

Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hipertendêmica no Brasil

Epidemiological profile of in-house contacts of leprosy cases in a Brazilian hypertendemic capital

Perfil epidemiológico de los contactos em casa de casos de leprosa em uma capital hipertendêmica brasileira

Manuelle Alves Mendonça¹; Yara Nayá Lopes de Andrade²; Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim³; Dorlene Maria Cardoso de Aquino⁴; Vanessa Moreira da Silva Soeiro⁵; Leonardo Hunaldo dos Santos⁶

Como citar este artigo:

Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS, Santos LH. Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hipertendêmica no Brasil. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):873-879. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.873-879>.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a situação dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase notificados no ano de 2012 em São Luís/Maranhão. **Métodos:** Estudo quantitativo-descritivo-transversal, com coleta de dados utilizando-se instrumento estruturado. **Resultados:** A maioria dos contatos intradomiciliares eram mulheres (51,87%), idade entre 0 e 20 anos (40,29%), parentesco consanguíneo de 1º grau (54,92%), forma dimorfa (59,78%) e multibacilares (75,53%). Do total, 1880 (67,96%) não realizaram o exame dermatoneurológico. Entre os examinados, houve maior frequência no distrito Bequimão (28,48%), no qual 59,82% eram mulheres, idade entre 0 a 20 anos (44,77%). Ao exame, 91,27% apresentou-se normal. Dentre os suspeitos, 36,73% tinham hanseníase, 58,21% possuíam cicatriz da 1ª dose da BCG e 59,98% foram encaminhados a vacinação. A prevalência da doença entre os contatos foi de 1,62%. As ações da vigilância de contatos classificaram-se como precárias em São Luís. **Conclusão:** A maioria dos contatos registrados não foi examinada, evidenciando necessidade de fortificação das ações da vigilância no município.

Descritores: Hanseníase; Indicadores de Saúde; Vigilância em Saúde Pública.

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

2 Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão UFMA, Professora do curso de Enfermagem da DeVry/Facimp, Coordenadora da Atenção Básica de Saúde de Imperatriz, Maranhão.

3 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC), PhD em Enfermagem UFC, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão UFMA, Coordenadora do Curso Profissional da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASE/UFMA).

4 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Maranhão UFMA, PhD em Patologia Humana pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Professora Associada na UFMA.

5 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Maranhão UFMA, Mestre em Enfermagem pela UFMA, Enfermeira na Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH).

6 Biólogo graduado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), PhD em Zootecnia pela UFC, Professor adjunto na UFMA.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the situation of in-house contacts of the cases of leprosy reported in 2012 in São Luis, Maranhão. **Methods:** Quantitative cross-sectional descriptive study, with data collection using a structured instrument. **Results:** The majority of in-house contacts were women (51.87%), from 0 to 20 years of age (40.29%), first-degree kinship (54.92%), dimorphic shape (59.78) and multibacillary (75.53%). In total, 1880 (67.96%) did not take the dermato-neurological exam. Among those tested, there was a greater frequency in the Bequimão district (2.48%), 59.82% were women, from 0 to 20 years of age (44.77%). On the exam, 91.27% were normal. Among those suspected of carrying the disease, 36.73% had leprosy, 58.21% had scars from the first dose of BCG and 59.98% were sent to receive vaccination. The prevalence of the disease among the contacts was 1.62%. The actions of contact monitoring were classified as precarious in São Luis. **Conclusion:** The majority of registered contacts were not examined, highlighting the need for strengthening of monitoring efforts in the city. **Descriptors:** Leprosy; Health Status Indicators; Public Health Surveillance.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la situación de los contactos intradomiciliares de los casos de hanseniasis notificados en el año 2012 en São Luis - MA. **Métodos:** Estudio cuantitativo-descriptivo-transversal, con recolección de datos utilizando instrumento estructurado. **Resultados:** La mayoría de los contactos intradomiciliares eran mujeres (51,87%), edad entre 0 y 20 años (40,29%), parentesco consanguíneo de primer grado (54,92%), forma dimorfa (59,78%), multibacilares (75,53%). Del total, 1880 (67,96%) no realizaron el examen dermatoneurológico. Entre los examinados, hubo mayor frecuencia en el distrito de Bequimão (2,48%), el 59,82% eran mujeres, entre 0 a 20 años (44,77%). En el examen, el 91,27% se presentó normal. Entre los sospechosos, el 36,73% tenían hanseniasis, el 58,21% tenía cicatriz de la 1ª dosis de BCG y el 59,98% fueron encaminados a la vacunación. La prevalencia de la enfermedad entre los contactos fue del 1,62%. Las acciones de la vigilancia de contactos se clasificaron como precarias en San Luis. **Conclusión:** La mayoría de los contactos registrados no fueron examinados, evidenciando necesidad de fortificación de las acciones de la vigilancia en el municipio. **Descriptor:** Lepra; Indicadores de Salud; Vigilancia en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, importante problema de saúde pública mundial, é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae*, com manifestações dermatoneurológicas (principalmente lesões na pele e nos nervos periféricos) que podem evoluir para incapacidades físicas, sequelas e até deformidades, acarretando prejuízo social e psicológico.^{1,2}

O Brasil ocupa o segundo lugar em prevalência mundial da doença, atrás somente da Índia, e o primeiro lugar em números absolutos de casos na América Latina.²

Apesar do compromisso firmado por diversas nações, entre elas o Brasil, em reduzir a prevalência da hanseníase para menos de um caso por 10.000 habitantes, a doença ainda possui alta endemicidade em muitos estados e distritos. O Maranhão está incluso nessa realidade, apresentando taxa de prevalência da doença de 3,76/10.000 habitantes e taxa de detecção de casos novos de 51,19/100.000 habitantes. O estado ocupa o terceiro lugar no ranking de prevalência da doença no país, ficando atrás apenas de Mato Grosso e Tocantins. A capital do Maranhão, São Luís, possui taxa

de prevalência de 5/10.000 habitantes, que é superior à da meta estabelecida, e uma taxa de incidência de hanseníase de 60,80%, classificando-se como município hiperendêmico. Em 2015, dos 3.534 casos novos registrados no estado, 1.102 ocorreram no município de São Luís.^{3,4,5}

Muitos fatores favorecem a endemicidade, ou seja, influem no risco de adoecer, como: as condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente. Sabe-se que a transmissão da hanseníase se dá por meio da entrada dos bacilos no organismo pelas vias aéreas superiores no trato respiratório das pessoas suscetíveis à doença, e que o contato íntimo e prolongado, muito frequente no convívio domiciliar, pode propiciar um ciclo de disseminação. Os contatos intradomiciliares dos doentes são as menores áreas espaciais de fator de risco, e por isso possuem alta vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença em virtude da exposição prolongada ao bacilo. Esse risco é cerca de cinco a dez vezes maior em famílias com um caso da doença e aumenta em até dez vezes em situação de mais de um caso no mesmo domicílio.^{6,7,8}

Considera-se como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase independente do tempo de convívio. A investigação epidemiológica de contato tem por finalidade descobrir novos casos entre aqueles que coabitam ou coabitaram com o caso novo de hanseníase e suas possíveis fontes de infecção, pois os contatos intradomiciliares são importantes meios de manutenção da epidemia, por serem mantenedores da cadeia de transmissão. A investigação epidemiológica proporciona um diagnóstico precoce, possibilitando a adoção das medidas terapêuticas imediatas e adequadas a cada caso. São realizados exames dermatoneurológicos em todos os contatos intradomiciliares dos casos índice recomendando-se o uso da vacina BCG-ID, se o contato não apresentar sinais e sintomas da doença, sendo realizada de acordo com o histórico e presença de cicatriz vacinal.⁹

A inexistência de investigação epidemiológica de contatos presume a perda de diagnóstico precoce e, conseqüentemente, sustenta a cadeia de transmissão do bacilo, com interferência crucial na incidência da hanseníase.¹⁰

Pelo exposto, idealizou-se um estudo que poderá subsidiar o aprimoramento nos processos de planejamento, gestão e avaliação das ações do Programa de Controle da Hanseníase, bem como o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que visem auxiliar na redução de novos casos da doença.

OBJETIVO

Avaliar a situação dos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase no município de São Luís/MA.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo-descritivo, transversal, realizado nas Unidades de Saúde que possuem o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de São Luís, capital do Maranhão. São Luís possui um quantitativo de 92 unidades de saúde do SUS, das quais 57 possuem PCH,

em que são desenvolvidas campanhas educativas, exame dermatoneurológico, baciloscopia, investigação e vacinação de contatos com BCG-ID. Essas unidades de saúde estão divididas em sete distritos sanitários, a saber: distrito Centro; distrito Coroadinho; distrito Bequimão; distrito Cohab; distrito Itaquí Bacanga; distrito Esperança; e distrito Tirirical. Todas essas unidades são integrantes deste estudo.^{11,12}

Participaram do estudo os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase com diagnóstico e início do tratamento no ano de 2012 na cidade de São Luís. O número de casos novos notificados no referido ano em São Luís foi de 684 e o número de contatos intradomiciliares destes casos foi de 2.766. Elencaram-se como critérios de inclusão para participação no estudo: ser contato intradomiciliar de casos novos de hanseníase do ano de 2012, atendidos, acompanhados e avaliados no Programa de Controle de Hanseníase de São Luís e residente no referido município. E como critérios de exclusão: os contatos intradomiciliares do caso índice cujos prontuários, livro de registro ou fichas de notificação do caso e de controle de contatos estavam rasurados, ilegíveis ou não foram localizados para a apuração dos dados. Excluíram-se, ainda, as unidades que não possuíam registro de casos no ano de 2012.

Elencaram-se como variáveis de identificação: idade, gênero, variáveis clínicas, resultado do exame dermatoneurológico, presença de cicatriz vacinal e encaminhamento para BCG. E dados do caso índice: forma clínica, classificação operacional e grau de parentesco.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS/MS nº 466/2012, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob nº 1.152.824.

RESULTADOS

Foram identificados 2766 contatos intradomiciliares de 684 casos novos de hanseníase no ano de 2012, registrados nos prontuários, fichas de notificação do SINAN, livro de registro e ficha de acompanhamento de contatos, nas 44 unidades de saúde que tiveram casos notificados no SINAN, no município de São Luís. Esses dados divergem dos apresentados pelo SINAN, no qual foram registrados apenas 2176 contatos de 618 casos novos. Dessa forma, percebe-se uma subnotificação para o sistema de informação. Ao analisar os resultados do perfil clínico-epidemiológico dos contatos, percebe-se maior frequência dos contatos intradomiciliares na faixa etária entre 0 a 20 anos (40,29%), com menor idade seis meses e a maior 93 anos.

Em relação ao gênero dos contatos, houve discreto predomínio do sexo feminino (51,87%) (Tabela 1). No que diz respeito ao grau de parentesco do contato com caso índice, observou-se prevalência dos consanguíneos de 1º grau (54,92%), seguido de parentes não consanguíneos (21,04%).

Quanto à forma clínica do caso índice, a Dimorfa (59,78%) obteve predomínio, sendo a classificação operacional multibacilar a mais frequente (75,53%) (Tabela 1). Quanto à realização do exame dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares, a maioria não realizou o exame (67,96%), 871 (31,48%) realizaram o exame e 15 (0,56%) não possuíam registro na ficha de acompanhamento.

Quanto à avaliação da cicatriz vacinal de BCG, a maioria dos contatos não possuía registro dessa informação (74,92%), 21,42% tinham ao menos uma cicatriz vacinal e 3,66% não apresentavam nenhuma cicatriz vacinal.

Tabela 1 - Contatos intradomiciliares registrados no ano de 2012 segundo faixa etária, sexo, grau de parentesco, forma clínica do caso índice, classificação operacional, realização do exame dermatoneurológico e cicatriz vacinal de BCG - São Luís/MA 2016

Variáveis	N	%
Faixa etária		
0 a 20	1114	40,29
21 a 40	871	31,49
41 a 60	389	14,07
61 a 80	154	5,56
>80	17	0,61
Não registrada	221	7,98
Sexo		
Masculino	1332	48,13
Feminino	1434	51,87
Grau de Parentesco do contato com o caso índice		
Consanguíneo 1º Grau ¹	1519	54,92
Consanguíneo 2º Grau ²	575	20,79
Parentes não consanguíneos ³	582	21,04
Parentesco inexistente ⁴	79	2,86
Não registrado	11	0,40
Forma Clínica do caso índice		
Indeterminada	165	5,96
Tuberculoide	494	17,86
Dimorfa	1650	59,78
Virchowiana	439	15,90
Não classificada	5	0,10
Não registrada	13	0,40
Classificação Operacional		
Paucibacilar	678	24,47
Multibacilar	2088	75,53
Realização do exame Dermatoneurológico		
Realizado	871	31,48
Não Realizado	1880	67,96
Não Registrado	15	0,56
Cicatriz vacinal por BCG		
Sim	593	21,42
Não	103	3,66
Não registrado	2070	74,92
Total	2766	100,00

* 1 Pai, mãe, filhos, irmãos; 2 Demais parentes consanguíneos (tios, primos de 1º grau, sobrinhos); 3 Cônjuge, sogro, nora, cunhada; 4 Não familiares que residiam no mesmo domicílio do caso de hanseníase.

Entre os 871 contatos intradomiciliares examinados, 28,48% foram avaliados no distrito Bequimão, seguido pelo Itaquí Bacanga (21,24%) e Cohab (18,60%). As faixas etárias de maior predominância foram de 0 a 20 anos (44,77%) e 21 a 40 anos (32,03%) e a que obteve menor percentual foi a superior a 80 anos (0,70%). No que tange ao gênero, o mais presente entre os contatos avaliados foi o feminino (59,82%).

Quanto ao resultado do exame dermatoneurológico, a maioria dos contatos apresentava-se normal (91,27%), sem sinais e sintomas da hanseníase, 5,63% foram classificados

como suspeitos, possuindo algum indicativo da doença e 3,10% estavam doentes. Dos 49 contatos com suspeita da doença que foram encaminhados para a avaliação médica, 18 (36,73%) tiveram diagnóstico de hanseníase confirmado e cinco (10,21%) não estavam doentes. Destaca-se que 26 (53,06%) contatos não possuíam registro do resultado em suas fichas de acompanhamento.

Tabela 2 - Contatos examinados no ano de 2012, por distrito sanitário, sexo, faixa etária, resultado do exame dermatoneurológico - São Luís/MA 2016

VARIÁVEIS	N	%
Distrito Sanitário		
Bequimão	248	28,48
Centro	63	7,23
Cohab	162	18,60
Coroadinho	80	9,18
Itaqui Bacanga	185	21,24
Tirirical	80	9,18
Esperança	53	6,09
Faixa etária		
0 a 20	390	44,77
21 a 40	279	32,03
41 a 60	154	17,68
61 a 80	42	4,82
> 80	6	0,70
Sexo		
Masculino	350	40,18
Feminino	505	59,82
Resultado do exame Dermatoneurológico		
Normal	795	91,27
Suspeito	49	5,63
Doente	27	3,10
Total	871	100,00
Resultado do exame dos suspeitos encaminhado para avaliação médica		
Normal	5	10,21
Com diagnóstico de hanseníase	18	36,73
Não registrado	26	53,06
Total	49	100,00

Quanto à situação vacinal dos contatos examinados, 507 (58,21%) apresentaram apenas uma cicatriz da vacina BCG-ID, 84 (9,64%) possuíam duas cicatrizes, 101 (11,60%) não tinham nenhuma cicatriz e em 179 (20,55%) não havia registro do dado na ficha de acompanhamento dos contatos. Um total de 415 (59,98%) contatos foi encaminhado para a vacina BCG-ID (Tabela 3).

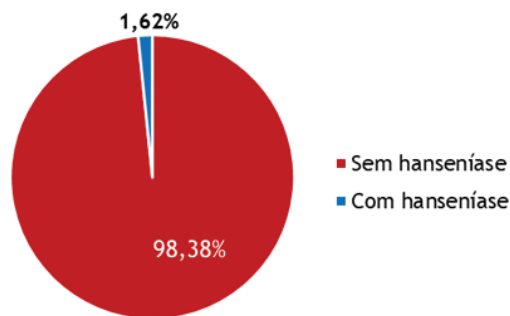
Tabela 3 - Contatos examinados no ano de 2012 por situação vacinal e encaminhamento para a vacinação BCD-ID - São Luís/MA 2016

VARIÁVEIS	N	%
Cicatriz vacinal por BCG		
Nenhuma	101	11,60
Uma	507	58,21
Duas	84	9,64
Não registrada	179	20,55
Total	871	100,00

VARIÁVEIS	N	%
Encaminhado para BCG		
Sim	415	59,98
Não	180	26,01
Não registrada	97	14,01
Total	692	100,00

A taxa prevalência da hanseníase entre os contatos intradomiciliares foi de 1,62% (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Taxa de prevalência da hanseníase entre os contatos intradomiciliares - São Luís/MA 2016



A análise do indicador operacional proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase no ano referente, que avalia a qualidade do programa na vigilância dos contatos, foi considerado precário, e de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em todos os distritos foram todos classificados como precário. Verificou-se também que, do total de contatos registrados, somente 31,48% foram examinados, classificando o predito indicador como precário no município de São Luís (Tabela 4).

Tabela 4 - Indicador operacional: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticado no ano de 2012 - São Luís 2016

Distrito Sanitário	Contatos registrados	Contatos examinados	Indicador* %
Bequimão	1307	248	18,90
Centro	234	63	27,00
Cohab	170	81	47,64
Coroadinho	148	80	54,05
Itaqui Bacanga	485	185	38,14
Tirirical	248	128	51,61
Esperança	160	86	53,75
Total São Luís	2766	871	31,48

* Parâmetros: Bom: ≥ 90,0%; Regular: ≥ 75,0 a 89,9%; Precário: < 75,0%

DISCUSSÃO

Entre toda a população estudada, a faixa etária de maior prevalência foi 0 a 20 anos (40,29%), dados similares foram encontrados em outros estudos.^{12,13,14} Essa informação deve-se certamente ao fato de que mais de um terço da população do município de São Luís se encontra nessa faixa etária.¹⁵ A alta endemicidade da doença possibilita diversas exposições dos indivíduos ao bacilo, inclusive nos primeiros anos de vida, propiciando a continuidade da transmissão da doença e a manutenção de sua magnitude. Essa enfermidade pode

ocorrer em qualquer idade, desde a criança ao idoso, e a sua prevalência depende prioritariamente da exposição ao doente multibacilar não tratado. No entanto, os jovens adultos, na maior parte dos casos, são os mais acometidos, sendo que essa faixa etária apresenta um risco maior de desenvolver a doença.¹² Destarte, os contatos intradomiciliares nessa faixa etária devem ter devida atenção e acompanhamento, visto que a exposição de crianças, adolescentes e jovens pode levar ao aparecimento de sinais da doença em idade produtiva, uma vez que o período de incubação é longo, em média de dois a cinco anos.¹⁶

No tocante ao gênero, este estudo ressalta o sexo feminino como predominante, corroborando com dados de outras pesquisas nas quais o maior percentual era de mulheres.^{12,13,14} Difere-se, porém, de outras nas quais se observou predomínio de contatos do sexo masculino.^{16,17} Essa predominância no estudo pode estar associada ao fato de que no município de São Luís a população é constituída em sua maioria de mulheres.¹⁵

Durante a avaliação da relação do grau de parentesco do contato com o caso índice, os achados desta pesquisa demonstram maior frequência dos consanguíneos de 1º grau, seguido dos parentes não consanguíneos, se equiparando aos resultados apontados em outros estudos.^{12,14,18} Os contatos intradomiciliares possuem duas vezes mais chance de adoecimento que os peridomiciliares e os parentes consanguíneos de 1º grau possuem 2,05 vezes maior probabilidade de adoecer que os demais parentes consanguíneos e não consanguíneos.¹⁹ Além disso, o fato de a maioria dos contatos possuir parentesco consanguíneos de 1º grau pode ser um fator negativo, visto que este grupo é formado principalmente pelos filhos que normalmente estão entre a infância e adolescência, que ao adoecer podem se tornar incapazes precocemente, acarretando danos físicos, psicológicos e sociais. O fator é negativo também para a sociedade, tendo que vista que farão parte da vindoura população economicamente ativa.¹⁶

No que tange à forma clínica do caso índice, a maior parte era de doentes que possuíam a forma Dimorfa (59,78%) e com classificação operacional multibacilar (75,53%). Quanto à forma clínica, esta realidade assemelha-se à pesquisa realizada no município Buriticupu no mesmo estado deste estudo.²⁰ Entretanto, diverge de estudo realizado no estado do Paraná.¹⁸ Os estudos assemelham-se em relação ao maior percentual de casos índices multibacilares. Salienta-se que os contatos intradomiciliares de pacientes multibacilares possuem uma propensão até dez vezes maior do que a população geral para o desenvolvimento da doença e que os os altos índices de multibacilares demonstram um diagnóstico tardio, pois deveriam ter sido detectados na forma não polar da doença, a forma indeterminada, na qual inicia-se a enfermidade, por isso os contatos de caso índice dessas formas deve ter atenção.^{16,21} Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de uma detecção mais precocemente possível e de um tratamento apropriado, o que irá possibilitar menor exposição do contato intradomiciliar, principalmente nos casos das formas bacilíferas da doença.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, observou-se que, ao ser intensificada a execução do exame de contatos domiciliares dos casos novos de hanseníase, alcançou-se o aumento da detecção desta patologia no local.²² No entanto, os resultados deste estudo diferem, pois apenas 31,48% dos

contatos realizaram o exame dermatoneurológico e a maior frequência apresentada foi composta dos que não realizaram o exame (67,96%). Dados semelhantes são apresentados em outras pesquisas, nas quais o exame não foi realizado em mais da metade da população estudada por estes autores.^{12,16} Este resultado reflete a ausência da procura dos contatos para o exame dermatoneurológico, cujos principais motivos são a incompatibilidade de horários devido ao trabalho, a falta de informação ou informação inadequada e a omissão e/ou falta de interesse.²³

Mediante o exposto, é de suma importância reduzir as fragilidades na vigilância epidemiológica dos contatos para atingir o controle da doença no cenário de endemicidade que o município está introduzido. A melhoria no planejamento dos programas de controle da hanseníase, como horário de funcionamento das unidades flexíveis e outros tipos de estratégias de educação em saúde, contribuiria para aumentar essa procura dos contatos, com isso o aumento das taxas de detecção de novos casos da doença.¹²

Na avaliação da cicatriz vacinal de BCG-ID entre todos os contatos do estudo, observou-se que a maioria não possuía registro nas fichas de acompanhamento. Resultados semelhantes foram observados em estudo realizado em 2011 no mesmo município, porém com percentuais menores que os dispostos neste.¹² Contudo, esse percentual certamente relaciona-se à não realização, pela maioria dos contatos, do exame dermatoneurológico.

Em relação à quantidade de exames dermatoneurológico realizados por cada distrito sanitário, os resultados mostraram que o distrito Bequimão (28,48%) e o distrito Itaqui Bacanga (21,24%) obtiveram o maior número de contatos examinados. O que pode ser justificado por serem os distritos que mais tiveram contatos registrados. Além disso, esses dois distritos possuem duas das unidades de referência de diagnóstico e tratamento dos casos da doença no município.

Entre os contatos examinados, os resultados deste estudo mostram que a faixa etária de maior predominância foi de 0 a 20 anos. Dado positivo, visto que, nessa faixa etária encontram-se crianças e adolescentes em que a taxa de adoecimento é indicativo de alta endemicidade da doença e deficiência das ações de educação em saúde. A detecção precoce da doença nesta fase diminui a chance de incapacidades e estigma causado pela hanseníase, além disso, esta faixa etária relaciona-se ao início da vida produtiva. Esses resultados e observações também são descritos na literatura.²⁴

Quanto ao gênero dos contatos examinados, apresentou-se um maior número do sexo feminino (59,82%), similar ao percentual encontrado em pesquisa também realizada em São Luís no ano de 2011, no qual refere que esta ocorrência primeiramente se justifica pelo fato de que as mulheres têm uma maior preocupação com a estética corporal que os homens e também pela maior facilidade aos serviços de saúde, visto que já estão integradas em outros programas de saúde como a atenção à saúde materna, que propicia o contato com o atendimento de saúde e o vínculo com as unidades.¹² O homem possui historicamente o compromisso com o trabalho e o sustento da família, o que o impossibilita muitas vezes de procurar os serviços de saúde. Dessa maneira,

chega ao atendimento de saúde já na fase evoluída da doença e, em muitas vezes, com incapacidades físicas estabelecidas.²⁵

O presente estudo demonstrou que o resultado do exame dermatoneurológico em contatos submetidos a este em sua maioria foi normal, tendo frequência de 91,27%, corroborando com o resultado de pesquisa realizada no mesmo município em 2011, porém com um percentual menor.¹² Da população de examinados, 49 (5,63%) contatos foram avaliados como suspeitos, destes 18 (36,73%) obtiveram diagnóstico de hanseníase confirmado. Porém, da maioria dos contatos suspeitos que foram encaminhados para a avaliação médica, 26 (53,06%), não tinha registro do resultado. A baixa frequência de diagnósticos por meio do exame de contatos e o não registro deste mostra que há uma necessidade de acentuação das ações de vigilância epidemiológica dos contatos, visto que esta propicia diagnóstico precoce de casos de hanseníase.

De acordo com Ministério da Saúde, todos os contatos de hanseníase devem ser avaliados quanto à situação vacinal durante o exame dermatoneurológico e encaminhados para a vacinação BCG-ID se não apresentarem qualquer sinal e sintoma da doença, independente da classificação operacional do caso índice.⁹ Os resultados deste estudo quanto à avaliação da situação vacinal demonstram que mais da metade dos contatos tinham apenas uma cicatriz, um pequeno percentual duas cicatrizes e nenhuma cicatriz. Estes achados assemelham-se com estudos realizados no Pará em que 67,67% dos contatos possuíam apenas uma cicatriz da vacina BCG-ID e em município maranhense com percentuais similares.^{16,20} No entanto, diferem-se dos encontrados em pesquisa realizada município de Maracaçumé/MA, que demonstra que 83,7% dos contatos tinham uma cicatriz vacinal e apenas 4,5% não tinham cicatriz.²⁶ A vacinação dos contatos de hanseníase é de grande importância, pois apesar da vacina BCG-ID não ser específica para a doença, vários estudos demonstram sua ação imunoprolifática, na qual o fator de proteção não está em bloquear a infecção, mas sim a progressão da doença.²⁷

O MS preconiza ainda que os contatos do caso de hanseníase devem ser encaminhados para a imunoprofilaxia com BCG-ID, de acordo com a história vacinal ou a presença de cicatriz. Seguindo o esquema de prescrição de uma dose da vacina na ausência de cicatriz ou na presença de apenas uma cicatriz de BCG.⁹ Contudo, observa-se, neste estudo, ao comparar a quantidade de contatos que apresentaram nenhuma ou apenas uma cicatriz da vacina BCG que tem indicativo para o encaminhamento a vacina de BCG e o quantitativo que foi encaminhado, percebe-se que muitos deles não foram encaminhados para imunoprofilaxia, não seguindo as recomendações do MS. Isso reflete a fragilidade da vigilância de contatos nos serviços de saúde, por realizarem de forma insatisfatória uma das medidas de controle da doença em relação aos contatos intradomiciliares.

Essa falha na avaliação da situação vacinal e no encaminhamento para a BCG também foi observada em pesquisa realizada no interior da Paraíba, na qual contatos não examinados foram vacinados, evidenciando falhas em relação ao cumprimento das normas estabelecidas pelo MS.²³

Ao analisar a prevalência da hanseníase entre os contatos, observa-se a taxa de 1,62% de contatos com diagnóstico da

doença, o que se assemelha ao estudo realizado em Unidade de Saúde em Vitória/ES, em que a taxa de prevalência da doença foi de 1,65% dos contatos e diverge com os resultados encontrados em estudos realizados em São Luís/MA e Maracaçumé/MA, com taxa de 5,2% e 6,3%, respectivamente (taxas elevadas frente esta pesquisa, as quais se justificam, pois os estudos realizados por essas autoras se deu por meio da busca ativa dos contatos).^{24,26,28}

O MS utiliza os indicadores operacionais para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase, entre estes encontra-se o Indicador 3: proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano. Esse tem como objetivo medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos.⁹ Este estudo mostra que todos os distritos sanitários do município de São Luís obtiveram a avaliação das ações do controle de contatos nos programas de controle da hanseníase como precário para o indicador operacional no ano de 2012, segundo os parâmetros pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O mesmo resultado obteve-se ao avaliar todo o município. Em estudo realizado na mesma cidade desta pesquisa, em 2011, houve achados similares ao de nossa pesquisa, sendo precária a classificação de todos os distritos, exceto os distritos Itaqui Bacanga e Vila Esperança.

O MS descreveu que a vigilância dos contatos é um dos pilares da investigação epidemiológica para a detecção de casos novos de hanseníase, sendo realizada entre os que convivem ou conviveram com os casos.⁹ É ainda uma importante estratégia, de baixo custo, aplicada pelos programas de manejo da hanseníase objetivando o controle e eliminação da doença. Contudo, sua execução deve ser sistemática, proporcionando um acompanhamento adequado e uma avaliação eficaz.^{1,29}

CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a situação dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase no município de São Luís, no Maranhão, concernente ao ano de 2012, apresentando dados que podem subsidiar o aprimoramento das ações dos profissionais de saúde aos contatos do paciente com hanseníase. É importante salientar que durante o estudo verificou-se grande deficiência no preenchimento dos registros dos contatos por parte dos profissionais da saúde, que deveriam ser capacitados para desempenhar esta função, conforme estabelecido pelo MS.

É primordial reforçar as ações da vigilância de contatos nos PCH no município, com vistas à melhoria da assistência aos doentes e para a mudança situacional do município, controlando a endemia da doença.

Por fim, o estudo aponta que existe uma necessidade da fortificação de ações da vigilância de contatos que possibilite o diagnóstico precoce na população, bem como a intensificação da educação em saúde. Dessa maneira, sugere-se: a implementação das ações educativas, por meio de palestras, mutirões, mídias, divulgando informações sobre a doença, a transmissibilidade e o período de incubação especialmente entre os contatos; o fortalecimento das ações de busca ativa dos contatos, bem como o acompanhamento

destes; melhoria no preenchimento dos dados registrados na ficha de acompanhamento dos contatos, visando à melhor completude e à fidedignidade das informações; e intensificação da capacitação e da educação continuada de todos os profissionais da saúde, com enfoque no exame dos contatos e registro dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Sales AM. *Controle da Hanseníase: detecção precoce através do exame de contatos e avaliação de tratamento dos pacientes submetidos a 12 doses da poliquimioterapia (PQT/OMS) [tese]*. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2011.
2. World Health Organization. *Global Leprosy update, 2014: need for early case detection*. WklyEpidemiol Rec. 2015;90(36):461-74.
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra*. 2016.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação*. Bol Epidemiol. 2013; 44(11): 1-12.
5. Pacheco MAB, Aires MLL, Seixas ES. *Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2013 nov 25; [Citado em 2017 jul 2]; 9(30): 23-30. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/690>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle de hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Brasília: 2008.
8. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. *Fatores de risco para transmissão da Hanseníase*. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 Nov [cited 2017 jun 18]; 61(spe): 738-743. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700014&lng=en.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional* [recurso eletrônico]. Brasília: 2016.
10. Oliveira BFA, Ignotti E, Hartwuij SV, Scatena JH, Andrade VLG. *Acrescimento na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil*. Revista Espaço para a Saúde. 2007; 8(2): 11-9.
11. SÃO LUIS. *Prefeitura de São Luís*. Secretaria Municipal da Saúde-SEMUS. São Luis, 2010 [acesso em: 2016 jan 09]. Disponível em: http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1266.
12. Peixoto BKS, Figueiredo IA, Caldas AJM, Correa RGCF, Aquino DMC. *Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luís-Ma*. Hansen Int (online). 2011 [acesso em 2017 jun 08]; 36(1): 23-30.
13. Düppre NC, Camacho LAB, Sales AM, Illarramendi X, Nery JAC, Sampaio EP et al. *Impact of PGL-I seropositivity on the protective effect of BCG vaccination among leprosy contacts: a cohort study*. PLoS Negl Trop Dis. Califórnia, 2012; 6(6):e1711.
14. Trindade, LC. *Avaliação da ocorrência de hanseníase entre os contatos intradomiciliares de pacientes diagnosticados em 2012 no município de João Pessoa/PB* (dissertação). São Paulo: Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva; 2015.
15. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISAS. *Estimativas da população residente em São Luís – Censo demográfico de 2010* [acesso em 2017 mar 25]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2111300>.
16. Lobato DC, Neves DCO, Xavier MB. *Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil*. Rev Pan-Amaz Saude [Internet]. 2016 Mar [acesso em 2017 jul 03]; 7(1): 45-53. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100006.
17. Andrade ARC, Grossi MAF, Bühner-Sékula S, Antunes CMF. *Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais*. Rev Soc Bras Med Trop. Uberaba, 2008; 41(Suplemento II):56-59.
18. 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*. Rev Bras Enferm. Brasília, 2008; 61(spe): p. 689-93, Brasília 2008.
19. Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Magnanini MMF, Oliveira MLWDR. *Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil*. An Bras Dermatol. 2010; 85(3):339-45.
20. Leite KKC, Costa JML, Barral A, Caldas AJM, Corrêa RGCF, Aquino DMC. *Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão*. Cad Saude Colet. 2009; 17: 235-249.
21. Vieira GD, Aragoso I, Carvalho RMB, Sousa CM. *Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012*. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2014 Jun [acesso 2017 jun 4]; 23(2): 269-275. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200008&lng=pt.
22. Camello RS. *Deteção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil*. Hansen Int. 2006; 31(2):15-9.
23. Temoteo RCA, Souza MM, Farias MCAD, Abreu LC, Martins Netto E., *Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares*. ABCS Health Sci. 2013; 38(3): 133-141
24. Araújo, GR. *Casos de hanseníase entre contatos de pacientes atendidos em um hospital de universitário em São Luís-MA* (monografia). São Luis (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2011.
25. Silva MS, Silva EP, Monteiro FF, Teles SF. *Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no estado do Acre: estudo retrospectivo*. Hansen Int. 2014; 39 (2): p. 19-26.
26. Oliveira, LA. *Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé-MA* (dissertação). São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2014.
27. 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 (MALTALep study)*. BMC Infect Dis. 2013 Oct 3; 13: 456.
28. Matos, BM. *Avaliação Epidemiológica dos Contatos de Hansenianos Tratados na Unidade de Saúde de Maruípe entre 2005 e 2010* (monografia). Vitória (ES): Faculdade Estácio de Sá; 2011.
29. Smith WC, Aerts A. *Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission*. Lepr Rev. 2014; 85:2-17.

Recebido em: 31/07/2017

Revisões requeridas: 12/09/2017

Aprovado em: 03/11/2017

Publicado em: 07 /01/2019

Autora responsável pela correspondência:

Yara Nayá Lopes de Andrade
Avenida Babaculândia, nº 679, Bairro Vila Lobão

Maranhão, Brasil

E-mail: yara_naya@hotmail.com

Telefone: +55 (99) 9 8254-6600

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.