de hanseníase na população indígena da Região do Alto Rio Juruá/Acre, das aldeias Barão e Ipiranga de modo a compreender as variáveis individuais, socioeconômicas, culturais, epidemiológicas e clínicas dos casos e seus contatos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que avaliou uma série de casos de hanseníase notificados pelo Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN), bem como seus respectivos contatos na população indígena residente no município de Mâncio Lima no estado do Acre, no período de 2009 a 2012. O município de Mâncio Lima está inserido no território do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Juruá (DSEI-ARJU) e é a única cidade deste distrito que possui notificações de casos de hanseníase em indígenas. Limita-se ao norte com o Amazonas, ao sul e a oeste com o Peru, a leste com o município de Rodrigues Alves e a nordeste com o município de Cruzeiro do Sul. Sua população é estimada em 17.103

habitantes¹⁵. Neste município vivem três povos indígenas: Nawa, Puyanawa e Nukini.

Atualmente, a organização social dos indígenas no município de Mâncio Lima se caracteriza pela presença de residências de famílias nucleares, intercaladas por pequenos comércios, igrejas e escola.

Como elegíveis, considerou-se, todos os indivíduos indígenas diagnosticados e notificados com hanseníase, CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) A30 (Hanseníase/doença de Hansen), independentemente da idade, cujas informações foram obtidas no banco de dados do SINAN/AC nos municípios que compõem o território do DSEI-ARJU, além de todos os contatos de casos confirmados e suspeitos.

A identificação dos casos em indígenas foi obtida pela consulta à variável raça/cor constante na ficha de notificação. Essa variável é definida por autodeterminação, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou seja, o próprio doente se classifica como branco, preto, amarelo, pardo ou indígena.

Os casos e contatos localizados responderam a um questionário com perguntas fechadas baseado no instrumento de coleta de dados de Ferreira¹⁶, já validado anteriormente. Foi realizada a inspeção céfalo-podálica nos contatos com maior atenção às áreas de maior predileção do bacilo como face, orelha, nádegas, braços, pernas e dorso para a busca de lesões suspeitas de hanseníase. O exame obedeceu a critérios clínicos de avaliação dermatoneurológica acompanhados de testes para a verificação da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil¹⁷.

Os participantes foram analisados segundo as variáveis individuais, socioeconômicas, culturais, epidemiológicas e clínicas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo com parecer nº 311.563 e Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o parecer nº 540.967. Autorizada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), pelo Conselho Indígena de Saúde do Alto Rio Juruá (CONDISI), pelo DSEI-ARJU e pelo líder indígena das etnias estudadas.

Os procedimentos inerentes à entrevista e avaliação física só foram realizados após esclarecimento e assinatura, pelos participantes, do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Após levantamento de dados no SINAN foram detectados três casos de hanseníase em indígenas dos

povos Nawa e Puyanawa residentes no município de Mâncio Lima, assim como doze contatos indenes. Foram necessárias três viagens ao território habitado pelos índios Puyanawa para realização de entrevistas e exames clínicos naqueles que tiveram diagnóstico confirmado de hanseníase e seus respectivos contatos. Não foi necessário o deslocamento ao território indígena Nawa porque o caso identificado e os contatos já não moravam mais na sua aldeia de origem, tendo sido entrevistados e examinados em sua residência atual localizada na zona urbana do município de Mâncio Lima.

Os três casos já haviam recebido tratamento adequado e obtido alta por cura. Não foi necessária a realização da baciloscopia porque não se observou nenhum sinal ou sintoma dermatoneurológico que sugerisse o diagnóstico de hanseníase nos 12 contatos.

As entrevistas e avaliações foram realizadas no domicílio de cada caso e/ou contato. O elo entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa foi feito por uma agente indígena de saúde do DSEI, que se mostrou prestativa e atenta.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, os casos e contatos tinham baixa escolaridade, entre um a quatro anos de estudo, residiam em casas de madeira com energia elétrica, a água utilizada para consumo nem sempre era tratada, o esgotamento sanitário era por meio de fossa negra. Os dois casos que moravam na aldeia Ipiranga utilizavam a água dos igarapés próximos para lavar roupas, tomar banho e muitas vezes, para preparar a alimentação. O banho ocorria regularmente duas vezes ao dia com fonte de água do igarapé e tanques domiciliares. A principal fonte de subsistência é a agricultura. As famílias participam do Programa Bolsa Família do Governo Federal e recebem benefícios por meio do cadastramento. A renda mensal é de aproximadamente um salário mínimo e meio. Entretanto, mesmo que não tão comum, havia ainda a caça e pesca.

Os povos indígenas estudados ainda mantêm alguns rituais e ensinamentos da língua tradicional. Ocorrem brincadeiras, danças, festas e o uso da Ayahuasca que é uma bebida ritual utilizada por diversos povos indígenas no Acre.

Esses povos mantêm vínculos permanentes com os não-índios por parentescos, necessidades alimentares ou para buscar um maior conhecimento por meio dos estudos.

Abaixo segue a descrição dos casos para a melhor compreensão e elucidação da realidade de cada um a fim de desvendar como a hanseníase passou a fazer parte desses territórios e povos.

CASO 1: povo Puyanawa, masculino, 27 anos, casado, alfabetizado, concluiu o ensino fundamental.

Residiu durante toda a sua infância no seringal Belo Monte localizado à margem do Rio Moa, posteriormente migrou com a família para o município de Cruzeiro do Sul (AC). Mudou-se para a aldeia Ipiranga, zona rural do município de Mâncio Lima, e desde o ano passado reside no Ramal Bananeira, município de Rodrigues Alves. Vive em casa de madeira com sua família. O abastecimento de água de sua residência é proveniente de um poço e não há nenhum tipo de tratamento para o uso. O esgotamento sanitário é por meio de fossa negra e todo o lixo é queimado.

Foi diagnosticado com hanseníase em dezembro de 2009. Apresentava nove lesões cutâneas difusas e seis nervos periféricos afetados. Foi classificado como hanseníase da forma clínica dimorfa multibacilar e no momento do diagnóstico apresentou grau de incapacidade II, representativo de diagnóstico tardio. Durante a evolução, apresentou surto reacional e recebeu prednisona. Após doze meses de tratamento, o exame de baciloscopia foi negativo e recebeu alta por cura.

O paciente não sabia informar se já tivera contato com pessoas com hanseníase. Relatava que morou no seringal Belo Monte (local onde também viviam alguns indígenas do mesmo povo), posteriormente migrou com a família para o município de Cruzeiro do Sul. Logo quando passou a residir na aldeia houve a suspeição da hanseníase pelo quadro clínico. A agente de saúde indígena da área suspeitou da doença e o levou até a equipe do Distrito Sanitário Especial Indígena. O diagnóstico foi confirmado no município de Cruzeiro do Sul. Não é etilista nem tabagista, mas relatava que na aldeia em que morava participava de rituais onde se compartilham bebidas. Refere ter tido contato apenas com pessoas de seu próprio povo. Trabalha como agricultor e tem renda mensal média de um salário mínimo. Os cinco contatos intradomiciliares foram entrevistados e examinados e nenhum deles apresentou lesões suspeitas da doença.

CASO 2: Puyanawa, masculino, 69 anos, casado, não alfabetizado, reside na aldeia Ipiranga. Vive na aldeia desde os 20 anos de idade e antes desse período morava no município de Cruzeiro do Sul e teve contato direto com indivíduos com hanseníase. A casa onde mora é de madeira e bem pequena. Vive lá com sua esposa, filhos e netos. O abastecimento de água de sua residência é proveniente de um poço tubular profundo, comunitário. O paciente relatou que não há nenhum tipo de tratamento da água para o uso pessoal, que já chega às residências com adição de hipoclorito de sódio. O esgotamento sanitário é por meio de fossa negra e todo o lixo é recolhido semanalmente pela coleta pública do município de Mâncio Lima.

Foi diagnosticado em setembro de 2010. Apresentava vinte e nove lesões difusas e três nervos periféricos afetados. Foi classificado como hanseníase virchowiana multibacilar e no momento do diagnóstico, apresentava grau de incapacidade I. O resultado da baciloscopia foi positivo. O tratamento teve duração de 12 meses. Apresentou surto reacional e recebeu prednisona. A suspeita da doença foi feita pela agente indígena de saúde da área, tendo sido encaminhado pelo DSEI com confirmação diagnóstica no município de Cruzeiro do Sul. Afirma que já teve Leishmaniose. Era etilista e tabagista, mas atualmente abandonou esses hábitos. Mora em casa de madeira com cinco pessoas e tem 10 filhos. Afirma não ter contato com outros povos indígenas e sai da aldeia uma vez ao mês acompanhado da esposa. Trabalhou como seringueiro e agricultor. Hoje está aposentado com renda mensal de um salário mínimo, mas a família recebe recursos do programa bolsa família. Os três contatos intradomiciliares foram entrevistados e examinados e nenhum deles possuía lesões suspeitas da doença.

CASO 3: Nawa, feminino, 15 anos, alfabetizada, atualmente cursa o 1º ano do ensino médio em escola municipal, mas já estudou em escola indígena. A mãe é indígena Nawa e o pai é não indígena. Morou na aldeia Novo Recreio, localizada na zona rural do município de Mâncio Lima, até 2011 quando migrou para a zona urbana e passou a residir com sua avó paterna. Desde o ano passado sua mãe e irmãos saíram da aldeia para a cidade para dar suporte à filha que estava sob a tutela da avó e pai, e assim, ajudá-la a concretizar seus objetivos de estudo. Atualmente mora com sua mãe, irmãos e padrasto em uma casa de madeira na zona urbana de Mâncio Lima. O abastecimento de água de sua residência é proveniente de água encanada oferecida pela empresa abastecedora de água do município, que chega às residências com adição de hipoclorito de sódio. O esgotamento sanitário é por meio de fossa negra e todo o lixo é recolhido diariamente pela coleta pública do município de Mâncio Lima.

Foi diagnosticada com hanseníase em 2012, quando tinha 13 anos de idade. Apresentava lesão única na face e foi classificada como forma indeterminada, paucibacilar. Recebeu tratamento durante seis meses e teve alta por cura.

A adolescente afirma que, além das pessoas de sua comunidade, mantém contato com o povo Nukini na aldeia República e se deslocava até lá regularmente para participar de jogos e/ou torneios que ocorrem esporadicamente durante o ano. Mantinha contato também com a população não indígena, pois seu pai e os familiares paternos não fazem parte da comunidade.

Seu pai teve hanseníase multibacilar e foi diagnosticado e tratado um ano antes do nascimento da filha.

A paciente relatava que logo quando foi morar com sua avó houve a suspeita da doença. A avó já conhecia a doença, pois havia cuidado do pai da adolescente quando o mesmo esteve doente. Os contatos foram examinados e entrevistados levando-se em consideração que o possível foco da doença poderia ser comum, pois a forma desenvolvida pela mesma não é infectante. O pai e a avó também fizeram parte dessa entrevista e avaliação.

Os casos e contatos que participaram da pesquisa afirmaram não ter conhecimento da hanseníase e nunca haviam recebido orientações sobre a doença.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou descrever casos da hanseníase na população indígena da região do Alto Rio Juruá, área que compõe o estado do Acre, considerado local de coeficiente de detecção alta para a hanseníase^{18, 19}.

Foi constatada a ocorrência de três casos de hanseníase nos povos indígenas Puyanawa e Nawa e doze contatos residentes do município de Mâncio Lima microrregião do Alto Rio Juruá foram investigados. Dentre os pacientes, dois eram do sexo masculino e um do sexo feminino, sendo os primeiros classificados como hanseníase multibacilar e com graus I e II de incapacidade já instalada no início do tratamento. Apresentavam mobilidade urbana para sua manutenção econômica e social e viviam em precárias condições sócio-sanitárias.

A falta de informações sobre as características da doença pode ter sido um dos fatores que levaram à demora na procura do serviço de saúde e, consequentemente, no diagnóstico, favorecendo o aparecimento de incapacidades físicas²⁰⁻²². Ressalta-se, portanto, a importância da educação em saúde voltada para a hanseníase para os pacientes, familiares e comunidade em geral. Soma-se à falta de informação, o preconceito existente em relação à doença, sendo evidente a relutância dos pacientes em acreditar que sua doença fosse hanseníase.

Observou-se que nem todos os contatos tinham cicatriz da vacina BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) – vacina elaborada para o *Micobacterium tuberculosis* e que resulta numa melhora da imunidade celular - e que não havia acompanhamento por parte dos serviços de referência, o que contribuiu para a permanência da transmissão da doença, especialmente frente à existência de formas clínicas dimorfa e virchowiana, que são as formas infectantes da doença^{23, 24}. Neste

contexto, mencionamos a importância da investigação dos contatos como forma de controle epidemiológico da doença.

Como o diagnóstico foi feito tardiamente esses pacientes, permaneceram contagiantes, aumentando o risco de infecção de seus contactantes. Mesmo sendo tratados, ressalta-se que o período de tempo entre o diagnóstico e cura por alta dos casos é curto, sendo necessário prolongar a vigilância dos contatos, visto que o período de incubação da doença é em média de dois a sete anos, podendo se estender até dez anos^{6,25}.

Os comunicantes, também denominado de contato, contactante ou convivente, têm papel fundamental na epidemiologia da hanseníase, sendo eles apontados como os indivíduos que apresentam maior risco de adquirir a doença. Portanto, é necessário examiná-los e fazer a profilaxia com a vacinação com o BCG que é uma recomendação do Ministério da Saúde^{6, 13, 14, 18, 29}.

Fato que chama a atenção é que dois dos três casos apresentavam algum grau de incapacidade no momento do diagnóstico. A presença de graus de incapacidade física é indicativa de diagnóstico tardio. Lana et al.²⁶, em estudo realizado no Vale do Jequitinhonha, encontraram 12,1% dos casos notificados de hanseníase com grau II de incapacidade e predomínio das formas multibacilares. Esses achados sugerem diagnósticos realizados tardiamente e ocorrência da prevalência oculta, contribuindo para a cadeia de transmissão da doença^{22, 27, 28}.

A existência de um caso em menor de 15 anos sugere a presença de foco de transmissão no local, podendo ou não estar relacionada à suscetibilidade imunológica do paciente, o qual desenvolveu uma forma paucibacilar. O foco paterno multibacilar obteve a cura um ano antes do nascimento da paciente merecendo maiores investigações quanto à possibilidade de outros focos multibacilares no convívio da paciente.

Do ponto de vista imunológico, existem técnicas sorológicas baseadas na detecção de anticorpos específicos anti-*M. leprae*, os quais podem auxiliar na detecção de casos multibacilares e serem úteis no acompanhamento durante a terapia e na investigação da prevalência da doença, bem como da disseminação da infecção na comunidade³⁰⁻³². A utilização dessas técnicas nessa população auxiliaria a investigação de outros focos transmissores da hanseníase na comunidade.

Um fator positivo e relevante que se destacou nesta investigação foi o papel imprescindível do Agente Indígena de Saúde (AIS) na suspeição da doença e encaminhamento para diagnóstico. Os AIS são es-

senciais na atenção à saúde indígena e formam o elo fundamental entre o conhecimento tradicional e o sistema oficial de saúde com vistas à comunicação intercultural sendo considerados centrais na realização do princípio da atenção diferenciada. Assim, cada distrito deve estar organizado em uma rede de serviços de saúde, de acordo com as necessidades locais, dentro de seu território, integradas e hierarquizadas, com complexidade crescente e articuladas com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada comunidade indígena deve contar com a atuação de um AIS².

Observou-se ainda que o processo de contato entre esses povos e a sociedade envolvente, influenciou as suas condições de vida e saúde, aumentando sua vulnerabilidade para doenças infectocontagiosas, entre elas a hanseníase. Essa maior vulnerabilidade dos povos indígenas para as doenças, sejam transmissíveis ou não, advindas do seu contato com os povos não-indígenas, demanda uma rede de serviços diferenciada, com base na vigilância em saúde, e na articulação com serviços especializados para apoio diagnóstico e tratamento^{6, 19, 33, 34}.

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de ações, principalmente entre os contatos intradomiciliares, que podem ser realizadas pela equipe de saúde local, proporcionando o acesso às informações sobre a doença, seus modos de transmissão e, diagnóstico precoce melhorando a qualidade da assistência e controle da endemia.

Nesta investigação não foi possível ainda compreender o significado da hanseníase para a população indígena e se há o mesmo caráter discriminatório que essa doença apresenta em outros grupos populacionais. Apesar da pequena prevalência de casos investigados é possível reconhecer a magnitude dos problemas que a doença apresenta, principalmente relacionadas à manifestação de incapacidades e sequelas físicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos e contatos avaliados vivem em precárias condições socioeconômicas, más condições sanitárias e de moradia, além de baixa renda e baixa escolaridade, sendo estas algumas das condições favoráveis para o desenvolvimento da hanseníase, segundo a literatura indexada.

Chamamos a atenção para esta população e o sistema de saúde disponível, pelos seguintes aspectos observados: 1.falha na detecção precoce, com consequente grau de incapacidade observado; 2.possível foco de transmissão ativo, pela detecção em menor

de 15 anos; e 3.falha no sistema de vigilância, pelo escasso número de contatos examinados e com cicatriz da vacina BCG.

Salientamos a importância do treinamento contínuo dos profissionais de saúde que fazem a interface com a comunidade e dialogam com suas referências tradicionais sobre saúde-doença, exercendo papel fundamental nas ações de vigilância à saúde.

Finalmente, sugerimos uma possível investigação utilizando testes sorológicos, que podem ajudar a identificar indivíduos multibacilares (fontes de transmissão) que apresentem poucos sinais e sintomas clínicos da hanseníase.

REFERÊNCIAS

- 1 Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *CadSaude Publica*. 2012;28(5):819-31.
- 2 Comissão Nacional dos Bispos do Brasil, Conselho Indianista Missionário. A política de Atenção à Saúde indígena no Brasil – breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília: Conselho Indianista Missionário; 2013.
- 3 Coimbra CEA Júnior, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2005.
- 4 Coimbra CEA Júnior, Santos RV. Perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil: considerações gerais: documento de trabalho nº 3. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia; Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- 5 Nery JAC, Pimentel MIF, Lyra MR, Sohsten BLV, Perisse ARS. Detection of clusters of leprosy cases among Guarani Indians in the southern region of the State of Rio de Janeiro, Brazil. *RevSocBrasMed Tropical*. 2012;45(4):538-9.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 7 Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003;36(3):373-82.
- 8 Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou; 2010.
- 9 Ducatti I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de História; 2009.
- 10 Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *EpidemiolServ Saúde*. 2007;16(2):75-84.
- 11 Silva DR, Ignotti E, Souza-Santos R, Hacon SS. Hanseníase, condições sociais e desmatamento na Amazônia Brasileira. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):268-75.
- 12 Scopel D. Saúde e doença entre os Índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis da auto-atenção [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas; 2007.
- 13 Silva JB Junior. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde (BR). *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.p.281-310.
- 14 Pinto JM Neto, Scatena TCV, Oliveira MHP, Barbeira, CBS. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. *Hansen Int*. 2000;25(2):163-76.
- 15 Cidades@ [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2014. Acre: Mâncio Lima; [citado em 2012 Mar 02]; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120033>
- 16 Ferreira SMB. Determinantes de casos de recidiva em Hanseníase no Estado de Mato Grosso – Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem; 2010.
- 17 Nunes JM, Oliveira EM, Vieira NFC. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *CienSaude Colet*. 2011;16(1):1311-8.
- 18 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Acre. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 19 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral de Hanseníase e doenças em eliminação. Informe técnico da Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíase. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 20 Silva RA Sobrinho, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):1125-30.

- 21 Finez MA, Salotti SRA. Identificação do grau de incapacidade em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *Health Sci Inst.* 2011;29(3):171-5.
- 22 Ribeiro GC, Fabri ACOC, Amaral EP, Machado IE, Lana FCF. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. *Rev EletrEnf.* 2014;16(4):728-35. doi: 10.5216/ree.v16i4.22371
- 23 Richardus RA, Alam K, Pahan D, Feenstra SG, Geluk A, Richardus JH. The combined effect of chemoprophylaxis with single dose rifampicin and immunoprophylaxis with BCG to prevent leprosy in contacts of newly diagnosed leprosy cases: a cluster randomized controlled trial. *BMC Infect Dis.* 2013 Oct 3;13:456. doi: 10.1186/1471-2334-13-456.
- 24 Limeira OM, Gomes CM, Morais OO, Cesetti MV, Alvarez RRA. Active search for leprosy cases in Midwestern Brazil: a serological evaluation of asymptomatic household contacts before and after prophylaxis with bacillus Calmette-Guérin. *Rev Inst Med Trop.* 2013;55(3):173-7.
- 25 Santos APTS, Almeida GG, Martinez CJ, Rezende C. Imunopatologia da Hanseníase: aspectos Clínicos e Laboratoriais. *NewsLab.* 2005;73:142-56.
- 26 Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do jequitinhonha, MG. *Rev Lat-am Enfermagem.* 2008 Nov-Dez;16(6):993-7.
- 27 Ignotti E, Rodrigues AM, Andrade VLG, Valente JG. Aplicação de métodos de estimativa da prevalência de hanseníase no Estado de Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(2):155-66.
- 28 Moreira FL, Nascimento AC, Martins ELB, Moreira HL, Lyon AC, Lyon S, et al. Hanseníase em Alfenas: aspectos epidemiológicos e clínicos na região Sul do estado de Minas Gerais. *Cad Saúde Colet.* 2009;17(1):131-43.
- 29 Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos período de dez anos. *Rev Bras Enferm.* 2008;6(Esp):689-93.
- 30 Cruz RCS, Cunha MGS, Vásquez FG. Prevalência de anticorpo anti PGL-1 em contatos domiciliares de pacientes com hanseníase. *Cad Saude Publica.* 2009;17(1):261-71.
- 31 Silva BDS, Souza MR, Kipnis TL, Junqueira-Kipnis AP. Avaliação dos anticorpos séricos totais antiglicolípido fenólico de *Mycobacterium leprae* em indivíduos portadores de hanseníase e seus contatos domiciliares no estado de Goiás, Brasil. *Rev Patol Tropical.* 2009;38(3):187-96.
- 32 Carvalho AM. Soropositividade anti PGL-I em contatos domiciliares de casos de hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2012.
- 33 BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de Dez 1973. Seção 1, p. 13177.

FINANCIAMENTO PRÓPRIO.

Correspondência: Stéfanie Ferreira Teles. Universidade Federal do Acre (UFAC). Centro Multidisciplinar. E-mail: stefanieftm@hotmail.com. Rua Purus, nº 423, Bairro João Alves. CEP: 69.980-000. Cruzeiro do Sul, Acre. Brasil.

Contribuição dos autores: Teles desenvolveu a pesquisa bibliográfica, redação do artigo, a sistematização, análise do material e discussão dos resultados. Gamba participou da concepção das categorias, análise do material e discussão dos resultados. Tomimori, Oliveira, Rodrigues, Silva e Florian contribuíram para a sistematização do material e revisão crítica.