

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Márcia Elizabeth Alves Ottoni

Contatos intradomiciliares de hanseníase: perfil, conhecimento e adoção de medidas de  
prevenção contra a doença

Montes Claros

2012

Márcia Elizabeth Alves Ottoni

Contatos intradomiciliares de hanseníase: perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Alfredo Maurício de Paula

Montes Claros

2012

Otoni, Márcia Elizabeth Alves.

O89c        Contatos intradomiciliares de hanseníase [manuscrito] : perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença / Márcia Elizabeth Alves Otoni. – 2012.

49 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira.

Coorientador: Prof. Dr. Alfredo Maurício de Paula.

1. Epidemiologia. 2. Hanseníase - Prevenção. I. Ferreira, Raquel Conceição. II. Paula, Alfredo Maurício de. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença.

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. João dos Reis Canela

Vice-reitora: Profa. Ms. Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-reitor de Pesquisa: Prof. Dr. Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Profa. Dra. Rita de Cássia Silva Dionísio

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. Dr. Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dr. Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. Osmar Pereira Oliva

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Prof. Augusto Guilherme Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Profa. Ms. Maria Cristina Freire Barbosa

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista De Paula.

Subcoordenador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

**ALUNA:** Márcia Elizabeth Alves Ottoni

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:** “Contatos intradomiciliares de hanseníase: perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença”.

**BANCA (TITULARES)**

**ASSINATURAS**

Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira – Orientadora/Presidente

Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista de Paula – Coorientador

Profa. Dra. Alessandra Rejane Ericsson de Oliveira – Funorte

Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins - Unimontes

**BANCA (SUPLENTES)**

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto – Unimontes

Profa. Dra. Júlia Maria Moreira Santos – Funorte

**APROVADA**

**REPROVADA**

Dedico a Deus, presente no meu dia-a-dia, revelando a beleza do andar em sua companhia e que renova meu ânimo e as minhas forças diante das dificuldades, aos meus pais Juarez (in memoriam) e Maria, por terem me ensinado desde menina a valorizar o conhecimento, a justiça, o trabalho e a responsabilidade e ao meu esposo Olympio, pelo carinho, apoio e compreensão por tantas ausências.

## AGRADECIMENTOS

Neste momento da minha vida tenho muito a agradecer, pois um trabalho de dissertação não se constrói sozinho. E é bom lembrar todos que contribuíram no caminho da elaboração deste trabalho:

A Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

A Dr. Felipe Karan, por ter acreditado no potencial dos profissionais da macrorregião.

A Ivan José Santana Figueira, Superintendente da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, por todo o apoio e incentivo.

A minha orientadora Raquel Ferreira da Conceição, pelo exemplo de profissionalismo.

A Sandra, ao Paulinho, a Rose, a Tânia, Joilda, a Marlene, a Ivete e a Luíza, pela colaboração na realização da coleta de dados.

A Lorena pela ajuda, incondicional, na confecção e formatação desse trabalho.

A Taty, a Ana Paula, pela ajuda na formatação desse trabalho.

A Nana, por todas as ajudas, valeu pela força.

A Sérgio e a Ione pelo apoio e incentivo.

A Adivete, referência técnica da hanseníase na superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni.

A Madson, meu querido irmão, valeu pela força, incentivo e carinho.

A minhas cunhadas Angélica e Cristina, valeu pelo apoio.

Aos meus colegas de trabalho da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, principalmente, os da coordenação de epidemiologia, que, tenho certeza, torceram por mim e souberam entender minhas ausências para a realização deste trabalho.

Aos contatos de hanseníase, que abriram suas residências e demonstraram interesse em participar deste estudo.

Aos meus familiares e amigos que depois de tantas ausências e tantos “depois que terminar o mestrado”, souberam entender e me incentivaram e apoiaram.

“Temos drogas para as pessoas que sofrem de doenças como a lepra, mas elas não tratam do problema principal: a doença de se tornarem indesejadas.”

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa de período de incubação prolongado. Contatos intradomiciliares são importantes meios para a manutenção da endemia. O presente estudo caracterizou os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase nos residentes dos municípios da região Nordeste de Minas Gerais. Avaliou-se a prevalência de realização do exame dermatoneurológico, os motivos da não realização e o conhecimento dessa população sobre a hanseníase. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, que incluiu todos os contatos intradomiciliares de hanseníase dos casos incidentes, de março de 2009 a setembro de 2011, nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni. Os casos, tanto paucibacilares como multibacilares, foram identificados no banco de dados do SINAN. O número de casos foi previamente definido com base nos registros dos prontuários e em seguida, por meio de visita domiciliar, foram identificados todos os contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados, de ambos os sexos, que conviveram no mesmo ambiente com os casos pelo menos, nos últimos cinco anos. Os dados foram coletados por entrevistas utilizando formulários semiestruturados; foram submetidos à análise descritiva empregando o programa SPSS v. 17. Participaram do estudo 154 contatos dos 58 casos identificados no período, em 13 dos 32 municípios da SRS-TO. A maioria dos contatos eram solteiros, pardos, do sexo feminino e pertencia à faixa etária de adultos e crianças. A maior parte estudou menos de 11 anos e apresentava renda familiar de até 2 salários mínimos. Nas atividades laborais, observou-se maior frequência de doméstica, do lar ou cozinheira (16,9%). Nos últimos 5 anos, 55 (37,9%) relataram problemas de saúde, sendo mais frequentes a hipertensão arterial (16,4%). A maioria dos contatos (55,2%) não fez o exame para prevenção da hanseníase. Essa conduta foi mais frequentemente justificada pela falta de orientação (84,6%). Aproximadamente a metade (47,4%) relatou nunca ter recebido um profissional em casa para dar informações sobre a hanseníase, porém a maioria já ouviu falar da doença, sendo principalmente no posto de saúde e em visita domiciliar. Ao serem indagados sobre o que é hanseníase, 93 (60,1%) afirmaram não saber o que é. Os contatos da região Nordeste de Minas Gerais são representados, na sua maioria, por mulheres, indivíduos de baixa escolaridade, baixa renda e exercendo atividades laborais que requerem baixa qualificação técnica. Os resultados evidenciam falta de adesão dos usuários ao Programa de Controle de Hanseníase da região ou problemas de acesso do próprio programa. O Programa de Controle de Hanseníase da região estudada necessita desenvolver formas de informar e conscientizar a

comunidade sobre métodos de prevenção, tratamento e controle da hanseníase, além de motivá-la a procurar o serviço, estimulando medidas de autocuidado.

**Palavras-chave:** Epidemiologia. Hanseníase. Conhecimento. Perfil de saúde.

## ABSTRACT

Hansen disease is an infectious disease of prolonged incubation period. Household contacts are important means for maintaining the disease. This study characterized household contacts of hansen disease cases in the Northerneast of Minas Gerais. It was evaluated the prevalence of neurodermic exam, the reasons for non-completion of that population and knowledge about the illness. This is a descriptive and cross-sectional, which included all household contacts of leprosy cases incidents from March 2009 to September 2011 in the counties under the Regional Health Teófilo Otoni City - Minas Gerais State - Brazil. Both cases, paucibacillar and multibacillar, were identified in the database SINAN. The number of contacts was previously defined in the files and then through home visits. It was identified all household contacts of diagnosed patients of both genders, who lived in the same environment with the cases at least the last five years. Data were collected through semi-structured interviews using form papers; which were underwent descriptive analysis using SPSS v. 17. This study included 154 contacts of 58 cases identified in the period, in 13 of the 32 municipalities of the SRS-TO. Most contacts were black, single, female, at the age group of adults and children. Most of them studied less than 11 years in their life and have a family income up to two Brazilian minimum wage. In labor activities, observed a higher frequency of domestic, home or cook (16.9%). In the last 5 years, 55 (37.9%) reported health problems, and the most frequent was arterial hypertension (16.4%). Most contacts (55.2%) did not take any Hansen prevention. This behavior was most often justified by the lack of guidance (84.6%). Approximately half (47.4%) reported never having received a professional at home to give information about the disease, but most have heard of the disease, especially in clinic and home visits. When asked about what is Hansen disease, 93 (60.1%) said they did not know what it is. The contacts in the Northeast region of Minas Gerais state are represented, mostly by women, individuals with low education, low income and developing professional activities requiring low technical skills. Results show users' lack of adherence to the Hansen Control Program or problems on accessing the program itself. The Leprosy Control Program of the

studied region needs to develop ways to inform and educate the community about methods of prevention, treatment and control, as well as motivate them to seek the service, encouraging self-care measures.

**Keywords:** Epidemiology. Hansen disease. Knowledge. Health profile.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BCG – Bacilo de Calmette Guerin

DP – Desvio Padrão

ENH – Eritema Nodoso Hansênico

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MB – Multibacilar

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Programa de Agente Comunitário

PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PQT – Polioquimioterapia

RR – Reação Reversa

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRS/TO – Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Hanseníase: aspectos históricos, etiopatogenéticos e epidemiológicos.....	12
1.2 Aspectos clínicos, terapêuticos e estados reacionais da hanseníase.....	14
1.3 Diagnósticos da hanseníase.....	17
1.4 Contatos.....	19
1.5 Adesão.....	21
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 PRODUTO.....	25
3.1 Artigo 1: <i>Contatos intradomiciliares de hanseníase: perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença</i> , formatado segundo as normas para publicação do periódico <i>Cadernos de Saúde Pública</i> . ....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXO: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	48

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Hanseníase: aspectos históricos, etiopatogenéticos e epidemiológicos.

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que compromete a pele, o sistema nervoso periférico e, ocasionalmente, outros órgãos e sistemas. Constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, tornando-o o segundo país em número de casos no mundo, após a Índia. No Mercosul sua prevalência é de 6,03/100.000 habitantes (1) Aproximadamente 94% dos casos conhecidos nas Américas e 94% dos novos diagnosticados são notificados pelo Brasil (2). Acomete, principalmente, a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos (4).

Embora a hanseníase hoje se mantenha nos países mais pobres e nestes nos estratos de população menos favorecidos, não se sabe ao certo o peso de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes (HIV e Malária) e infecções prévias por outras micobactérias. O papel de fatores genéticos tem sido avaliado há muito tempo, a distribuição da doença em conglomerados, famílias ou comunicantes com antecedentes genéticos comuns sugere esta possibilidade (2). Sabe-se que as condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hanseníase apresentando uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com movimentos migratório que facilitam a difusão da doença. (3)

No Brasil, apesar da redução drástica no número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes, no período compreendido entre 1985 a 2000, a hanseníase se constituiu em um problema de saúde pública que exige uma vigilância resolutiva (5).

Ao longo deste século, muito foi pesquisado e publicado sobre Hanseníase no Brasil, que infelizmente, apesar de importantes progressos, ainda se constitui em um relevante problema de Saúde Pública, pois o país não conseguiu cumprir o compromisso firmado com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1991, de eliminá-la como problema de Saúde Pública até o ano 2000, ou seja, alcançar a meta de reduzir a prevalência para menos de 1

caso/10.000 habitantes; prorrogando essa meta para o final do ano de 2005, conforme novo compromisso firmado com a OMS por ocasião da Terceira Conferência Internacional para a Eliminação da Hanseníase realizada em novembro de 1999 na Costa do Marfim (África) (6). Há uma tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda apresenta patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Essa informação fortalece o esforço pelo alcance da meta do PAC (Mais Saúde/Ministério da Saúde), que propõe reduzir a doença em menores de 15 anos, mas se contrapõe à existência de regiões com aglomeração de casos e indícios de transmissão ativa. Essas concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira, residente em extensas áreas geográficas, o que adiciona maior complexidade a intervenções efetivas (9).

Considerando os estados brasileiros, há grande variabilidade nos coeficientes de detecção de novos casos de hanseníase registrados em 2007 (Figura 1). O estado do Mato Grosso apresentou o maior coeficiente de detecção de casos novos do país (100,27/100.000 habitantes), seguido, nesta ordem, dos estados de Tocantins (93,01/100.000), Rondônia, (74,03/100.000), Maranhão, (68,47/100.000), Pará (62,17/100.000) e Roraima (55,38/100.000) (9).



**Figura 1:** Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes, estados da Federação, Brasil, 2007.

## 1.2 Aspectos clínicos, terapêuticos e estados reacionais da hanseníase.

A Hanseníase na antiguidade e na Idade Média era confundida com várias outras doenças de pele que acometiam as populações daqueles povos como, por exemplo, elefantíase, queimaduras, escamações, escabiose, câncer de pele, lúpus, escarlatina, eczemas, sífilis, dentre outras (10).

Demonstrou-se que o *M. leprae* é um bacilo com alto poder infectante e baixo poder patogênico (2). Ele tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem (17). Depois da sua entrada no organismo, não ocorrendo a sua destruição, este irá se localizar na célula de Schwann e na pele. . Sua disseminação para outros tecidos pode ocorrer nas formas mais graves da doença, nas quais o agente infectante não encontra resistência contra a sua multiplicação. Nesse caso, os linfonodos, olhos, testículos e fígado podem abrigar grande quantidade do bacilo (2).

Por ser uma infecção marcada, especialmente, pelo acometimento de nervos periféricos, a hanseníase provoca danos relacionados à função motora, prejudicando os indivíduos na execução de atividades básicas e instrumentais da vida diária. O comprometimento sensitivo, presente em todas as formas da doença, frequentemente, precede o envolvimento da função motora. Alguns pacientes iniciam a doença com uma neuropatia periférica, enquanto outros apresentam essas complicações após iniciarem a terapia medicamentosa. Embora a prevalência da hanseníase venha diminuindo consideravelmente nos últimos anos, a doença continua a ser uma das maiores causas de neuropatia periférica em todo o mundo. O *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de invadir o sistema nervoso periférico e causar a neuropatia hanseniana (1).

Quatro possíveis mecanismos estão relacionados à lesão nervosa periférica na hanseníase: a presença do *M. leprae* ou de seus antígenos; traumas em regiões superficiais de troncos nervosos; aumento da pressão intraneural; e alterações vasculares em vasos sanguíneos intraneurais. Apesar do mecanismo fisiopatológico preciso da neuropatia periférica não estar totalmente esclarecido, acredita-se que a lesão nervosa ocorra a partir de um infiltrado inflamatório subagudo ou crônico que pode ocupar o endoneuro, perineuro e epineuro, levando a injúria gradual das fibras neurais, seguido por remodelamento do parênquima nervoso em tecido fibrótico. A hanseníase também provoca alterações inflamatórias e/ou secundárias na função muscular, resultando em deformidades nos tecidos moles e articulações (1).

A lesão neural é atribuída à proliferação do bacilo ou à resposta imune do hospedeiro, onde, a maior ou menor intensidade bacilar está relacionada à forma clínica da doença. Por conseguinte, uma polineuropatia simétrica desenvolve-se nos pacientes lepromatosos (ou virchowianos), caracterizada pela perda sensitiva à temperatura e dor. Apresentam infiltrados de histiócitos com pouca quantidade de linfócitos, e, também, muitos bacilos no citoplasma das células de *Schwann*, especialmente nas adjacentes aos axônios amielínicos, em macrófagos, células perineurais e endoteliais. Pacientes tuberculóides apresentam mononeuropatia, formação de granulomas com células epitelióides e células gigantes, células inflamatórias mononucleadas e, ocasionalmente, necrose caseosa. Os nervos estão parcial ou totalmente destruídos e substituídos por tecido fibroso (11).

Os doentes de hanseníase são classificados como paucibacilares e multibacilares., classificação essa considerada operacional e baseada no número de lesões cutâneas (4). Os paucibacilares são os doentes nas formas clínicas indeterminadas e tuberculóides, abrigam um pequeno número de bacilos, insuficientes para infectar outras pessoas, têm baciloscopia negativa, e apresentam menos de cinco lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido. Já os multibacilares, forma contagiosa da hanseníase, abrigam um grande número de bacilos, têm baciloscopia positiva, são classificados como virchowianos e dimorfos, apresentam mais de cinco lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido, sendo os que não estão em tratamento, são considerados fontes de transmissão e infecção (12). A forma tuberculóide caracteriza-se pela pouca quantidade de bacilos e de lesões de pele anestésicas, e predomínio de resposta celular. A forma virchowiana caracteriza-se por apresentar lesões de forma disseminada, intensa multiplicação bacilar e predomínio da resposta humoral (2). Além da classificação operacional são usadas as de Madri (Congresso Internacional, 1953) e de Ridley e Jopling. Na de Madri, consideram-se dois pólos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculóide) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo), que caminhariam para um dos pólos, na evolução natural da doença. A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, é utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Esta classificação não inclui a forma indeterminada no espectro e o exame histopatológico torna-se necessário para sua utilização (8).

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT. A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada (20). É administrada através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Pauci ou Multibacilar. No esquema Paucibacilar (PB) é utilizado uma combinação da rifampicina e dapsona. A rifampicina com uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada e a dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto administrada. A duração do tratamento é de 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina. Tendo como critério de alta 6 doses supervisionadas em até 9 meses (4,5,20).

Para o esquema Multibacilar (MB) é utilizada uma combinação da rifampicina, dapsona e de clofazimina. A rifampicina é administrada uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. A clofazimina, consiste em uma dose mensal de 300

mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada. Já a dapsona é administrada uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada. A duração do tratamento é 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina. E o critério de alta são 12 doses supervisionadas em até 18 meses. (4,20)

Durante o curso natural da doença, ou mesmo após a finalização do tratamento, no espectro imunológico da hanseníase, situam-se os estados reacionais, também classificados de acordo com Ridley & Joplin (1966) como: reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR), que ocorre em pacientes paucibacilares, sendo caracterizada por uma resposta imune abrupta, mediada por célula; e reação Tipo 2, ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH). Estes podem ser definidos como processos inflamatórios agudos secundários à liberação de antígenos. Além de peles e nervos, podem envolver órgãos como: linfonodos, fígado, baço, peritônio, testículos, olhos, articulações, tendões, músculos e ossos (16).

O tratamento para os estados reacionais representa uma seção à parte na terapêutica da hanseníase, realizado através de terapia com corticóide, cuja duração é correspondente à resposta do portador, sendo utilizadas principalmente drogas como a Prednisona e a Talidomida (13,16,20).

A hanseníase tem cura, no entanto, quando diagnosticada e tratada tardiamente pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares pelas lesões que os incapacitam fisicamente. Neste sentido, as ações preventivas e promocionais são, de fato, muito importantes. No entanto, devido a problemas operacionais, como carência de recursos humanos e ausência de infraestrutura mínima nas unidades de saúde, o exame dos contatos de pacientes não é praticado de forma efetiva na grande maioria dos estados brasileiros (5,8).

### 1.3 Diagnósticos da hanseníase

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (4,17,20)

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área (s) com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para confirmação diagnóstica. Recomenda-se que nessas unidades, os casos sejam submetidos novamente ao exame dermatoneurológico, à avaliação neurológica, à coleta de material (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo) e, sempre que possível a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos para identificar comprometimento cutâneo ou neural discreto, avaliação pelo ortopedista, neurologista e outros especialistas para diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas (20).

O diagnóstico clínico é realizado por meio do exame físico, onde procede-se uma avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. Antes, porém, de dar-se início ao exame físico, deve-se fazer a anamnese colhendo informações sobre a sua história clínica, ou seja, presença de sinais e sintomas dermatoneurológicos característicos da doença e sua história epidemiológica, ou seja, sobre a sua fonte de infecção (4,5,25).

O roteiro de diagnóstico clínico constitui-se das atividades de anamnese para a obtenção da história clínica e epidemiológica, de avaliação dermatológica para identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade, avaliação neurológica para identificação de neurites, incapacidades e deformidades, diagnóstico dos estados reacionais, diagnóstico diferencial e classificação do grau de incapacidade física (5,25).

O diagnóstico laboratorial da hanseníase é importante para auxiliar na classificação da doença para fins de tratamento (7). Neste caso a baciloscopia é o exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae*, diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos, e lesão quando houver (5,7).

Mesmo sendo a baciloscopia um dos parâmetros integrantes da definição de caso, ratifica-se que o diagnóstico da hanseníase é clínico. Quando a baciloscopia estiver disponível e for realizada, não se deve esperar o resultado para iniciar o tratamento do paciente. O tratamento é iniciado imediatamente após o diagnóstico de hanseníase e a classificação do paciente em pauci ou multibacilar baseado no número de lesões de pele (5,7,17).

#### 1.4 Contatos

São considerados contatos os indivíduos suscetíveis que têm contato prolongado com pacientes bacilíferos não tratados, especialmente no ambiente domiciliar. Sendo a hanseníase uma doença transmissível, o principal fator de risco está ligado ao contato com pacientes das formas contagiantes multibacilares que não estão em tratamento. Considera-se como “contato intradomiciliar” toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (20,25). Nesse caso, a população de maior risco é a dos contatos intradomiciliares, ou seja, os conviventes, nos últimos 05 anos, dos casos diagnosticados (4,20).

No Brasil, os estudos sobre os contatos dos pacientes de hanseníase foram executados por meio de visitas domiciliares, (21) ou utilizando estratégias de campanhas pontuais (22). Embora tenha sido verificado que a busca ativa ampliou as oportunidades de diagnóstico precoce, evitando assim as incapacidades físicas, poucos são os estudos relatando o exame dos contatos intradomiciliares na rotina do atendimento do paciente de hanseníase (21). Problemas operacionais como falta de comprometimento e rotatividade de profissionais de saúde e a alta demanda de serviços dificultam o cumprimento desta norma no país (23).

O domicílio onde os doentes vivem não é apenas a menor unidade espacial onde realiza o processo de transmissão da doença, mas também uma unidade fundamental no estudo de reprodução social, na qual se materializam as relações culturais e econômicas dos grupos em sua coletividade (24).

A linha guia do Estado de Minas Gerais de atenção ao paciente com hanseníase, orienta o exame dos contatos, que poderá ser realizado pelo enfermeiro e pelo médico, após o diagnóstico de novos casos de hanseníase (25). No entanto, devido a problemas operacionais, como carência de recursos humanos e ausência de infraestrutura mínima nas unidades de saúde, o exame dos contatos de pacientes não é praticado de forma efetiva na grande maioria dos estados brasileiros (8).

Segundo o Ministério da Saúde, entre os casos novos de hanseníase detectados no ano de 2006, apenas uma pequena proporção (7.7% dos casos), foi detectada através da vigilância de contatos (8).

Esses dados indicam a necessidade de desenvolver ações de vigilância epidemiológica que têm por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção (20).

Na Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, região a ser investigada nesse estudo, a situação nos anos de 2008 e 2009 foi preocupante, pois o principal modo de detecção da hanseníase foi por demanda espontânea e não exame de contato (Tabela 1). De um total de quarenta e oito casos no ano de 2008, somente, nove foram exames de contato e no ano de 2009 de quarenta e dois casos, somente um foi exame de contato. Isso confirma a necessidade de trabalhos científicos para evidenciar a fragilidade dessa morbidade, principalmente nessa região.

**Tabela 1:** Modos de detecção da hanseníase segundo municípios de Minas Gerais, nos anos de 2008 e 2009

Município	DEMANDA ESPONTÂNEA 2009	EXAME CONTATOS 2009	DEMANDA ESPONTÂNEA 2008	EXAME CONTATOS 2008
310090 Águas Formosas	6	2	2	0
310285 Angelândia	0	0	1	0
310470 Ataléia	1	1	1	0
310660 Bertópolis	1	0	1	0
311300 Carai	0	0	0	0
311370 Carlos Chagas	2	0	5	0
312680 Frei Gaspar	0	0	0	0
312705 Fronteira dos Vales	2	0	1	0
313270 Itambacuri	5	0	8	0
313700 Ladainha	1	0	0	0
313920 Malacacheta	0	0	0	0
314430 Nanuque	5	0	3	0
314490 Nova Módica	4	2	0	0
314530 Novo Cruzeiro	2	2	2	0
314535 Novo Oriente de Minas	1	0	4	0
314620 Ouro Verde de Minas	0	0	3	0
314630 Padre Paraíso	1	0	1	0
314850 Pavão	1	0	1	0
315000 Pescador	0	0	0	0
315240 Poté	1	0	0	0
315765 Santa Helena de Minas	1	0	0	0
316330 São José do Divino	0	1	1	0
316670 Serra dos Aimorés	1	0	0	0
316860 Teófilo Otoni	11	1	7	1
317030 Umburatiba	2	0	0	0
Total	48	9	42	1

Fonte: Núcleo de Informações Epidemiológicas/SINAN-ET/Tabwin\*

Um relatório de auditoria realizada para avaliação do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (Tribunal de Contas da União, 2005), após avaliação dos 206 municípios considerados prioritários para eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, apontou como principais causas para a não-realização do exame dos contatos: (1) a dificuldade dos contatos em se deslocar até a unidade de saúde; (2) a recusa dos contatos em se submeter ao exame dermatoneurológico e (3) a resistência do paciente em revelar à família sua condição de paciente de hanseníase (26).

A vigilância do contato intradomiciliar é de fundamental importância e consiste na busca sistemática de novos casos entre as pessoas que conviveram nos últimos cinco anos com o indivíduo com hanseníase antes do tratamento, para que seja adotada medida de prevenção com relação à doença, obtendo-se, assim diagnósticos precoces.(4,17,20). Estudo realizado com comunicantes de pacientes com hanseníase no Reino Unido mostrou que esses indivíduos têm maior probabilidade de adoecimento, o que pode estar relacionado à sua suscetibilidade genética e imunológica, principalmente nos casos de contato com pessoas com hanseníase sem tratamento, habitantes do mesmo domicílio por, aproximadamente um ano (27).

O tratamento de contatos intradomiciliar de indivíduos com hanseníase que, no exame clínico inicial, não apresentam nenhuma suspeita da doença, é preventivo e de grande importância. Consiste na vacinação com BCG (Bacilo de Calmette Guerin), composta por bacilos vivos e cepas atenuadas do *Mycobacterium bovis* associados ao gluconato de sódio (28). Esta vacina provoca primo-infecção artificial, ocasionada por bacilos não-virulentos, com o objetivo de contribuir para aumentar a resistência do indivíduo em face uma infecção posterior, e aumentar sua proteção contra as formas multibacilares da doença (29). Todo contato de Hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é vacina específica para este agravo e, nesse grupo, é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares (17).

### 1.5 Adesão

Adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pela situação socioeconômica, pela falta ou escassez de serviços de saúde, pela falta de conhecimento da doença e dos sintomas, pela falha na orientação e pelo déficit no

acolhimento do indivíduo pelos profissionais de saúde. A não adesão seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos podendo constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde (30).

A adesão dos comunicantes de indivíduos com hanseníase ao Programa de Controle da Hanseníase pode ser avaliada pelo comparecimento às consultas médicas e de enfermagem; pela realização dos exames específicos de pele e testes de sensibilidade; pelo recebimento da vacina BCG e pela participação nas orientações para educação e saúde, sendo que isto não implica em um tratamento medicamentoso, ou seja, a simples ingestão de medicamentos, mas sim em modificações na mudança do comportamento e no estilo de vida desses indivíduos. Entretanto, de acordo com Dal-Fabro não há padrão ouro para medir a adesão, isto porque a adesão é um fenômeno contínuo e multidimensional, de forma que não se podem classificar os indivíduos em “bons” ou “maus” aderentes. Acredita-se que na crença comum, o indivíduo sozinho seja responsável pela sua própria adesão (31).

A baixa adesão dos contatos de hanseníase intradomiciliar ao acompanhamento das medidas profiláticas representa uma questão crucial para o Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH), uma vez que somente através deste caminho se poderá ter um controle sobre os contatos de pessoas com hanseníase de maneira efetiva. Estudo entre 92 contatos registrados no Programa de Hanseníase do Ambulatório de Especialidades de Taubaté-SP evidenciou que 59 (61%) não aderiram ao programa. Baixa adesão também foi verificada em outro estudo, onde 80,4% dos contatos não aderiram ao PNCH (32). Os níveis de adesão a medidas profiláticas para outras doenças crônicas são também sabidamente baixos. Estudo realizado com tuberculosos mostrou níveis de 89,3(33) com hipertensos entre 62% (34) e 75% (35).

Considerando-se a alta prevalência da hanseníase nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, faz-se necessária a realização de uma análise da situação epidemiológica desta doença, principalmente nos seus contatos, que são fonte potencial de contaminação fornecendo, desta forma, subsídios para a análise das estratégias adotadas pelos serviços públicos de saúde, bem como incentivo para o direcionamento de políticas públicas que visem o combate da doença nesta região. A investigação adequada dos contatos contribui para a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata precocemente os casos

diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades, pois estas podem limitar a produtividade do indivíduo e gerar a marginalização social.

O atendimento da hanseníase, na Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni tem encontrado dificuldades para a sua descentralização, devido aos muitos fatores envolvidos nessa ação. Embora as equipes de saúde das Unidades Básicas e da Saúde da Família tenham participado de treinamentos específicos, ainda não se observaram reflexos no diagnóstico precoce e nos coeficientes do município. O controle dos contatos parece estar distante de sua efetivação, o que pode interferir no controle da endemia.

A falta de informações sobre a hanseníase e suas formas de transmissão, coloca o próprio indivíduo como um ser passivo diante do controle da doença, pois muitos contatos domiciliares, a despeito da solicitação de comparecimento ao serviço de saúde para exame dermatoneurológico, acabam não comparecendo. Por outro lado, as equipes de saúde parecem não conseguir cumprir um programa de busca ativa desses contatos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os contatos intradomiciliares dos casos incidentes de hanseníase identificados nos municípios da região Nordeste de Minas Gerais

### 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o número dos contatos intradomiciliares de hanseníase registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Caracterizar o perfil dos contatos intradomiciliares quanto às características sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde geral;
- Descrever a prevalência de contatos que realizaram o exame dermatoneurológico e os motivos da não realização desse exame.

### 3 PRODUTO

3.1 Artigo 1: *Contatos intradomiciliares de hanseníase: perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública.

Contatos intradomiciliares de hanseníase: perfil, conhecimento e adoção de medidas de prevenção contra a doença.

**Household contacts of leprosy: profile, knowledge and adaption of preventive measures against the disease.**

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – MG.

**RESUMO**

A hanseníase é uma doença infecciosa e de período de incubação prolongado, tem, em seus contatos intradomiciliares, um importante meio para a manutenção da endemia, ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil. Nesse estudo caracterizaram-se os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase, avaliou-se a prevalência de realização do exame dermatoneurológico, motivos da não realização e o conhecimento sobre a hanseníase. Incluíram-se os contatos dos casos incidentes de 03/09 a 09/11, que conviveram com os casos, pelo menos, nos últimos cinco anos, nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni. Os casos foram identificados no SINAN, os contatos pelos prontuários e, em seguida, por visita domiciliar. Os dados foram obtidos por entrevistas e submetidos à análise descritiva. Foram identificados 154 contatos, sendo a maioria do sexo feminino, adultos e crianças, solteiro e pardos, com baixa escolaridade e renda. 55,2% dos contatos não fizeram o exame dermatoneurológico, justificando pela falta de orientação (84,6%) e 60,1% afirmaram não saber o que é hanseníase. Evidencia-se uma falta de adesão ao Programa de Controle de Hanseníase. Necessita-se informar a comunidade sobre métodos de prevenção e controle da hanseníase.

**Palavras-chave:** Epidemiologia. Hanseníase. Conhecimento. Perfil de Saúde.

## ABSTRACT

Hansen disease is an infectious disease of prolonged incubation period. Household contacts are important means for maintaining the disease and it is still considered a public health problem in Brazil. This study characterized the household contacts of Hansen cases. It was evaluated the prevalence of neurodermic exam, the reasons for non-completion of that population and knowledge about the illness. It included contacts of cases during March 2009 to September 2011, who lived with cases at least the last five years, in the counties of the Regional Health Teófilo Otoni MG. All cases were identified in SINAN contacts by files and then by home visit. The data were collected through interviews and analyzed descriptively. It was identified 154 contacts, mostly female, adults and children, singles and black, with low education and low income. Within the sample 55.2% of the contacts did not take the neurodermato exam, justifying by the lack of guidance or instruction (84.6%) and 60.1% said they did not know what it is Hansen disease. It has become evident the lack of adherence to the Leprosy Control Program. The community need to be informed the about prevention methods to control Hansen disease.

**Key words:** Epidemiology. Hansen disease. Knowledge. Health profile

## INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença infecciosa e de período de incubação prolongado, tem, em seus contatos intradomiciliares, um importante meio para a manutenção da endemia. É considerada como relevante problema de saúde pública na maioria dos estados brasileiros, apesar dos esforços do Ministério da Saúde (MS) na tentativa de controlar a infecção. A transmissão do *Mycobacterium leprae* está relacionada a fatores individuais (resposta imunológica) e socioeconômicos, bem como, ao diagnóstico e tratamento. A convivência com doentes multibacilares propicia a transmissão do bacilo, especialmente em ambientes que concentram elevado número de pessoas, em condições socioeconômicas desfavoráveis<sup>1</sup>. Antigamente, os portadores de hanseníase eram segregados em locais separados de suas famílias e funções, sendo automaticamente expurgados da sociedade<sup>2</sup> passando a viver sem identidade e endereço, eram vistos de modo “diferente” perante a sociedade e permaneciam no mundo como se fossem sombras.

A evolução histórica da doença aponta para o estigma e o preconceito contra o doente, calcados na transmissibilidade e na possibilidade de mutilação do indivíduo. A investigação adequada dos contatos contribui para a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata precocemente os casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades, pois estas podem limitar a produtividade do indivíduo e gerar a marginalização social.

No Brasil, como consequência das políticas adotadas pelo MS, houve uma redução do número de casos, de 19 para, aproximadamente, cinco por 10.000 habitantes, no período de 1985 a 1999. Entretanto, ainda não se conseguiu atingir o índice aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, de menos de um caso para cada 10.000 habitantes<sup>1</sup>.

O coeficiente de prevalência da Hanseníase, em 2005, diminuiu para 1,48 casos por 10.000 habitantes, equivalendo a 27.313 indivíduos em tratamento. A taxa de detecção foi de 2,09 por 10.000 habitantes, o que corresponde à notificação de 38.410 casos<sup>3</sup>. Observa-se, entretanto, que o Brasil vem mantendo uma média de 47 mil casos novos por ano, no último quinquênio<sup>4</sup>. Vale ressaltar ainda que, o Brasil é o único país da América Latina que não

atingiu os índices estipulados pela OMS, apresentando taxas de incidência desigual entre os estados brasileiros<sup>5</sup>.

Em decorrência dos dados citados, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) recomenda que a doença seja inserida entre as prioridades do Pacto pela Saúde, fortalecendo as ações de vigilância em saúde desde a atenção primária, média e alta complexidade, salientando que a maioria dos casos pode ser diagnosticada, tratada e curada na Atenção Básica<sup>6</sup>.

Na Superintendência Regional de Saúde de Teófilo - MG (SRS-TO), a distribuição de casos novos foi maior do que a do Estado de Minas Gerais, sendo que o coeficiente de detecção em 100.000 habitantes, em 2010, foi de 17,89 segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – (SINAN) estadual, enquanto no Estado foi de 7,60/100.000. Esses resultados mostram o maior risco de adoecimento da população residente na área de jurisdição dessa superintendência. Dos casos novos notificados, somente 52,1% dos contatos foram examinados nos municípios adscritos a SRS-TO, enquanto no estado foram 61,8% (SINAN/2010), indicando importante circulação de bacilos e um número significativo de adoecimento por hanseníase no estado e na superintendência.

Esses índices indicam que nem Minas Gerais e nem a SRS-TO atingiram a meta de controle da hanseníase (taxa de incidência menor de um caso por 10.000 habitantes), possuindo taxas de detecção consideradas altas, segundo critérios do MS<sup>7,8</sup> o que configura alta endemicidade e maior possibilidade de transmissão do bacilo.

Para alcançar a meta de controle da hanseníase da OMS e pretendida pelo MS até o ano 2010, torna-se necessário investir em ações efetivas para o diagnóstico precoce da doença<sup>3,9</sup>.

O controle dos contatos intradomiciliares deve fazer parte dessas ações, pois os familiares são os indivíduos mais expostos à infecção. O MS indica que as ações das unidades de saúde devem ser programadas, considerando-se uma média de quatro contatos domiciliares por paciente<sup>10</sup>. Este órgão define como contato intradomiciliar “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos”<sup>11</sup>. Assim, para cada caso diagnosticado, deve-se prever a vigilância de quatro indivíduos, com o objetivo de se adotar medidas profiláticas em relação aos mesmos.

O diagnóstico precoce possibilita a adoção das medidas terapêuticas imediatas e adequadas a cada caso. Considera-se o controle dos comunicantes como um dos pilares para o controle da hanseníase<sup>12</sup>. O atendimento da hanseníase, na SRS-TO, tem encontrado dificuldades para a sua descentralização, devido aos muitos fatores envolvidos nessa ação. Embora as equipes de saúde das Unidades Básicas e da Estratégia Saúde da Família tenham participado de treinamentos específicos, ainda não se observaram reflexos no diagnóstico precoce e nos coeficientes dos municípios. O controle dos contatos parece estar distante de sua efetivação, o que pode interferir no controle da endemia. A busca de casos e contatos constitui-se em problema para a saúde pública, mesmo porque as ações continuam centralizadas.

A falta de informações sobre a hanseníase e suas formas de transmissão coloca o próprio indivíduo como um ser passivo diante do controle da doença, pois muitos contatos domiciliares, a despeito da solicitação de comparecimento ao serviço de saúde para exame dermatoneurológico, acabam não comparecendo. Por outro lado, as equipes de saúde parecem não conseguir cumprir um programa de busca ativa desses contatos.

Diante do exposto, esse estudo identificou os contatos intradomiciliares de hanseníase comparado aos registrados no SINAN, descreveu seu perfil sociodemográfico, socioeconômico e a condição de saúde geral e avaliou a prevalência de realização do exame dermatoneurológico, os motivos da não realização desse exame e o conhecimento dos contatos quanto à hanseníase.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, cuja população foi composta pelos contatos intradomiciliares de hanseníase dos casos incidentes diagnosticados no período de março de 2009 a setembro de 2011 nos municípios de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni. Os casos diagnosticados foram identificados por meio da pesquisa no banco de dados do SINAN, onde foram coletadas também todas as informações necessárias para localização residencial dos casos. Foram incluídos tanto casos paucibacilares como multibacilares.

O número de contatos para cada um dos casos foi previamente definido por meio de pesquisa nos prontuários, onde estavam registrados os indivíduos que residem com os casos, segundo seu próprio relato. Em seguida, por meio de visita domiciliar, foram identificados todos os contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados no período de março de 2009 a setembro de 2011 nos municípios jurisdicionados a SRS-TO, de ambos os sexos, que conviveram no mesmo ambiente com os casos, pelo menos, nos últimos 5 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, por entrevistadores treinados, nos próprios domicílios. No caso de crianças menores de 16 anos e de indivíduos incapacitados, os responsáveis responderam. Sempre que necessário, as visitas foram realizadas nos três turnos de dias úteis (manhã, tarde e noite), permitindo a participação de todos os que residiam no domicílio.

Foi utilizado um formulário semiestruturado, aplicado para todos os indivíduos residentes no domicílio (contatos intradomiciliares), contendo as seguintes informações:

Informações sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, raça auto declarada, ocupação, escolaridade, renda familiar mensal, número de residentes na mesma casa, mudança de pessoas do domicílio nos últimos 5 anos.

Saúde geral: relato de doenças sistêmicas, uso de medicamentos e realização de consulta médica e/ou enfermeiro no último ano.

Informações referentes à Hanseníase:

- Recebeu algum profissional para falar sobre hanseníase;
- Conhecimento sobre a doença e como preveni-la;
- Realização ou não da avaliação dermatoneurológica e quando foi realizada;
- Motivos para a não realização da avaliação dermatoneurológica;
- Indicação e registro de vacinação BCG;

Os contatos que relataram a não realização da avaliação dermatoneurológica (contatos não examinados) foram encaminhados para o serviço de referência de hanseníase da rede de assistência básica para acompanhamento. E aqueles indivíduos que foram encontrados sem cicatriz de BCG, e que tinham indicação de tomar, também foram encaminhados ao serviço.

Aspectos éticos: Esse trabalho originou-se do projeto “Estudo das Características Epidemiológicas, Qualidade de Vida, dos Fatores Clínico-terapêuticos, da Condição Normativa da Saúde Bucal e dos Achados Moleculares em Pacientes com Hanseníase e seus Contatos”, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Unimontes (Parecer número 2185/10). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise de dados: Os dados foram submetidos a uma análise descritiva com a obtenção dos valores médios, desvio padrão, cálculo das frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas. As análises foram realizadas empregando o pacote estatístico SPSS v. 17.0.

## RESULTADOS

Foi observada uma discrepância nos número de contatos identificados pela visita domiciliar comparados aos registrados no SINAN a partir da informação dos casos. Segundo os casos, nem todos os contatos realizaram exame dermatoneurológico (Tabela 1).

Tabela 1: Número de contatos intradomiciliares de hanseníase registrados no SINAN, encontrados nas visitas domiciliares e que relataram exame dermatoneurológico.

	Número de contatos	% em relação aos dados do SINAN	% em relação aos encontrados
Contatos registrados no SINAN	202	-	-
Registro de exame dermatoneurológico entre contatos no prontuário	113	55,9%	73,4%
Contatos encontrados nas visitas domiciliares	154	76,2%	-

Participaram do estudo 154 contatos dos 58 pacientes com diagnóstico confirmado de hanseníase de 07 de março de 2009 a 02 de setembro de 2011, identificados em 13 dos 32 municípios da SRS-TO (Tabela 2). Em 5 municípios, com casos identificados não foi possível à coleta de dados. Os contatos identificados relataram conviver com os doentes com hanseníase em média há 17,75 anos (DP=14,41): 17,5% há menos de 5 anos, 16,9% entre 6 e 10 anos e 65,6% há mais de 11 anos.

Tabela 2: Numero de casos e de contatos intradomiciliares de hanseníase por municípios da SRS-TO – Março/2009 a Setembro/2011

Municípios	Número de casos de hanseníase	Número de contatos intradomiciliares
Águas Formosas	3	9
Carlos Chagas	5	17
Crisólita	2	3
Itambacuri	5	24
Ladainha	2	4
Nanuque	10	20
Nova Módica	4	16
Novo Cruzeiro	2	5
Novo Oriente	4	10
Poté	4	9
São José do Divino	5	9
Serra dos Aimorés	4	10
Teófilo Otoni	8	18
Total	58	154

A maioria dos contatos intradomiciliares de hanseníase era do sexo feminino, pertencia à faixa etária de adultos e crianças, era solteiro e pardos. A maior parte estudou menos de 11 anos e apresentava renda familiar de até 2 salários mínimos (Tabela 3). A média de idade dos contatos foi de 29,87 anos (Desvio Padrão =21,88). Os contatos apresentaram baixa escolaridade, entre os que nunca estudaram, 55% possuíam 1 a 12 anos de idade e 40% mais de 60 anos de idade. As casas visitadas apresentaram, em média, 5,97 (DP=1,85) cômodos residindo, em média, 4,77 pessoas (DP=1,77), com média de 2,24 (DP=0,98) pessoas dormindo em cada quarto. A maioria dos contatos relatou que não houve mudança de nenhum morador nos últimos 5 anos (62,3%).

Tabela 3: Caracterização dos contatos intradomiciliares de hanseníase quanto a características sociodemográficas. 2011.

Variáveis	n	%
<b><i>Sexo</i></b>		
Masculino	57	37,0
Feminino	97	63,0
<b><i>Faixa etária</i></b>		
1 a 12 anos	47	30,5
13 a 19 anos	22	14,3
20 a 30 anos	17	11,0
31 a 59 anos	50	32,5
≥ 60 anos	18	11,7
<b><i>Estado civil</i></b>		
Solteiro	85	55,2
Casado	41	26,6
Amasiado	17	11,0
Separado/divorciado	7	4,5
Viúvo	4	2,6
<b><i>Cor da pele autodeclarada</i></b>		
Branca	31	20,1
Preta	42	27,3
Parda	80	51,9
Indígena	1	0,6
<b><i>Anos de estudo*</i></b>		
0	20	13,1
1 a 4	62	40,5
5 a 11	62	40,5
> 12	9	5,9
<b><i>Renda mensal familiar (em salários mínimos)**</i></b>		
Até 1 SM	62	41,9
De 1,10 a 2 SM	67	45,3
Acima de 2 SM	19	12,8

\*Um participante não respondeu a questão sobre anos de estudo.\*\*Seis participantes não informaram a renda mensal – Salário Mínimo vigente=R\$ 545,00.

Nas atividades laborais relatadas pelos contatos, observou-se maior frequência de doméstica, do lar ou cozinheira (16,9%), seguida por pedreiro/auxiliar de pedreiro (4,5%) e lavrador (4,5%). As outras atividades, todas com pequenas frequências foram: secretária (2,6%), professor (1,9%), cuidador (1,3%), vendedor (1,3%), babá (1,3%), vaqueiro (1,3%), manicure (0,6%), ACS (Agente Comunitário de Saúde) (0,6%), moto táxi (0,6%) e bombeiro (0,6%). Os demais relataram não trabalhar (40,9%), ser estudante (11,7%) e aposentado (9,4%).

Nos últimos 5 anos, 55 (37,9%) dos contatos relataram problemas de saúde, sendo mais frequente a hipertensão arterial (16,4%) e 25,3% relataram fazer uso contínuo de medicamentos (Tabela 4)

Tabela 4: Distribuição dos contatos segundo doenças sistêmicas relatadas.

Doenças relatadas*	n	% do total (n=145)	% entre os que relataram algum problema (n=55)
Hipertensão	9	6,2	16,4
Hanseníase	6	4,1	10,9
Doenças mentais	4	2,8	7,3
Anemia	3	2,1	5,5
Bronquite	2	1,4	3,6
Queimaduras nas mãos	2	1,4	3,6
Hérnia de disco	2	1,4	3,6
Neurite	1	,7	1,8
Diabetes	1	,7	1,8
Hérnia inguinal	1	,7	1,8
Dengue	1	,7	1,8
Pneumonia	1	,7	1,8
Nódulo na mama	1	,7	1,8
Reumatismo	1	,7	1,8
Problemas articulares	1	,7	1,8
Verminose	1	,7	1,8
Artrose	1	,7	1,8
Rinite	1	,7	1,8
Glaucoma	1	,7	1,8
Mioma	1	,7	1,8
Elefantíase	1	,7	1,8
Tuberculose	1	,7	1,8
Dormência nas mãos	1	,7	1,8
Fortes dores na perna	1	,7	1,8
Alterações na tireóide	1	,7	1,8

\*Nove contatos não informaram sobre doença sistêmica

Quase a totalidade dos contatos (92,9%) relatou ter consultado um médico ou enfermeiro (a) nos últimos três anos. Entre os onze que não consultaram um profissional, 81,8% não sentiram necessidade, 9% devido ao custo do transporte, 9% foi devido ao tempo gasto com o deslocamento e 9% alegaram que o atendimento é ruim.

A maioria dos contatos não fez o exame para prevenção da hanseníase, pois dos 154 contatos identificados no domicílio, 85 (55,2%) relataram não terem sido examinados. Essa conduta foi mais frequentemente justificada pela falta de orientação (84,6%). Mais de 90% dos que fizeram (n=69) o exame, foi há menos de 1 ano (Tabela 5).

Tabela 5: Descrição dos contatos quanto a medidas de prevenção da hanseníase

<b><i>Exame para prevenção da hanseníase dermatoneurológico</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
Sim	69	44,8
Não	85	55,2
<b><i>Há quanto tempo o exame foi feito (n=69)</i></b>		
≤ 6 meses	12	17,4
Entre 7 e 12 meses	52	75,4
Há 24 meses	3	4,3
Há 36 meses	2	2,9
<b><i>Motivos para não realização do exame (n=85)</i></b>		
Falta de orientação	72	84,6
Não acho necessário	7	8,2
Falta de oportunidade	2	2,4
Medo da doença	2	2,4
Falta de tempo	2	2,4
<b><i>Tomou a vacina BCG?</i></b>		
Sim	136	88,9
Não	17	11,1%

Aproximadamente a metade dos contatos (47,4%) relatou nunca ter recebido um profissional em casa para dar informações sobre a hanseníase, porém a maioria já ouviu falar da doença, sendo principalmente no posto de saúde e em visita domiciliar (Tabela 6)

Tabela 6: Distribuição dos contatos segundo o acesso a informações sobre a hanseníase

<b><u>Acesso a informações sobre Hanseníase</u></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
<b><i>Recebeu profissional para informar sobre hanseníase</i></b>		
Sim	80	52,6
Não	72	47,4
<b><i>Ouviu falar sobre hanseníase</i></b>		
Sim	106	68,8
Não	48	31,2
<b><i>Onde ouviu falar sobre hanseníase</i></b>		
No posto de saúde	29	18,8
Em visita domiciliar	29	18,8
Entre parentes e amigos	17	11,0
Televisão, internet, jornal, rádio ou revistas	11	7,1
Palestra	8	5,2
Consulta médica	6	3,9
Por profissionais de saúde	3	1,9
No trabalho ou meio de transporte	3	1,8

Ao serem indagados sobre o que é hanseníase, 93 (60,1%) afirmaram não saber o que é e, entre os que a conceituaram, quase todos (95,2%) referiram que hanseníase é uma doença que provoca mancha na pele e 15 (35,7%) disseram que provoca dormência. Outras percepções acerca da doença foram:

*“Se não tratar os nervos endurecem”;*

*“Tem cura, se não tratar a pessoa vai definhando”.*

*“Uma doença perigosa e transmissível”*

*“É a antiga lepra”*

*“São bacilos que transmitem e se contagia pelas vias aéreas e tem cura”*

*“Se não fizer o tratamento não tem cura”*

*“Doença contagiosa, precisa aumentar a higiene e transmite através gotículas de saliva”*

*“Doença perigosa, com nódulos e só cura se tomar os remédios.*

*“Não, sei que é uma doença perigosa, pois fui proibida de entrar na escola porque meu avô estava”*

*“É uma doença que não tratada perde os dedos e outros membros”*

## DISCUSSÃO

Nesse estudo, foram coletados dados em 13 (72%) dos 18 municípios da Superintendência Regional de Teófilo Otoni com casos incidentes de hanseníase, totalizando 154 contatos. Cinco municípios não foram visitados porque só possuíam um ou dois pacientes no registro do SINAN, eram localizados na zona rural. Assim, como a coleta de dados ocorreu em período chuvoso o acesso a esses locais se tornou muito difícil com estradas intransitáveis. Houve uma discordância entre o número de contatos registrados no SINAN, a partir da informação dos casos, e aqueles identificados quando da visita domiciliar, sendo identificado maior número de casos durante a visita. O que pode explicar tal fato é a falta de controle dos serviços em relação ao registro de dados e a não realização de busca ativa dos contatos. Interessante seria se todos os municípios tivessem informações do processo saúde-doença de boa qualidade para fazer sua vigilância estabelecer estratégias, organizar e avaliar programas e serviços. A qualidade da informação depende da regularidade da coleta, da extensão da cobertura e da acurácia dos dados, além da habilidade de quem vai utilizar a informação permitindo assim a utilização mais eficiente e apropriada dos recursos<sup>13</sup>.

O perfil sociodemográfico e econômico dos contatos intradomiciliares de hanseníase identificados nos municípios da SRS-TO, na região Nordeste de Minas Gerais, foi semelhante ao demonstrado em prévios estudos nacionais, sendo, representado, principalmente, por mulheres<sup>14,15</sup>, indivíduos de baixa escolaridade<sup>16</sup>, com baixa renda e exercendo atividades

laborais que requerem baixa qualificação profissional<sup>17,18,19</sup>. Contudo, em relação à cor da pele, a maioria de contatos autodeclararam ser de cor parda, outros autores, também encontraram em seus estudos realizados no Nordeste a raça parda como predominante<sup>20,21</sup>.

Quanto à faixa etária, houve maior frequência de contatos adultos, ou seja, na fase produtiva da vida. No entanto, grande número de contatos era mais jovem, possuindo assim, risco de adoecimento precoce por hanseníase, o que é característico de países ou regiões endêmicas. Em países endêmicos, a população infantil entra precocemente em contato com doentes bacilíferos, o que colabora para a detecção da doença entre crianças de três a cinco anos, principalmente pela forma Virchoviana<sup>22</sup>. A exposição de adolescentes e jovens pode levar ao aparecimento de sinais da doença em idade produtiva, uma vez que o período de incubação é longo. Há referências de nove meses a 20 anos<sup>23</sup>, de dois a sete anos<sup>24</sup> e de 3 a 5 anos<sup>25</sup>.

Aproximadamente, 1/3 dos contatos relataram possuir alguma doença sistêmica, sendo mais frequente a hipertensão, que se constitui em um grave problema de saúde pública, sendo fortemente associada ao desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, que estão entre as principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo<sup>26</sup>. A prevalência de hipertensão arterial entre os contatos de hanseníase nesse estudo foi menor que a descrita para a população brasileira, que pode atingir de 20 a 30% entre os maiores de 18 anos. No entanto, a população desse estudo incluiu muitas crianças e adolescentes menores de 18 anos<sup>27</sup>. Mais de 90% dos contatos relataram ter consultado um médico ou enfermeiro nos últimos três anos, por alguma razão que não a hanseníase. Entre os que não consultaram um profissional de saúde, a grande maioria relatou que não sentiram necessidade para tal.

Mais da metade dos contatos intradomiciliares não realizaram exame para prevenção da hanseníase, o que pode evidenciar uma falta de adesão dos usuários ao Programa de Controle de Hanseníase da região ou problemas de acesso do próprio programa. Estudos nacionais prévios demonstraram falhas em Programas de Controle de Hanseníase. Em Taubaté - São Paulo, foram analisados 36 prontuários de casos novos de hanseníase no ambulatório regional de especialidades, sendo identificados 92 contatos registrados no PNCH, dos quais 64,1% não compareceram para as consultas no próprio ambulatório. Destes, 61% foram submetidos à consulta de enfermagem no domicílio e relataram o não comparecimento por esquecimento e falta de tempo<sup>28</sup>. Falta de tempo foi também um dos motivos citados por pequena parte dos contatos estudados na região Nordeste de Minas Gerais. Os motivos mais frequentes foram

por “falta de orientação” e “não achar necessário”. De forma semelhante, em Maceió, os principais motivos para a não adesão ao PNCH relacionavam-se ao fato dos comunicantes se sentirem saudáveis, sem, portanto, julgarem necessário o controle de saúde e, além disso, não acreditavam na doença<sup>29</sup>. Em estudo anterior foi constatada que a falta de adesão ao programa ocorria em decorrência de esquecimento, falta de tempo, falta de recursos financeiros e desconhecimento sobre a importância do controle da doença<sup>30</sup>. A “falta de orientação” citada pelos contatos como o principal motivo para a não realização do exame para prevenção da hanseníase sugere que o PNCH da região estudada necessita desenvolver formas de informar e conscientizar a comunidade sobre métodos de prevenção, tratamento e controle da hanseníase, além de motivá-la a procurar o serviço, estimulando medidas de autocuidado. A abordagem no núcleo familiar dos casos de hanseníase parece não ocorrer de forma satisfatória, pois quase a metade dos entrevistados não recebeu o profissional de saúde para informar sobre a hanseníase e, entre os que já ouviram falar de hanseníase, menos de 20% foi em visita domiciliar. Tais resultados evidenciam uma fragilidade dos serviços e evidenciam um descumprimento das atribuições de grande parte dos membros das equipes de Atenção Primária à Saúde de realizar o cuidado no âmbito do domicílio<sup>31</sup>. De acordo com a Linha Guia do Estado de Minas Gerais, a atenção à saúde deve incluir a visita domiciliar realizada por todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família<sup>32</sup>. Similarmente, a falta de conhecimento sobre hanseníase foi constatada em 89% dos comunicantes em estudo anterior; dos quais 43% não compareceram ao serviço de saúde para orientação, exame dermatoneurológico e recebimento da vacina BCG, mesmo tendo sido visitados pelos profissionais de saúde e terem sido convocados por meio de carta<sup>33</sup>. Apesar do desconhecimento sobre hanseníase relatado pela maioria dos contatos, 88,9% relataram ter tomado a vacina BCG, o que pode estar relacionado ao fato das pessoas já terem sido imunizadas na infância ou então os serviços de imunização serem desvinculados dos serviços de hanseníase. Assim, não ocorrendo a troca de informação entre os dois serviços, o dado fica perdido, comprometendo a vigilância do contato. (sendo assim a falta de controle dos serviços sobre o contato). No entanto, nesse estudo, não foi avaliada a presença de cicatrizes para validar essa informação, o que poderia indicar melhor a necessidade ou não da vacina. A eficácia da vacina BCG, na imunoprevenção e na imunoterapia da hanseníase, tem sido tema de estudos feito por Lombardi e cols, observando-se uma variação muito grande nesse índice. Esses autores fazem referência ao assunto informando que a “presença de uma ou mais cicatrizes estava associada à eficácia protetora estimada em 90%.”<sup>34</sup> Em outro trabalho, Sanjag e outros realizaram pesquisa em Nagpur, Índia, e verificaram que a efetividade da vacina

BCG foi de 71%.<sup>35</sup>. Apesar de apresentarem resultados contraditórios, a maioria das pesquisas aponta benefícios tanto na profilaxia como na terapêutica associada à poliquimioterapia<sup>36</sup>. A vacina aumenta a resistência do organismo, principalmente contra as formas multibacilares da doença. O Ministério da Saúde, que recomendava duas doses com intervalo de seis meses<sup>37</sup> passa a adotar nova conduta, não indicando o aprazamento do contato para a segunda dose. Assim, em contato considerado indene (não doente), deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir a seguinte orientação: uma dose, na ausência ou na presença de uma cicatriz; não vacinar no caso de apresentar duas cicatrizes<sup>38</sup>. O Ministério da Saúde ainda recomenda atenção especial na investigação de contatos de pacientes menores de 15 anos, o que se justifica pela possibilidade de transmissão recente e ativa.<sup>39</sup>

Os contatos pesquisados, na sua maioria, definiram a hanseníase a partir dos seus sintomas, sendo citada, principalmente, a presença de manchas na pele e de dormência. Percepções sobre a gravidade da doença, formas de transmissão, estigmatização historicamente associada à doença “lepra”, potencial debilitante e sequelas da doença também surgiram nas definições dadas pelos contatos. De forma semelhante ao observado nesse estudo, 47,1 dos escolares em Paracatu, Minas Gerais, já tinham ouvido falar sobre hanseníase e conheciam sua fonte de infecção. No entanto, 71% dos alunos avaliados desconhecem os sintomas da doença<sup>40</sup>. Também no presente estudo 93 (60,1%) contatos referiram não saber o que é hanseníase, e entre os que souberam conceituar, quase todos (95,2%) referiram que hanseníase é uma doença que provoca mancha na pele e 15 (35,7%) disseram que provoca dormência.

Provavelmente, os comunicantes estudados possuem essa percepção por conviverem em contato próximo com a doença, uma vez que habitam a mesma residência de indivíduos infectados.

## CONCLUSÕES

Os contatos da região Nordeste de Minas Gerais são representados, na sua maioria, por mulheres, indivíduos de baixa escolaridade, baixa renda e exercendo atividades laborais que requerem baixa qualificação técnica. Os resultados sugerem uma falta de adesão dos usuários ao PNCH da região ou problemas de acesso do programa, constatada pela baixa prevalência de realização do exame dermatoneurológico para diagnóstico da hanseníase entre os contatos intradomiciliares. O Programa Nacional de Controle de Hanseníase da região estudada

necessita desenvolver formas de informar e conscientizar a comunidade sobre métodos de prevenção, tratamento e controle da hanseníase, além de motivá-la a procurar o serviço, estimulando medidas de autocuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Lombardi C. Situação da endemia da hanseníase no Município de São Paulo (1976/77). São Paulo. Rev Saude Publica 1979; 13(4):281-98.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A responsabilidade da atenção básica no diagnóstico da hanseníase. Informe da atenção básica; Brasília: Ministério da Saúde; 2007
5. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil. Brasília (DF) Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_novembro](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro)>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A responsabilidade da atenção básica no diagnóstico da hanseníase. Informe da atenção básica; Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Indicadores de monitoramento do comportamento da hanseníase no Brasil: Nota técnica No. 010/2007/PNCH/DEVEP/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [citado em: 17 jul 2008].
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Nota Técnica nº 10/2007/PNCH/DEVEP/SVS/MS
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde, GM. Portaria nº3.125, de 07 de outubro de 2010.
12. Pinto Neto JM, Villa TCS, Mencaroni DA, Gonzáles RC, Gazeta CE. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. Hansen Int 2002; 27(1): 23-28.

13. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação: normas e rotinas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. Matos HJ, Duppre N, Alvim MFSA, Vieira LMM, Sarno EM, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coortes de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro. São Paulo. Cad Saude Publica. 1999; 15(3):533-542.
15. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSXR, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. Brasília. Rev Bras Enferm; 2008; 61(esp): 682-8
16. Femina LL, Soler ACP, Nardi SMT, Paschoal VDA. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. Rio de Janeiro. Rev Hansen Int 2007; 32(1): 37-48
17. Helena LMF, Salum MJL. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 2002; 18(1):101-103.e
18. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 1998; 14(1):51-60
19. Parra MC. Caracterización sócio-econômica de los leprosos atendidos em La unidade de dermatologia sanitária de Maracaibo, Venezuela: um estudo de casos. Cad Saude Publica 1996; 12(2): 225-31.
20. Fonseca PHM. Hanseníase no estado do Maranhão: análise de 5.274 casos. Arq Bras Med 1983; 57: 175-7.
21. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. Cad Saude Publica. 2003; 19(1): 119-25).
22. Talhari S, Neves RG. Dermatologia tropical: hanseníase. Manaus: Editora Tropical: 1997
23. Chin J. Manual de Controle das doenças transmissíveis. 17. ed. Porto Alegre: Artmed: 2002.
24. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
25. Margarido LC, Rivitti EA. Hanseníase. In: Veronesi R, Focacia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 937-69.
26. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evolution, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289(19): 2560-72
27. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 31-34.
28. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSXR, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. Brasília. Rev Bras Enferm 2008; 61 (esp): 682-93).

29. Nascimento Júnior CF, Gomes Filho, Neto M. Busca ativa de hanseníase em Maceió.- UFAL. Busca Ativa de Hanseníase nos Comunicantes Intra-Domiciliares dos Pacientes do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário/Universidade Federal de Alagoas. 2004.
30. Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonett JP. Consulta de enfermagem: estratégias de cuidado ao Portador de hanseníase em atenção primária. Florianópolis. Rev Texto Contexto Enferm. 2009; 18(1): 100-7
31. Brasil. Ministério da Saúde GM. Portaria Ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
32. Minas Gerais. Secretária de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hanseníase. Belo Horizonte; SAS/MG, 2006.
33. Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonett JP. Consulta de enfermagem: estratégias de cuidado ao Portador de hanseníase em atenção primária. Florianópolis. Rev Texto Contexto Enferm. 2009; 18(1): 100-7
34. Lombardi C, Pedrazzani JC, Filtro PF, Zicker F. Protective efficacy of BCG against leprosy in São Paulo. Bull Pan Am Health Organ 1996;30(1):24-30
35. Sanjag P Zodpey, Sunanda N, Shrikhand, Atul D Salodkar, Bhagurath R Maladhure, Shyam W Kulkaroni. Effectiveness of Bacillus C Calmett-Guerin (BCG) vaccination in the prevention of Leprosy: a case-finding control study in Magpur 1998;66(3):309-15.
36. Azulay RD. Vacinação anti-hansênica. Anais Bras Dermatol 2002; 77(4): 489-94.
37. Ministério da Saúde. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
38. Brasil. Ministério da Saúde GM. Portaria Ministerial nº 3.125, de 7 de outubro de 2010.
39. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Cad Atenção Básica 2007; 21
40. Ferreira IN. Busca ativa de hanseníase na população escolar e distribuição espacial da endemia no município de Paracatu-MG [tese]. Brasília: Universidade de Brasília. Brasília; 2008.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados neste estudo, fazem-se necessárias as seguintes considerações:

- Torna-se necessária a manutenção da educação permanente e capacitação de equipe multiprofissional, pois, os dados reforçam a necessidade de ações que proporcionem: o diagnóstico precoce especialmente entre os contatos intradomiciliares, onde todos deverão ser sensibilizados e examinados; a instituição de tratamento adequado; o acesso às informações sobre a doença e os modos de transmissão, diminuindo assim, o período de exposição dos contatos aos casos multibacilares;
- Devem-se estabelecer parcerias com os serviços de saúde dos municípios, no sentido de resgatar os contatos faltosos visando o diagnóstico precoce da doença;
- Devem-se promover educação continuada, capacitação e sensibilização de todos os indivíduos envolvidos com a assistência de saúde dos municípios, desde os técnicos de nível superior, nível médio, gestores, pessoal de apoio, para que haja suspeição diagnóstica e encaminhamento precoce;
- Sugere-se promover e implementar ações educativas , utilizando a mídia , profissionais de saúde, da educação e representantes de associações de bairro, com o objetivo de orientar doente, família e comunidade em geral, sobre os aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos, redução de estigma e preconceito;
- Faz-se necessária a continuidade deste trabalho em parceria com os municípios, universidades, sensibilizando e capacitando os acadêmicos da área de saúde, para a suspeição diagnóstica e encaminhamento dos casos suspeitos visando identificar novos focos da doença, visto que estes serão futuros profissionais que poderão colaborar com a disseminação do conhecimento e, conseqüentemente, colaborar com a eliminação da doença, uma vez que a mesma tem um caráter crônico, com um longo período de incubação;
- Também se faz necessária a parceria com outros órgãos governamentais em nível federal, estadual e municipal, ONGs ou instituições privadas, visando garantia de recursos financeiros e materiais.

É fato que a hanseníase tem que ser eliminada, pois, não é justo deixar que, tantas pessoas que não têm conhecimento dos seus direitos, adoecerem. É necessário e urgente que os serviços sejam mais resolutivos na busca dos contatos domiciliares, pois, a fonte de infecção está dentro de casa.

## REFERÊNCIAS

1. Orsini M, Freitas MRG, Antonioli RS, Mello MP, Reis JPB, Reis CHM, Silva JG, Carvalho RW, Nascimento OJM. Estudos clínicos, imunopatológicos e eletrofisiológicos dos nervos periféricos na hanseníase
2. Araújo M.G. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(3):373-382.
3. Amaral E. P., Lana F.C.F. Análise espacial da Hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2008; 61(esp): 701-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,- 2. ed. Ver. – Brasília: ministério da Saúde,2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. Cadernos de Atenção Básica nº 10. Brasília: Ministério da Saúde,2002.
6. Pinto-Neto JM, Villa TCS, Oliveira MHP, Barbeira CBS. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. *Hansen Int.* 2000;25:163-176.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
8. Gomides T. A.R., Burgarelli G. M, R., Pereira M. C., Cabrera G. P. B.. Amplificação Gênica do *Mycobacterium Leprae* no Linfa do Lóbulo da Orelha de casos índices e seus contatos sadios em Governador Valadares – MG.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. Cunha AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Cien Saude Colet,* 2002;7(2):235-242.
11. Chimelli L. Valor da biópsia de nervo no diagnóstico da Hanseníase: auxílio à clínica nos casos de forma neural pura e reativação. *Hanseniase Int Special: Hansenologia Internationalis* 1998. 89-92.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Hanseníase: atividade e controle. Brasília; 2001
13. Opromolla PA, Martelli ACC. A terminologia relativa à Hanseníase. *Anais Brasileiros de Dermatologia.* 2005;80(3):293-294.

14. Gallo M, Oliveira MLW. Recidivas e reinfeção em Hanseníase. *Med Ribeirão Preto*. 1997;30:351-357.
15. Sales AM *et al.* No difference in leprosy treatment outcomes comparing 12 and 24-dose multidrug regimes: a preliminary study. *Cad de Saude Publica*, Rio de Janeiro. 2007;23(4):815-822.
16. Mira MT. Genetic host resistance and susceptibility to leprosy. *Microbes and Infection* 8 (2006) 1124 e 1131.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias - Guia de Bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Nota Técnica nº 10/2007/PNCH/DEVEP/SVS/MS.
19. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity, a five group system. *International Journal of Leprosy*. 1966;34(3): 255-73.
20. Brasil. Ministério da Saúde, GM. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010.
21. Camello RS. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Bauru*. 2006; 31(3):15-19.
22. Cavalieri, FAM. Estratégias para o exame de contatos de hanseníase: avaliação de desempenho em área urbana endêmica do RJ. [Tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Curso de Pós-graduação em Dermatologia; 2005.
23. Feliciano KVO, Kovacs MH, Alzate A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. *Rev Panamericana de Salud Publica*. 1998; 4(1):6-13.
24. Andrade VLG, Sabrosa PC, Araujo ALG. Fatores associados ao domicílio e a família na determinação hanseníase. *Rio de Janeiro. Cad de Saude Publica*. 1994;10(2): 281-92.
25. Minas Gerais. Secretária de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: Hanseníase. Belo Horizonte. SAS/MG.2006.
26. Goulart IMB, Penna GO, Cunha G. Imunopatologia da Hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. *Rev Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2002;35(4):365-375.
27. Dockrell HM, Eastcott H, Young S, Macfarlane A, Hussain RM, Waters FR. 1991. Possible transmission of *Mycobacterium leprae* in a group of UK leprosy contacts. *Rev Lancet*; 1991; 338(8769):739-743.
28. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde: Manual de Procedimentos para vacinação. Brasília (DF) Ministério da Saúde; 2008.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância de eventos adversos pós-vacinação/ Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF) Ministério da Saúde; 2008.
30. Silveira LMC; Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensino para profissionais de saúde e pacientes. São Paulo. Rev Saude Publ. 2005; 6 (9): 91-104.
31. Dal-Fabro AL, Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action. Rio de Janeiro. Cad. Saude Publ 2005. 21(4):1292-1298.
32. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSXR, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. Brasília. Rev Bras Enferm; 2008; 61(esp): 682-8.
33. Muniz JN e Villa TCS. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. Rio de Janeiro. Bol Pneumol Sanit. 2002; 10(1):49-54.
34. Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallan MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, et al. A Adesão ao Tratamento na Hipertensão Arterial: Análise da Produção Científica. São Paulo. Ver Esc Enf USP. 1998; 32(4):335-53.
35. Mochel EG, Andrade CF, Almeida DS, Tobias AF, Cabral R, Cossetti RD. Avaliação do Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes da Rede Pública em São Luis. Salvador. Rev Baiana de Saude Publ. 2007; 31(1):90-101.

## ANEXO: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
 COMITÊ DE ÉTICA  
 PARECER CONSUBSTANCIADO



Montes Claros, 15 de outubro de 2010

Processo N.º 2185/10.

**Título do Projeto:** Estudo das características epidemiológicas, qualidade de vida, dos fatores clínico-terapêuticos, da condição normativa da saúde bucal e dos achados moleculares em pacientes com Hanseníase e seus contatos

**Coordenador:** Prof.º Dr. Alfredo Maurício Batista de Paula

**Relator:** Prof.º Ms. Simone de Melo Costa

#### Histórico

A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Ela causa lesões na pele e nos nervos periféricos, tais como perda de sensibilidade e hipocromicidade, e neuropatia. Este trabalho tem como objetivo geral caracterizar fatores ambientais (sócio-demográficos), clínicos e genéticos de indivíduos com Hanseníase e seus contatos. Ainda, analisar entre esses grupos de indivíduos, condições normativas da saúde bucal, características da dieta, qualidade de vida e aspectos da relação conjugal paciente/cônjuge. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo caso controle. Será também adotada uma abordagem qualitativa. A amostra será composta por 90 pacientes já diagnosticados com Hanseníase, cadastrados no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) (casos), e 90 contatos intradomiciliares, maiores de 16 anos (controle), além de 90 indivíduos saudáveis pareados individualmente por sexo e idade a cada um dos casos (controle). A coleta de dados quantitativos será feita nos domicílios dos pesquisados por meio de questionários estruturados e semi-estruturados. A avaliação da condição de saúde bucal será realizada pelo pesquisador cirurgião-dentista num consultório odontológico localizado numa Unidade Básica de Saúde- UBS. Para a pesquisa qualitativa serão selecionados indivíduos do grupo caso e dos controles que possuam companheiros. Eles serão entrevistados e as lâmas gravadas para posterior transcrição e análise. O critério para interrupção das entrevistas será o de saturação das respostas. Será feita a análise molecular do polimorfismo do gene candidato IL12p40 e IFN-gama após a coleta da amostra e extração do DNA. O DNA será extraído a partir do produto da raspagem da mucosa jugal, e tratado com reagentes específicos e protocolos pré-determinados, a fim de se obter uma amostra adequada do DNA, que possa, inclusive, ser armazenada para análises subsequentes. Para a amplificação do DNA será utilizada a técnica da PCR (reação em cadeia da polimerase), a partir do material obtido no procedimento de extração, a fim de produzir cópias da sequência de nucleotídeos que codifica a síntese de interferon-gama. Para cada reação de PCR, a fim de verificar-se a ausência de contaminação dos componentes da cadeia, será avaliado um controle negativo contendo todos os reagentes necessários para a realização da reação, com exceção da amostra do DNA. Os produtos da PCR serão verificados através da eletroforese de gel em poliacrilamida. Posteriormente, cada gel será corado por prata para verificação em análise do material amplificado. Será conduzido um estudo piloto para verificar a viabilidade da pesquisa, a aplicabilidade e compreensão dos questionários, treinamento dos pesquisadores envolvidos, além da calibração do instrumental utilizado para as análises laboratoriais. Para o estudo piloto, serão selecionados 10 indivíduos com domicílio na cidade de Almenara/MG, que possuam características semelhantes aos componentes da amostra.

**Mérito**

A Hanseníase representa um desafio para as organizações de saúde, nacional e internacional, causando danos físicos, psicossociais e econômicos. O estudo pretende gerar conhecimentos importantes que poderão contribuir na implantação de estratégias que melhorem a qualidade de vida física e emocional do portador de hanseníase, além de propiciar a identificação de marcadores de diagnóstico, fatores de risco e de resistência terapêutica e de prognóstico para a doença.

**Parecer**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes analisou o processo **2185/10**, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.



*Prof. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes*  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes