

Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997)¹

Epidemiological Features of Hansen's disease contacts who developed the disease, notified in the Health Center¹ of Fernandópolis (1993 to 1997)

José Martins PintoNeto²
Tereza Cristina Scatena Villa³

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de um levantamento de dados através das Fichas de Investigação Epidemiológica de Hanseníase, dos casos desta doença, notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, no período de 1993 a 1997, que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase; constituindo-se de uma população de 57 doentes, o que corresponde a 42,2% dos 135 doentes de hanseníase, residentes em Fernandópolis, e notificados nesta unidade de saúde neste período. O objetivo foi caracterizar o perfil epidemiológico dessa população de estudo. Os dados revelaram que a maioria é do sexo masculino, adultos jovens e adultos, de formas clínicas polarizadas, residentes na zona urbana, com baixo grau de escolaridade, na maioria detectados através do exame de contatos e não possuíam cicatriz vacinal BCG-id. A análise dos dados evidenciou problemas operacionais relativos ao

desenvolvimento das ações do Programa de Controle de Hanseníase, no que se refere ao controle dos comunicantes, o que poderá comprometer as metas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública.

Unitermos: Hanseníase. Comunicante. Controle.

INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda configura-se em um importante problema de Saúde Pública no Brasil, trazendo repercussões psicológicas, econômicas e sociais no plano individual e coletivo, afetando, mesmo que de maneiras diferentes, o indivíduo doente, seus comunicantes e seus familiares.

No plano coletivo devemos contextualizar os seus comunicantes (também denominados contatos, contactantes ou conviventes), familiares ou não, que além de estarem mais sujeitos a repercussões negativas do ponto de vista social e psicológico poderão, dependendo de sua susceptibilidade, de fatores ambientais e das características do caso índice, como a forma clínica, vir a se constituir em um novo caso de hanseníase, mantendo assim, a cadeia epidemiológica da doença; pois como afirma Carrasco & Pedrazani (1993, p.226), "todo portador de hanseníase foi primeiramente um comunicante".

No Brasil muito já se escreveu sobre a hanseníase, no entanto, pouco tem sido escrito sobre o controle dos

1 Este artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado defendida em agosto de 1999, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

2 Docente do Curso de Enfermagem e Obstetrícia dos Estabelecimentos de Ensino Superior Integrados da Fundação Educacional de Fernandópolis-SP. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USE Endereço: Rua Minas Gerais, 1339, Centro, CEP 15600-000, Fernandópolis, SP, Telefone:(17)4422299, e-mail: ls@acif.com.br.

3 Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública.

comunicantes de hanseníase e/ou sua participação na endemia hanseníase dos municípios do interior do país.

Após a implantação da Poliquimioterapia (PQT), em 1991, Lana (1997) refere que os serviços de saúde têm realizado um esforço concentrado para diminuir a prevalência da hanseníase. No entanto, este autor cita que alguns problemas de ordem técnico-operacional ainda se interpõem para o alcance da meta de reduzir a prevalência para menos de 1 caso/10.000 habitantes, destacando dentre eles, as baixas taxas de controle dos comunicantes.

Pedrazzani *et al.* (1986), discutindo o controle dos comunicantes e sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase, colocam que, nos programas de saúde, privilegia-se o espaço para o controle da doença e do doente, e indicam que deve-se também dar mais atenção aos comunicantes.

Alguns estudos^{1,7,8,14,15,23} apontam deficiências na rede dos serviços de saúde que desenvolvem as ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH), que comprometem a assistência aos doentes e aos comunicantes, os quais se constituem em grupo de risco para adquirir a doença.

De acordo com a OMS/OPAS (1989), estudos demonstraram que os contatos intradomiciliares dos pacientes paucibacilares estão duas vezes mais propensos em adquirir a doença do que aqueles que não possuem contato conhecido no domicílio, e que os contatos de pacientes multibacilares correm um risco de 4 a 10 vezes maior em adquirir a doença.

Belda (1984) relatou que a taxa de ataque entre comunicantes de casos bacilíferos é 4 vezes maior que entre os não comunicantes intradomiciliares e 10 vezes superior à da população em geral; e que esta taxa dobrará se houver mais de um paciente no domicílio. Rao *et al.* (1989) e George *et al.* (1990) também apontam que os comunicantes de hanseníase apresentam um risco maior de adquirir a doença.

A definição do tipo de contato é geralmente pouco clara, buscando-se muitas vezes, qualificações como íntimo e repetido, mas o tempo de duração e o grau de intimidade do contato capazes de propiciar a transmissão da infecção e a ocorrência da doença ainda dependerão da susceptibilidade do contactante (Brasil, MS, 1994).

A clássica afirmativa da necessidade de um contato íntimo e prolongado parece ser parcialmente verdadeira quando existem fatores sócio-econômicos desfavoráveis e os relacionados ao ambiente social pois, de acordo com Lombardi & Ferreira (1990), não há mais dúvidas de que haja um fator de risco para a hanseníase relacionado à pobreza, e que os doentes, geralmente, são adultos jovens oriundos das classes sociais mais pobres da população e que referem a existência de outro caso de hanseníase na família.

As mais recentes instruções normativas do Plano

Nacional de Eliminação da Hanseníase preconizam que, após o diagnóstico de um caso de hanseníase, todos os contatos intradomiciliares devem ser examinados e que, após o exame dermatoneurológico, os contatos sadios devem ser orientados sobre a sintomatologia e sobre a necessidade de procurar o serviço de saúde caso ocorra alguns desses sinais e sintomas (Brasil, MS, 1998).

Assim, verificamos que esta atual legislação preconiza um único encontro entre o comunicante e os serviços de saúde, "transferindo" a responsabilidade do controle para este, que deve, baseando-se nas orientações que recebeu dos profissionais de saúde, realizar seu auto-controle e sua auto-suspeição diagnóstica.

A pouca valorização do controle dos comunicantes também está refletida na atual Ficha Individual de Investigação de Hanseníase, que foi implantada no segundo semestre do 1998, com a implantação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), a qual excluiu todas as informações sobre os comunicantes de hanseníase, reforçando a centralização da atenção aos doentes. No entanto, Vijayakumaran *et al.* (1998) afirmam que, mesmo pondo o caso índice em tratamento poliquimioterápico, não se elimina a transmissão da doença dentro de uma casa, sendo necessárias outras intervenções para minimizar o risco da hanseníase entre os seus contatos.

Outro fator relevante para justificar a importância do controle dos comunicantes é a situação atual da endemia hanseníase, onde o Brasil ocupa a segunda posição dentre os países do mundo, perdendo somente para Índia.

Assim como no mundo, a distribuição da doença no Brasil não é uniforme, variando entre as cinco macro-regiões. O mesmo ocorre entre os 645 municípios do Estado de São Paulo; onde observa-se municípios com coeficientes de prevalência muito baixos e municípios com coeficientes altos, como o município de Fernandópolis; que apresentou em 1997, um coeficiente de detecção de 4,70% e um coeficiente de prevalência de 8,23%, sendo estes os menores coeficientes desde a implantação da poliquimioterapia em 1991.

Diante do exposto, não se pode negar que os comunicantes intradomiciliares constituem-se em grupos de risco, que podem estar se configurando em focos ocultos, alimentadores do "iceberg epidemiológico" da endemia hanseníase, contribuindo negativamente para a sua expansão.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, no período de 1993 a 1997; identificando a idade, o sexo, a forma clínica da doença, a zona de residência, o grau de escolaridade, o modo de descoberta do caso pela unidade de saúde e quantos desses doentes apresentavam cicatriz vacinal BCG-id.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, realizado a partir de um levantamento de dados através das Fichas de Investigação Epidemiológica de Hanseníase.

Campo da Pesquisa

O campo empírico desta investigação tem como *locus* o Centro de Saúde I do município de Fernandópolis, que localiza-se no extremo noroeste do Estado de São Paulo, a 555 km da capital deste Estado. Classificado como município de médio porte, com uma população de 59.527 habitantes (Fernandópolis, 1998).

O município faz parte do Núcleo Regional de Saúde de lates, que está sob jurisdição da Divisão Regional de Saúde (DIR-SUS XXII) de São José do Rio Preto, constituindo-se de uma macro-região com 99 municípios, dentro os quais, Fernandópolis é o quarto município mais populoso.

A rede de Serviços de Saúde é formada por um instituição hospitalar privada, uma filantrópica, nove Unidades Básicas de Saúde e um Ambulatório de Especialidades. Este Ambulatório funciona no Centro de Saúde I, órgão estadual, que serve de referência em diversas especialidades médicas e de outros profissionais de saúde, para os treze municípios que compõem a micro-região de Fernandópolis; e se constitui na única unidade de saúde que desenvolve as ações do Programa de Controle da Hanseníase no município de Fernandópolis.

População

A população deste estudo é constituída por 57 doentes de hanseníase, todos residentes em Fernandópolis, que foram notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, no período de 1993 a 1997, **que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase**, no momento do preenchimento da Ficha de Investigação Epidemiológica de Hanseníase, por ocasião da notificação do caso. Esta população representa 42,2% de um total de 135 doentes de hanseníase, residentes em Fernandópolis e notificados nesta unidade de saúde, neste período.

Todos estes doentes ao serem notificados, iniciaram tratamento específico com o uso do esquema terapêutico da Poliquimioterapia (PQT) de acordo com a classificação do caso em paucibacilar e multibacilar.

Esse período, de 1993 a 1997, foi escolhido devido ao uso do mesmo modelo da Ficha de Investigação Epidemiológica de Hanseníase pela unidade de saúde. Esta Ficha constituiu-se, nesse período, no instrumento de notificação dos casos de hanseníase, elaborada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Coleta de Dados

A Coleta de Dados foi realizada no Centro de Saúde I de Fernandópolis, após autorização da Direção desta unidade de saúde, onde foi elaborado um instrumento de coleta de dados, que foi pré-testado e aperfeiçoado para conter as informações necessárias para a operacionalização dos objetivos propostos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a idade do doente de hanseníase no momento do diagnóstico do caso, verificamos na Tabela 1, que a maioria apresenta idade entre 10 e 49 anos (68,4 %), com maior frequência entre 30 e 39 anos (22,8 %). No entanto, em segundo lugar encontramos a faixa etária igual ou acima de 60 anos de idade com 19,3 %, seguidos da faixa etária de 10 a 19 anos, 20 a 29 anos e 40 a 49 anos. Em relação ao sexo masculino, verificamos uma maior frequência na faixa etária de 30 a 39 anos e ausência de casos na faixa de 0 a 9 anos; já no sexo feminino, a maior frequência está na faixa etária de 10 a 19 anos, com ausência de casos na faixa etária de 50 a 59 anos.

Lombardi *et al.* (1988) e Zambom *et al.* (1990) colocam que a hanseníase pode ser considerada uma doença do adulto jovem e do adulto, e 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.

Estes achados epidemiológicos podem servir de alerta para as unidades de saúde ampliarem as ações de vigilância em relação à hanseníase neste grupos etários, valorizando queixas dermatoneurológicas compatíveis com o espectro clínico desta doença, garantindo a realização de diagnóstico diferencial e pesquisa de sensibilidade, principalmente, de manchas hipocrômicas, assim como utilizar estratégias adequadas de educação em saúde para estes grupos etários.

Em relação ao sexo, verificamos que 59,7% são masculinos e 40,3% são femininos. Essa predominância do sexo masculino também foi encontrada em diversos outros estudos^{3,9,14,16,19,20}

Scolard *et al.* (1994) referem que a predominância em homens ainda não tem muita explicação, pois estudos não confirmam nem rejeitam a possibilidade de uma influência endócrina. Já Margarido-Marchese *et al.* (1997) mencionam a possibilidade de uma maior resistência natural da mulher, a qual, segundo Vlassof & Bonilla *apud* Oliveira (1995), pode estar associada com a puberdade e com o aumento dos níveis hormonais de estrógeno e outros.

Os serviços de saúde que desenvolvem ações do PCH devem levar em consideração a variável **sexo** no seu

Tabela 1 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase, segundo Faixa Etária e Sexo, no período de 1993 a 1997.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
0 a 10 anos	0	0,0	2	3,5	2	3,5
10a 20 anos	3	5,3	6	10,5	9	15,8
20 a 30 anos	5	8,8	4	7,0	9	15,8
30 a 40 anos	9	15,8	4	7,0	13	22,8
40a 50 anos	6	10,5	2	3,5	8	14,0
50 a 60 anos	5	8,8	0	0,0	5	8,8
após 60 anos	6	10,5	5	8,8	11	19,3
Total	34	59,7	23	40,3	57	100,0

Fonte: Fichas de Investigação Epidemiológica de Hanseníase - 1993 a 1997. CSI de Fernandópolis.

planejamento, desde o horário do expediente da unidade até os tipos de estratégias de educação em saúde, pois Dias (1994) detectou que um dos fatores de irregularidade no comparecimento de doentes de hanseníase do sexo masculino aos serviços de saúde era o horário de atendimento da unidade, que coincidia com o horário de trabalho dos doentes em tratamento.

Quanto à forma clínica da doença, os dados da Tabela 2 revelam que, apesar do predomínio (36,8%) da forma Indeterminada, 63,2% dos casos foram diagnosticados em formas polarizadas (Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana); que são formas tardias da doença, o que, de acordo com Lombardi et al. (1988) e Kaneko et al. (1990), evidenciam ineficiência ou mesmo inexistência das atividades de diagnóstico precoce pelas unidades de saúde.

O espectro das manifestações clínicas dos doentes de hanseníase está diretamente relacionado ao tipo de resposta imunológica, específica, do hospedeiro à agressão pelo *Mycobacterium leprae*; e o tipo de forma clínica que o doente é detectado pelos serviços de saúde pode constituir-se em um indicador operacional e epidemiológico.

Assim, estes resultados, além de evidenciarem problemas operacionais, como a não realização de busca ativa e falhas no controle de comunicantes, também podem sugerir que a endemia hanseníase em Fernandópolis ainda não está sob controle. Um dos indicativos disto está na significativa proporção da forma Tuberculóide (29,9%), o que reflete o aumento de bacilos circulantes e maior exposição dos não-susceptíveis ao risco de adoecerem.

Em relação à zona de residência, verificamos que um total de 91,2% da população deste estudo reside na zona urbana, evidenciando a hanseníase como doença urbanizada, dado este, já apontado em outros estudos^{1,2,3,14} realizados no Brasil a partir da década de 70.

Em Fernandópolis, a taxa de urbanização em 1997 era de 95,9% (Fernandópolis, 1998); refletindo os percentuais encontrados neste estudo, o que permite colocar esta variável no planejamento e operacionalização das atividades do PCH pois, quanto maior a concentração populacional, maior a possibilidade de disseminação da doença, e conseqüentemente, a manutenção da cadeia epidemiológica da hanseníase.

No entanto, a urbanização da hanseníase não tem sido incluída na pauta de discussão das questões de saúde dos municípios e a atual estrutura verticalizada e centralizada do PCH é incompatível com esta característica epidemiológica da hanseníase, principalmente em Fernandópolis, que vem apresentando, ao longo de décadas, altos coeficientes de detecção e de prevalência; onde, para os gestores de saúde municipal, a "hanseníase ainda é um problema do Estado".

Em relação ao grau de escolaridade observamos na Tabela 3, que a população deste estudo possui baixa escolaridade, com 42,1% apresentando o 1º grau e 36,9% não tinham nem o 1º grau completo, o que alerta para a relação estreita entre o nível de saúde e baixo grau de escolaridade (analfabetos e 1º grau incompleto). No entanto, estes dados são inferiores aos encontrados em outros estudos, como o de Oliveira (1995) e o de Mencaroni (1997), onde, respectivamente, 51,48% e 94,74% da população estudada não concluíram o 1º grau.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase, segundo Forma Clínica da Doença e Sexo, no período de 1993 a 1997.

Forma Clínica da Doença	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
Nº	Nº	%	Nº	%		
I	10	29,4	11	47,8	21	36,8
T	13	38,2	4	17,4	17	29,9
D ou V	11	32,4	8	34,8	9	33,3
Total	34	100,0	23	100,0	57	100,0

Fonte: Fichas de Investigação Epidemiológica de Hanseníase - 1993 a 1997. CSI de Fernandópolis.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase, segundo o Grau de Escolaridade e Sexo, no período de 1993 a 1997.

Grau de Escolaridade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeto	4	11,8	1	4,3	5	8,8
1º Grau Incompleto	10	29,4	6	26,1	16	28,1
1º Grau	16	47,1	8	34,8	24	42,1
2º Grau	1	2,9	4	17,4	5	8,8
Superior	1	2,9	0	0,0	1	1,8
Não se Aplica	0	0,0	1	4,3	1	1,8
Ignorado	2	5,9	3	13,1	5	8,6
Total	34	100,0	23	100,0	57	100,0

Fonte: Fichas de Investigação Epidemiológica de Hanseníase - 1993 a 1997. CSI de Fernandópolis

As unidades de saúde também devem levar em consideração esta variável no planejamento e no desenvolvimento de suas atividades, pois, em se tratando de uma clientela com baixo nível de escolaridade, as ações educativas devem ser desenvolvidas numa linguagem adequada à capacidade cognitiva dos usuários e os profissionais de saúde devem valorizar os seus conhecimentos e crenças, procurando adequá-los aos conceitos atuais, além de promover novas informações e esclarecer os questionamentos dos doentes e comunicantes de hanseníase de forma acolhedora, produtiva e dinâmica.

Em relação ao modo de descoberta do caso, verificamos na Tabela 4, que no total, 54,4% foram

detectados através do exame de contato, seguidos de 26,3% de modo espontâneo e 14,0% através de encaminhamentos.

Apesar desta população de estudo se constituir de pessoas que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase, apenas 54,4% foram detectados através do exame de contatos, o que pode traduzir problemas operacionais na vigilância dos comunicantes.

O modo de descoberta do caso por encaminhamento se refere aos usuários com diagnóstico de hanseníase que são encaminhados formalmente por outra instituição; por detecção espontânea se refere aos usuários que procuram espontaneamente a unidade de saúde com suspeita ou queixa dermatológica; e por

Tabela 4 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis, que informaram conviver ou ter convivido com doente de hanseníase, segundo o Modo de Descoberta do Caso e Sexo, no período de 1993 a 1997.

Modo de Descoberta do Caso	S e x o				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Encaminhamento	6	17,6	2	8,7	8	14,0
Exame de Contato	16	47,1	15	65,2	31	54,4
Exponatâneo	9	26,5	6	26,1	15	26,3
Exame de Coletividade	2	5,9	0	0,0	2	3,5
Outros Meios	1	2,9	0	0,0	1	1,8
Total	34	100,0	23	100,0	57	100,0

Fonte: Fichas de Investigação Epidemiológica de Hanseníase - 1993 a 1997. CSI de Fernandópolis.

exame de contato se refere aos casos detectados através de exames dermatoneurológicos de contatos de doentes convocados ou encaminhados pelo doente para a consulta (São Paulo, SES, 1996).

Segundo a OMS/OPAS (1989), a detecção de casos tem um papel essencial na estratégia do controle da hanseníase e consiste numa procura organizada e sistemática de doentes na comunidade. Existem dois métodos de detecção de casos: os ativos e os passivos.

De acordo com Kaneko et al. (1990), quando há um percentual significativo de casos sendo detectados através da notificação ou da procura espontânea e com um período longo entre o aparecimento dos primeiros sinais da doença e o diagnóstico, isto evidencia a ineficiência dos serviços de saúde.

Smith (1996) coloca que os métodos de detecção de casos novos são cada vez mais passivos, o que pode traduzir em uma diminuição do número de casos novos detectados, e isto pode ser erroneamente interpretado como uma redução da transmissão da hanseníase.

Os métodos passivos de detecção de casos incluem o comparecimento voluntário, referência e notificação. Também existem aspectos positivos nestes métodos, como por exemplo, os relacionados com o comparecimento voluntário, pois uma comunidade mais bem informada em relação à doença, e a existência de unidades de saúde capazes de fazer diagnóstico e tratamento, são fatores positivos na detecção de casos novos (OMS/OPAS, 1989).

Entretanto, as unidades de saúde que desenvolvem as ações do PCH devem utilizar métodos ativos de busca de casos novos, aproveitando todas as oportunidades que o cotidiano de uma unidade de saúde proporciona, além

de atividades tora da unidade, em outros equipamentos de saúde e sociais, e através dos meios de comunicação, socializando conhecimentos sobre a doença, os avanços terapêuticos e as medidas de prevenção e controle, desmistificando-a, discutindo seus esteriótipos milenares e a questão social da doença, dos doentes e dos comunicantes.

Quanto à presença da cicatriz vacina) BCG-id encontramos que, no total da população deste estudo, 71,9% não a possuíam, o que pode evidenciar que os serviços de saúde, onde são desenvolvidas as ações do PCH, inclusive em Fernandópolis, não executaram de forma satisfatória uma das medidas de controle em relação aos comunicantes intradomiciliares, que é a administração da vacina BCG-id que, desde 1989, já fazia parte das medidas de controle dos comunicantes de hanseníase no Estado de São Paulo.

Fine (1996) cita que grande parte da redução da incidência da hanseníase detectada na maioria dos países endêmicos tem sido atribuída à vacina BCG-id; e que esta tem conferido proteção contra a hanseníase, mais que contra a tuberculose em todos os lugares que se tem estudado seu efeito, embora, as orientações fornecidas pelos profissionais sobre a finalidade desta vacina, geralmente, se resume à proteção contra a tuberculose.

Fine & Smith (1996) publicaram que a vacina BCGid reduziu o risco da hanseníase em aproximadamente 50%, e que novos estudos indicaram que a administração de duas doses dá uma proteção de 75%. Rodrigues et al. (1992) e Zodpey et al. (1998), também concluíram sobre o efeito protetor da vacina BCG contra a hanseníase, apesar de apresentarem variados graus de proteção.

A atual instrução normativa do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase preconiza a administração de duas doses de BCG-id com intervalo mínimo de 6 meses entre a primeira e a segunda dose, e em todos os comunicantes intradomiciliares de hanseníase que não apresentarem duas cicatrizes vacinais (Brasil, MS, 1998).

Em Fernandópolis, existem 10 unidades de saúde que desenvolvem as ações do Programa Nacional de Imunização, no entanto, a vacina BCG-id somente é administrada no Centro de Saúde I, onde existem apenas 3 profissionais habilitados para administrá-la, o que poderá trazer prejuízos com significativo impacto epidemiológico e comprometer o alcance das metas dos Programas de Imunização, Tuberculose e Hanseníase, e influenciar negativamente nas medidas de controle destes dois últimos programas, principalmente, quanto ao controle de comunicantes.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta caracterização epidemiológica revelaram que a maioria da população deste estudo é do sexo masculino, adultos jovens e adultos, de formas clínicas polarizadas, residentes na zona urbana, com baixo grau de escolaridade, cuja maioria foi detectada através do exame de contatos e não possuíam cicatriz vacinal BCG-id. Estes dados evidenciam problemas operacionais relativos ao desenvolvimento das ações do Programa de Controle da Hanseníase no que se refere ao controle dos comunicantes, o que poderá comprometer as metas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública.

Acreditamos ser importante retomar uma prática de saúde que também privilegie a prevenção, valorize as

medidas de controle em relação aos comunicantes e as ações integradas no desenvolvimento do Programa de Controle da Hanseníase, através de um processo educativo adequado, contando com a participação dos doentes, dos comunicantes e da comunidade.

Também é importante ressaltar que os comunicantes merecem mais atenção, não somente pelo risco a que estão expostos, mas também pelas repercussões biopsicossociais e econômicas que esta doença traz; portanto não acreditamos que, com a estratégia de um único encontro, possamos controlá-los e interromper a cadeia epidemiológica da hanseníase.

SUMMARY

This is a descriptive study in which data was compiled from the epidemiological records of Hansen's disease cases notified in the Health Center 1 of Fernandópolis between 1993 and 1997. The patients informed to live or have lived with Hansen's disease patients. The sample is composed of 57 patients that correspond to 42,2% of the 135 Hansen's disease patients who live in Fernandópolis, and were notified in this Health unit in the same period. The objective of the study is to characterize the epidemiological profile of the studied population. Data showed that most of the patients were male, adult or young adult, with polar clinical forms, resident in the urban area, with low schooling grade. The majority of cases were detected through contact examination and had no BCC - id vaccine scar. Analysis of the data revealed operational problems related to development of actions of the Hansen's disease control program in reference to control of contacts, which can impair the goals of the National Hansen's Disease Elimination Plan as a public health problem.

Uniterms: Hansen's disease. Control. Contacts.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, M. F. P. M. et al. A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v.23, n.2, p.107-116, 1989.
2. ANDRADE, V. L. G. **Características epidemiológicas da hanseníase em área urbana:** município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1990. 238p. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ.
3. BELDA, W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo, em 1974. **Hansen. Int.**, v.1, n.1, p.11-23, 1976.
4. BELDA, W. Epidemiologia. In: TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Hansenologia**. Manaus, Calderaro, 1984. cap.10, p.93-100.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle da hanseníase**. 2.ed. Brasília, 1994.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Alterações nas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase**. Brasília, 1998.
7. CARRASCO, M. A. P. **O Saber de enfermagem na assistência à hanseníase no Estado de São Paulo**. Campinas, 1997. 235p. Tese (Doutorado) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

8. CARRASCO, M. A. P.; PEDRAIANI, E. S. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.27, n.2, p.214-228, 1993.
9. DIAS, R. R. **Portadores de hanseníase irregulares ao serviço de saúde**. Ribeirão Preto, 1994. 82p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
10. FERNANDÓPOLIS. Fundação Educacional de Fernandópolis. Prefeitura Municipal de Fernandópolis. SEBRAE/SP. PRODER-programa de emprego e renda, 1998. Fernandópolis, 1998.
11. FINE, P. E. M. Necesidad de una perspectiva más equilibrada. In: NOORDEEN, S. K. La eliminación de la lepra como problema de salud pública: se justifica el optimismo? (Mesa Redonda). **Foro Mundial de la Salud**, v.17, n.2, p.109-151, 1996.
12. FINE, P. E. M.; SMITH, P. G. Vaccination against leprosy - the view from 1996. /Editorial/. **Leprosy Rev.**, v.67, n.4, p.249-252, 1996.
13. GEORGE, K. et al. The role of intrahousehold contact in the transmission of leprosy. **Leprosy Rev.**, v.61, n.1, p.60-63, 1990.
14. KANEKO, K. A. et al. Casos novos de hanseníase na região de São Carlos, SP, de 1983 a 1988. **Hansen. Int.**, v.15, n.1/2, p.5-15, 1990.
15. LANA, E. C. E. **Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania**. Ribeirão Preto, 1997. 304p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
16. LOMBARDI, C. et al. Tendência secular da detecção da hanseníase no município de Maringá-PR, 1977/1986. **Hansen. Int.**, v.13, n.1, p.9-12, 1988.
17. LOMBARDI, C.; FERREIRA, J. História natural da hanseníase. In: LOMBARDI, C. et al. **Hanseníase: epidemiologia e controle**. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990; cap.1, p.13-20.
18. MARGARIDO-MARCHESE, L. et al. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (eds.) **Tratado de Infectologia**. São Paulo, Atheneu, 1997. cap.57, p.714-738.
19. MENCARONI, D.A. **Episódios reacionais ocorridos em portadores de hanseníase, durante o tratamento poliquimioterápico**. Ribeirão Preto, 1997. 127p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
20. OLIVEIRA, M. H. P. **Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero**. Ribeirão Preto, 1995. 189p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
21. OLIVEIRA, M. L. W. Del-Rey; MOTTA, C. P. A hanseníase como problema de saúde pública. In: LOMBARDI, C. et al. **Hanseníase: epidemiologia e controle**. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990; cap.2, p.21-32.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para o controle de lepra**. 2.ed. Washington, DC, USA, 1989.
23. PEDRAIANI, E. S. et al. Controle dos comunicantes: sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase. **Hansen. Int.**, v.11, n.1/2, p.44-54, 1986.
24. RAO, P. S. S. et al. Impact of MDT on incidence rates of leprosy among household contacts. **Int. J. Leprosy**, v.57, n.3, p.647-651, 1989.
25. RODRIGUES, M. L. O. et al. Protective effect of intradermal BCG against leprosy: a case-control study in Central Brazil. **Int. J. Leprosy**, v.60, n.3, p.335-339, 1992.
26. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório da epidemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1995**. São Paulo, 1996, 26p. /mimeografado/.
27. SCOLLARD, D. M. et al. Epidemiologic characteristic of leprosy reactions. **Int. J. Leprosy**, v.62, n.4, p.559-566, 1994.
28. SMITH, W. C. S. Optimismo justificado, realismo indispensable. In: NOORDEEN, S. K. La eliminación de la lepra como problema de salud pública: i se justifica el optimismo? (Mesa Redonda). **Foro Mundial de Ia Salud**. v.17, n.2, p.109-151, 1996.
29. VIJAYAKUMARAN, P. et al. Does MDT arrest transmission of leprosy to household contacts?. **Int. J. Leprosy**, v.66, n.2, p.125-130, 1998.
30. ZAMBON, V. D. et al. Avaliação epidemiológica e operacional do Programa de controle da Hanseníase na região de São Carlos-SI? no período de 1983/1988. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.43, n.1/4, p.88-95, 1990.
31. ZODPEY, S. P. et al. Effectiveness of Bacillus Calmette-Guerin (BCG), vaccination in the prevention of leprosy; a case-finding control study in Nagpur, India. **Int. J. Leprosy**, v.66, n.3, p.309-315, 1998.