

COBERTURA DO EXAME DE CONTATOS DE HANSENÍASE EM MUNICÍPIO ENDÊMICO DE MATO GROSSO, BRASIL

COVERAGE OF THE EXAMINATION OF CONTACTS OF LEPROSY IN ENDEMIC MUNICIPALITY OF MATO GROSSO, BRAZIL

Lúbia Maieles Gomes Machado¹, Natasha Rayane de Oliveira Lima², Omar Ariel Espinosa³, Eliane Ignotti⁴

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a proporção de contatos examinados e não-examinados de casos novos de hanseníase segundo registro em prontuários e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a relação com variáveis relativas aos contatos, casos novos e tipo de serviço de saúde em Cáceres -Mato Grosso. Trata-se de estudo transversal com dados de prontuários e do SINAN relativos aos contatos registrados e examinados no período de 2013 e 2014. As comparações de proporções foram obtidas por meio do teste Qui-quadrado ao nível de significância de 5%. Foram analisados registros de contatos de 87 casos novos. Observou-se maior proporção de contatos examinados segundo o SINAN (77,33%), quando comparados aos registros em prontuários (62,46%). Verificou-se maiores proporções de contatos examinados de casos multibacilares (75,14%) e em tratamento em unidades básicas (72,64%). Não foram observadas diferenças nas proporções de contatos examinados segundo sexo e faixa etária dos mesmos. Ações de vigilância de contatos de hanseníase têm sido pouco valorizadas em Cáceres-MT de acordo com a baixa cobertura de contatos examinados e com as inconsistências observadas entre os registros em prontuários e sistema de informação.

Palavras-chave: Vigilância em saúde Pública. Serviço Hospitalar de Registros Médicos. Doenças Transmissíveis. Hanseníase.

1. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva-UFMT. Professora da Universidade do estado do Mato Grosso. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). E-mail: lubia_maielles@hotmail.com
2. Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais-UNEMAT. Professora da Universidade do estado do Mato Grosso. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). E-mail: natasharayane@hotmail.com
3. Biomédico. Doutor em Ciências. Professora da Universidade do estado do Mato Grosso. Departamento de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). E-mail: oaetmpan@gmail.com
4. Enfermeira. Pós-doutora. Professora da Universidade do estado do Mato Grosso. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). E-mail: eliane.ignotti@pq.cnpq.br

Correspondência

Lúbia Maieles Gomes Machado. Endereço: Rua Machado de Assim, n.º 19, Residencial Dom Máximo, Bairro Vila Irene, CEP: 78216-470.

E mail: lubia_maielles@hotmail.com

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the proportion of contacts screened and do not screened from new cases of leprosy according to medical records and Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) and the relationship with variables related to contacts, new cases and type of health service in Cáceres -Mato Grosso. This is a cross-sectional study with data from SINAN and records of contacts registered and screened during 2013 to 2014. Proportion comparisons using the Chi-square test at a significance level of 5% were measured. Records of contact from 87 new cases were analyzed. A higher proportion of contacts screened according to SINAN (77.33%) was found, when compared to records in medical records (62.46%). There were higher proportions of contacts examined from multibacillary cases (75.14%) and treatment in basic units (72.64%). No differences were observed in the proportions of contacts examined according to sex and age group. Surveillance actions of leprosy contacts have been little valued in Cáceres-MT according to the low coverage of contacts examined and with the inconsistencies observed between records in the medical records and information system.

Keywords: Public Health Surveillance. Medical Records Department, Hospital. Communicable Diseases. Leprosy.

INTRODUÇÃO

A vigilância da hanseníase se baseia no diagnóstico e tratamento de casos índices e na busca ativa de novos casos, especialmente entre seus contatos, grupo de maior risco de adoecimento¹⁻⁴.

A hanseníase considerada uma doença endêmica em países da África, Ásia e América do Sul apresentou um moderado declínio na última década no mundo, com 200 mil casos novos em 2016⁵. O Brasil apresenta cerca de 13% dos casos novos diagnosticados no mundo, mas desde 2003 mantém significativa redução da carga da doença^{6,7}. Em 2016 apresentou 25218 casos novos, dos quais 1.696 (3,6%) menores de 15 anos. A taxa de detecção foi de 12,2 casos por 100 mil habitantes. Quanto ao percentual de exame de contatos, este tem se mantido acima de 75% desde 2013⁷.

Mato Grosso encontra-se entre os estados mais endêmicos do país com um coeficiente de detecção de 81 casos novos por 100 mil habitantes em razão dos 2.665 casos novos diagnosticados em 2016. O percentual de contatos examinados se mantém acima de 75% desde 2012. Cáceres, município endêmico de Mato Grosso apresentou importante redução do coeficiente de detecção de 155 casos novos por 100 mil habitantes em 2001 para 48 casos novos por 100 mil habitantes em 2010. No período de 2010 a 2015 o município vem diagnosticando entre os residentes em média 40 casos novos ao ano⁷.

No enfrentamento da hanseníase as estratégias de busca ativa de casos novos vêm ganhando relevância e interesse^{3,8}. Para tanto, o rastreamento de contatos orientado pelo registro de casos novos diagnosticados tem sido recomendado⁹. Em

oposição, deficiências na quantidade e qualidade da avaliação de contatos representa importante fragilidade na vigilância em hanseníase. Condição que contribui para a manutenção da transmissão da doença^{2,3,9,10}.

As análises das proporções de contatos a serem examinados, bem como daqueles efetivamente examinados para cada caso diagnosticado de hanseníase entre os prontuários e a base de dados SINAN representa um dos atributos que podem ser usados para avaliar a qualidade da informação relativa a esta importante ação de vigilância em hanseníase.

O objetivo deste estudo é analisar a proporção de contatos examinados e não-examinados de casos novos de hanseníase segundo registro em prontuários e sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) e a relação com variáveis relacionadas a contatos, casos novos e tipo de serviço de saúde em Cáceres - Mato Grosso, no período de 2013 a 2014.

METODOLOGIA

Desenho do estudo e fontes de dados

Estudo transversal que utilizou como fonte de dados os registros do SINAN da base de dados municipal de 2013 e 2014 e os registros dos prontuários dos pacientes do mesmo período, disponíveis nas unidades básicas de saúde/Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Ambulatório de Dermatologia e Pneumologia Sanitária de Cáceres “O Bom Samaritano”.

Local do estudo

O município de Cáceres com população estimada em 90 016 mil habitantes em 2014, localiza-se a Oeste do Estado de Mato Grosso e é considerado hiperendêmico para hanseníase.¹¹ O índice de desenvolvimento humano municipal passou de 0,586 em 2000 para 0,708 em 2010¹². Os serviços de saúde para hanseníase estão organizados numa rede de unidades básicas da estratégia de saúde da família e tem um sistema de atenção ambulatorial desde a década de 1972, quando inaugurado, funciona como unidade de referência para a região. O diagnóstico e tratamento são descentralizados, ainda que muitos casos tenham o diagnóstico confirmado na unidade de referência. As ações de vigilância que incluem o exame de contatos são de responsabilidade da equipe de saúde que assume o tratamento do doente.

Participantes

Neste estudo, apenas os contatos de novos casos de hanseníase diagnosticados entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, residentes no município Cáceres e que receberam tratamento nesta localidade foram incluídos no estudo, de modo que fosse possível acessar os prontuários contendo informações detalhadas sobre os contatos registrados e examinados. Considerando-se que Cáceres é sede da regional de saúde em Mato Grosso e possui unidade de referência, é frequente o diagnóstico de casos novos que posteriormente são tratados no município de residência, de modo que o exame de contatos é feito no município de tratamento e não no município de diagnóstico.

Variáveis

As variáveis selecionadas foram: sexo (masculino, feminino) e faixa etária dos contatos (< 15 anos e > = 15 anos) e dos casos novos as variáveis sexo, faixa etária, classificação operacional (paucibacilar e multibacilar) e unidades de saúde (unidades de saúde da família e unidade de referência). A informação sobre o número de contatos registrados e examinados foi obtida nos prontuários dos casos novos e no SINAN². Os contatos registrados se referem aqueles a serem examinados enquanto os contatos examinados aos que foram de fato examinados de acordo com informações dos municípios².

Ressalta-se que não houve mudança na gestão do programa de hanseníase, nem tampouco no protocolo terapêutico no período de tempo utilizado no presente estudo até o momento atual.

Indicadores calculados. Para a análise da proporção de contatos examinados segundo registo dos prontuários e SINAN foram considerados todos os contatos incluídos em ambos.

Posteriormente utilizou-se apenas os dados proveniente dos prontuários para analisar as coberturas de contatos examinados segundo sexo e faixa etária dos mesmos, e segundo sexo, faixa etária, classificação operacional e tipo de serviço de saúde dos casos. Para a proporção de cobertura de exame de contatos considerou-se o percentual de contatos examinados entre os registrados. Foram realizadas

comparações de proporções usando o teste Qui-Quadrado ao nível de significância de 5%.

Softwares utilizados

Utilizou-se planilha para tabulação dos dados obtidos do SINAN e dos prontuários e as análises foram realizadas por meio do programa computacional SPSS versão 22.

Considerações éticas

Este estudo cumpre os princípios contidos na Declaração de Helsinki, de 1964/2008, na Associação Médica Mundial, além de seguir os critérios da resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa com seres humanos e da Norma Operacional 001/2013 do CNS-Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT em 24/06/2015, parecer nº 1.122.796 / 2015, CAAE 45672415200005166.

RESULTADOS

Para comparação da proporção de contatos examinados e não examinados entre prontuários e SINAN, 87 (83%) dos 104 casos novos foram selecionados e analisados no período de 2013 a 2014 por representarem o grupo de casos contidos em ambos os bancos de dados. Dos 87 casos novos, 52 casos novos eram do sexo masculino (63,4%) e 35 eram do sexo feminino (36,6%). Quanto à faixa etária, 04 casos eram crianças <15 anos (4,6%) e 83 adultos entre 17-93 anos (95,4%).

A análise da proporção de exame de contatos de casos novos de hanseníase mostrou diferenças estatisticamente significantes entre a fonte de registros SINAN e prontuários ($p < 0,000$). Observou-se maior proporção de contatos examinados pelo SINAN (77,33%), quando comparados aos registros em prontuários (62,46%) (Tabela 1).

Tabela 1- Análise de concordância dos contatos de hanseníase de acordo com os registros médicos e SINAN, Cáceres - MT, 2013 - 2014

Variáveis	Contatos examinados		Contatos não-examinados		X ²	Valor de p
	n	%	n	%		
Fonte						
SINAN	233	77,33	67	22,67	15,998	<0,000
Prontuários	188	62,46	113	37,54		

Para comparação de proporções de exame de contatos segundo características dos casos e contatos, foram analisados 104 casos novos a partir de registros de prontuários, com 352 contatos registrados, dos quais 317 continham informações sobre sexo e 309 para faixa etária. A proporção de contatos examinados entre os registrados foi de 70,4% (n=224), o que representa baixa cobertura. Não foram encontradas diferenças na proporção de contatos examinados de acordo com sexo e faixa etária dos contatos (Tabela 2).

Tabela 2- Proporção de contatos de hanseníase examinados segundo sexo e faixa etária, Cáceres-MT, 2013 - 2014

Variáveis	Contatos examinados		Contatos não-examinados		X ²	Valor de p
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	100	67,12	49	32,88	1,49	0,222
Feminino	123	73,37	45	26,63		
Faixa Etária						
< 15 anos	67	75,28	22	24,72	0,66	0,433
≥ 15 anos	156	70,90	64	29,10		

A análise de proporção de contatos examinados de acordo com as características dos casos novos de hanseníase, mostrou diferenças estatisticamente significativas segundo classificação operacional, faixa etária, sexo e unidade de saúde de tratamento. Para os 223 contatos examinados, 61% eram de casos novos multibacilares ($p < 0,001$); 91% eram contatos de casos novos adultos ($p = 0,007$); 53% contatos dos casos novos do sexo feminino ($p = 0,001$); e, 69% dos casos estavam em tratamento nas unidades básicas de saúde ($p = 0,028$) (Tabela 3).

Tabela 3- Proporção de contatos de hanseníase examinado segundo o caso novo, faixa etária e unidade de diagnóstico, Cáceres-MT, 2013 – 2014.

Variáveis	Contatos examinados		Contatos não-examinados		χ^2	Valor de p
	n	%	n	%		
Classificação Operacional						
Paucibacilar	87	50,87	84	49,13	22,29	<0,000
Multibacilar	136	75,14	45	24,86		
Faixa Etária						
< 15 anos	19	90,47	2	9,53	7,07	0,003
≥ 15 anos	204	61,67	127	38,36		
Sexo						
Masculino	106	55,78	84	44,22	10,17	<0,000
Feminino	107	72,23	45	27,77		
Unidade de Diagnóstico						
Centro de Referência	154	59,93	103	40,07	4,82	0,014
Unidade básica de Saúde	69	72,64	26	27,36		

DISCUSSÃO

O município de Cáceres, hiperendêmico para hanseníase apresentou baixa cobertura de exame de contatos de hanseníase no período estudado, ainda que está seja uma das principais recomendações para o controle da endemia, além tratamento adequado dos casos diagnosticados^{1,2,3}. A análise da proporção de exame de contatos mostrou-se maior segundo o SINAN quando comparados aos registros em prontuários. Sabendo-se que os registros no SINAN dependem do preenchimento do Boletim de Informação e que este deve ser informado pelas unidades de saúde

segundo a produção semanal, parece inconsistente o número maior de contatos examinados segundo o sistema de informação do que nos prontuários. Supõe-se que essa discrepância seja ocasionada por erros de digitação dos dados^{13,14} ou ainda, pela utilização de outras formas de registros como agendas em vez dos prontuários.

Sabendo-se que o exame de contatos é reconhecidamente a principal estratégia de busca ativa de casos novos da doença e, portanto, de redução da transmissão^{4,15}, a execução desta atividade pelos serviços de saúde é representada pelos registros nos prontuários e sequencialmente no sistema oficial de informação.

Não foram identificados na literatura estudos sobre comparação dos registros relativos ao exame de contatos. O exercício denominado *Leprosy Monitoring Elimination* (LEM) inclui busca de dados sobre contatos em prontuários, mas não faz uso de comparação com a base de dados local⁷. A estratégia utilizada neste estudo refere-se a uma das ações prioritárias na vigilância de hanseníase para interrupção da cadeia de transmissão.

Ainda que Cáceres represente um município com baixa cobertura de exame de contatos segundo os parâmetros do Ministério da Saúde², a comparação das proporções de exame de contatos de casos novos de hanseníase confirma que variáveis relacionadas aos casos novos e não aos contatos, são associadas à cobertura de exame, para municípios de Mato Grosso^{16,17}.

A proporção de contatos examinados foi maior quando os casos novos eram mulheres e crianças. Possivelmente porque esses grupos populacionais frequentam mais os serviços de saúde, sendo os principais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando cuidados para si e seus familiares¹⁸⁻²⁰. No entanto, ainda que o rastreamento de contatos de casos novos de hanseníase seja uma ação efetiva na busca ativa de casos novos, este enfrenta desafios operacionais e éticos⁹.

A principal dificuldade enfrentada pelas equipes de saúde é conscientizar o caso que inicia o tratamento a revelar ao seus contatos a ocorrência da doença ou na operacionalização de estratégias que não dependam da identificação do caso, como exame de contatos em áreas de risco, particularmente de contatos entre escolares (contatos sociais).

Entre os casos diagnosticados, houve maior proporção de contatos examinados entre os casos multibacilares. É possível que, entre os profissionais de saúde, haja maior preocupação com os grupos de maior risco^{16,17}. O caso de

hanseníase multibacilar é descrito como principal fonte de infecção, devido à alta carga bacilar e consequente eliminação dos bacilos no ambiente externo².

A proporção de contatos examinados foi significativamente maior entre os casos que foram diagnosticados na unidade básica de saúde quando comparados aos contatos de casos diagnosticados no centro de referência em dermatologia. Isso provavelmente deve-se ao fato de unidades de saúde da família estarem localizadas nas proximidades dos domicílios, facilitando o acesso aos serviços de saúde¹⁹.

Considerando-se os achados deste estudo em relação as características dos contatos examinados que dependem do tipo de serviços de saúde e de variáveis relacionadas aos casos e não aos próprios contatos, parece pertinente inferir sobre a relevância da organização dos serviços e qualificação profissional para a vigilância. A cobertura adequada do exame de contatos depende de qualidade e acurácia para a identificação de casos novos da doença.

Como limitações considera-se o possível subregistro nos prontuários e consequente subnotificação no SINAN de contatos registrados e examinados, bem como das variáveis de interesse neste estudo. Ainda assim, as análises foram possíveis e os resultados reforçam a importância deste sistema de informação e da sua utilidade para avaliações no campo da vigilância em hanseníase.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as ações de vigilância de contatos de hanseníase têm sido pouco valorizadas em Cáceres-MT de acordo com a baixa cobertura de contatos examinados e com as inconsistências observadas entre os registros em prontuários e sistema de informação. Portanto, recomenda-se maiores esforços das equipes de gestão e dos serviços de saúde para o aumento da cobertura de exame de contatos e qualidade dos registros como estratégia para redução da transmissão da hanseníase e da carga da doença no município.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das

- geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis, Brasília, DF, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Brasília, DF, 2016.
 3. World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016–2020: Accelerating towards a leprosy-free world. 2016. Available in <http://www.who.int/lep/strategy/en/>
 4. Smith WC, Aerts A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. *Lepr Rev.* 2014; 85 (1): 2-17.
 5. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017; 92 (35): 501-20. Available in <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf;jsessionid=A78ABD736AF73655F4E8FE4F0B49EDE0?sequence=1>
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica - Dados. Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões [internet]. Brasil, 2014 [citado 14 setembro 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase.%20Brasil,%202001-.pdf>
 7. Brasil. Ministério da Saúde. LEM- Exercício de Monitoramento da Eliminação da Hanseníase no Brasil em 2012. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exercicio_monitoramento_eliminacao_hanseniase_brasil.pdf
 8. Smith WC, van Brakel W, Gillis T, Saunderson P, Richardus JH. The missing millions: a threat to the elimination of leprosy. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015; 23 9 (4) :e0003658.
 9. Steinmann P, Reed SG, Mirza F, Hollingsworth TD, Richardus JH. Innovative tools and approaches to end the transmission of *Mycobacterium leprae*. *Lancet Infect Dis.* 2017; 17 (9): 298-305.
 10. Romero-Montya M, Beltran-Alzate JC, Cardona-Castro N. Evaluation and Monitoring of *Mycobacterium leprae* Transmission in Household Contacts of Patients with Hansen's Disease in Colombia. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017; 11 (1): e0005325.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações em Saúde, DATASUS. 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SINANnet/hanseniaase/cnv/hanswMT.def>

12. IBGE Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=510250&idtema=118>
13. Paschoal VDA, Nardi SMT, Cury MRCO, Lombardi C, Virmond MCL, da Silva RMDN, Paschoal JAA, Magalhães LC, Conte ECM, Kubota RMM, Soubhia RMC. Creation of a data bank for sustainability of leprosy post elimination. *Ciênc Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2011; 16 (1): 1201–1210.
14. Vieira GD, Aragoso I, Carvalho RMB, de Sousa, CM. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* (Brasília). 2014; 23 (2): 269–275.
15. Fischer EA, de Vlas SJ, Habbema JD, Richardus JH. The long-term effect of current and new interventions on the new case detection of leprosy: a modeling study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2011; 5 (9): e1330
16. Ignotti E, Bayona M, Alvarez-Garriga C, Andrade VL, Valente JG. Transmission of Hansen's disease and unscreened household contacts. *Indian J Lepr*. 2007; 79 (1): 11-25.
17. Oliveria BFA, Ignotti E, Hartwig S, Scatena JHG, Andrade V. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado de Mato Grosso, Brasil. *Espaço Saúde* (Londrina). 2007; (8): 11-19.
18. Lana FCR, Lanza FM, Velásquez-Meléndez G, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC. Distribuição da hanseníase segundo sexo no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. *Hansenol Int*. 2003; 28 (2): 131-7.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
20. Souza VB, da Silva MRF, da Silva LMS, Torres RAM, Gomes KWL, Fernandes MC, Jereissati JMCL. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. *Rev Bras Promoc Saúde* (Fortaleza). 2013; 26 (1): 110-6.