

## CONTROLE DOS COMUNICANTES: SUA INTERFERENCIA NA SITUAÇÃO EPIDEMIOLOGICA DA HANSENÍASE<sup>1</sup>

Elisete Silva PEDRAIANI<sup>2</sup>  
 Cristina Yoshie TOYODA<sup>3</sup>  
 Maria Aparecida BROGNHARA<sup>4</sup>  
 Sâmia Amire MALUF<sup>3</sup>

**RESUMO** — A situação de controle dos comunicantes de hanseníase carece de estudos mais apurados e que nos mostrem a realidade nas unidades sanitárias e conseqüentemente no país. A alta taxa de prevalência da doença, aliada às condições sócio-econômicas dos doentes e comunicantes oferecem subsídios para importantes estudos objetivando a compreensão do quadro epidemiológico atual. Este estudo teve como objetivo diagnosticar a situação de controle dos comunicantes numa unidade sanitária, que contava, no momento da pesquisa (1983), com 160 doentes (incidência de 1,2/1.000 habitantes) e 757 comunicantes inscritos no Subprograma de Controle da Hanseníase.

**Palavras chave:** Hanseníase. Comunicantes. Epidemiologia.

### 1 INTRODUÇÃO

A análise histórica da evolução da doença nos remete a diferentes fases no tocante às medidas de controle da hanseníase, e ao lado desta, o avanço no conhecimento de aspectos ligados à epidemiologia, imunológica e patologia da doença acrescidos ainda dos progressos alcançados na quimioterapia.

A fim de impedir que a doença se propagasse aos contatos domiciliares infantis, foram criadas creches para o isolamento do recém-nascido e preventórios para crianças já expostas ao risco de infecção. A maior ênfase situava-se portanto,

no isolamento de adultos (sanatórios) e na prevenção para crianças (preventórios).

Por se tratar de uma doença de considerável infecciosidade, porém de baixa morbidade, com uma grande parcela da população possuindo resistência natural à doença, os atuais conhecimentos permitem evidenciar que o controle da hanseníase constitui essencialmente um problema de saúde pública<sup>7</sup>.

E importante destacar a significativa predominância da doença entre as classes menos favorecidas, carentes de alimentação e de conduta higiênica, revelando, desta forma, seu aspecto social, particularmente nos grandes aglomerados<sup>8</sup>.

(1) Pesquisa financiada pelo CNPq.

(2) Professora Assistente — Departamento de Enfermagem — UFSCar.

(3) Auxiliar de Ensino — Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional — UFSCar.

(4) Enfermeira Encarregada — Centro de Saúde I de São Carlos — SP.

O grau de ostracismo social resultante da atitude das pessoas de que a doença tem consequências incuráveis, toma o paciente convencido de que sua exclusão da comunidade é justificável. Um semelhante sentimento de culpa tende a ser compartilhado por seus familiares<sup>5,9</sup>.

Em relação ao modo de transmissão, Nouisitou<sup>6</sup> afirma que este assunto na hanseníase é ainda bastante controverso. A maior parte dos autores pensa que é necessário o contato com um caso de hanseníase para que ocorra uma nova infecção, mas as opiniões não são unânimes quanto à natureza e duração de tal contato... Parece razoável supor que, além da necessidade de um contato com um caso de hanseníase, o desenvolvimento da infecção dependa, em cada indivíduo, da interação de dois fatores: o grau de contagiosidade do caso infectante e o grau de receptividade da pessoa exposta. É sem dúvida possível que, quando a contagiosidade é forte e a receptividade da pessoa exposta é alta, não sejam necessários nem uma exposição longa nem contatos íntimos para que a doença se transmita; um simples contato ocasional bastará.

Por outro lado, estudos genéticos não demonstram plenamente a associação entre um sistema polimórfico bem conhecido e a hanseníase, fato este que não teria grande utilidade para os hansenologistas práticos uma vez que esta informação não tem valor para fins de diagnóstico ou prognóstico da doença<sup>1</sup>.

No Brasil a hanseníase é uma das doenças de notificação compulsória desde 1976, e em decorrência dessa prioridade tornou-se obrigatória a investigação epidemiológica dos casos registrados<sup>2</sup>.

A investigação epidemiológica inclui o exame das pessoas que convivem ou conviveram no domicílio ou fora dele com o doente de hanseníase, qualquer que seja a sua forma clínica, com o objetivo de descobrir sua fonte de infecção.

Considerando que cada caso contagioso tem contato íntimo com um certo número de pessoas e que aproximadamente 3 a 5% destas po-

dem contrair hanseníase dentro de 3 a 5 anos, alguns desses novos casos poderão evoluir, para a forma virchowiana (V) da doença, se não forem tratados, estabelecendo assim uma nova cadeia de transmissão.

Os comunicantes ou contatos são considerados todos os familiares ou outros indivíduos que estão ou estiveram em contato repetido e prolongado com um doente de hanseníase no domicílio, segundo o subprograma de controle da doença no Estado de São Paulo<sup>10</sup>.

É ainda definido neste subprograma o critério e o cronograma de atendimento para os comunicantes dos doentes das formas virchowiana e dimorfa, tuberculóide e indeterminada.

O exame de contatos domiciliares de casos infecciosos, especialmente crianças, e de pessoas notificadas como casos suspeitos, constitui o método mais eficaz e prático de descobrimento dos casos, em Áreas de baixa endemicidade. Quando o coeficiente for de aproximadamente 1 por 1000 ou superior, deveriam utilizar-se métodos adicionais de descobrimento dos casos, tais como o exame em alguns grupos selecionados, segundo a proposta da OMS<sup>7</sup>.

Gonçalves<sup>3</sup> afirma que é muito variável o percentual que se observa para o controle de comunicantes e que, no país como um todo, aproximadamente só 1 em 3 está sob vigilância epidemiológica.

No Estado de São Paulo, em 1982, de 38.473 pacientes em registro ativo, 67,52% (25.976) encontravam-se sob controle e de 35.313 comunicantes em registro ativo, 64,51% (22.781) eram considerados sob controle.

Essa cifra encontrada na relação pacientes/comunicantes dá uma média inferior a 1 contato por doente, o que é bastante inferior à composição familiar para o Estado de São Paulo e para São Carlos (4,0 pessoas em média por domicílio, segundo o censo de 1980).

Neste estudo realizado na cidade de São Carlos, encontrou-se na época do levantamento (agosto/dezembro/83) um total de 160 doentes em registro ativo, com uma incidência de 1,22%, o que é considerado um alto coeficiente, segundo os critérios adotados pela OMS.

O objetivo da presente pesquisa foi o de identificar a situação de controle dos comunicantes, na unidade sanitária em questão.

## 2 METODOLOGIA

O estudo realizou-se no Centro de Saúde I de São Carlos, São Paulo, Brasil.

A população estudada compreendeu os pacientes (160) inscritos no subprograma e os comunicantes dos referidos pacientes, totalizando 757 pessoas, no ano de 1983.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um formulário para entrevista e coleta de dados junto ao prontuário dos pacientes, sendo que o instrumento foi testado e reelaborado para atender melhor ao objetivo da pesquisa.

As informações obtidas foram todas codificadas e processadas por meio do computador.

Foram excluídos todos os casos de duplo cadastramento de um mesmo indivíduo, o que ocorre com frequência, nos casos em que em um mesmo domicílio residem dois a mais doentes de hanseníase.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento dos comunicantes realizado no Centro de Saúde I apontou 757 pessoas; levando-se em consideração o número de pacientes inscritos no Subprograma de Controle da Hanseníase (SPCH), ou seja, 160, verifica-se a relação de 4,7 comunicantes para cada doente matriculado.

Essa média foi calculada através dos dados obtidos no levantamento feito no próprio prontuário do paciente. Já os registros obtidos nos boletins de produção em dezembro de 83, mostram um total de 142 comunicantes, o que dá uma média de 0,88 por doente.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos comunicantes inscritos ou não no subprograma de atendimento, segundo as formas da doença.

TABELA 1  
Distribuição dos comunicantes inscritos ou não no SPCH, segundo a forma clínica dos doentes

Forma Inscrição	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Não	8	(34,78)	335	(65,69)	89	(63,57)	65	(77,30)	497	(65,65)
Sim	15	(65,22)	175	(34,31)	51	(36,43)	19	(22,62)	260	(34,35)
TOTAL	23	(100,00)	510	(100,00)	140	(100,00)	84	(100,00)	757	(100,00)

Do total dos comunicantes, 65,65% não estão inscritos para o controle da doença e dentre os inscritos a porcentagem maior está para a forma D (65,22%), seguida da T (36,43%) e da

V com 34,31% dos seus contatos registrados.

Na Tabela 2 tem-se a situação de controle dos comunicantes segundo a forma da doença do paciente.

TABELA 2  
Distribuição da situação de controle dos comunicantes, segundo a forma clínica dos doentes

Situação de Controle \ Forma	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Em dia	11	(47,83)	99	(19,41)	27	(19,28)	11	(13,10)	148	(19,55)
Alta por abandono	0	(0,00)	14	(2,75)	3	(2,14)	5	(5,95)	22	(2,91)
Alta clínica	6	(26,09)	146	(28,63)	26	(18,57)	12	(14,29)	190	(25,10)
Sem controle	6	(26,09)	181	(35,49)	75	(53,57)	52	(61,90)	314	(41,48)
Falecido não doente	0	(0,00)	20	(3,92)	4	(2,85)	0	(0,00)	24	(3,17)
Falecido doente	0	(0,00)	5	(0,98)	0	(0,00)	0	(0,00)	5	(0,66)
Controle fora de São Carlos	0	(0,00)	45	(8,82)	5	(3,57)	4	(4,76)	54	(7,13)
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(100,00)</b>	<b>510</b>	<b>(100,00)</b>	<b>140</b>	<b>(100,00)</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>	<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

Verifica-se nos dados acima que 19,55% do total dos comunicantes estão em dia com o controle da doença e 25,10% obtiveram alta clínica; e alta por abandono foi dada para 2,91% e tem-se ainda 41,48% dos comunicantes sem controle.

Contata-se portanto nesta tabela que 44,65% tem a sua situação de contato controlada (em dia ou alta clínica) pela unidade sanitária; verifi-

cando se estes dados segundo as formas "abertas" ou contagiantes da doença obtém-se 73,92% e 48,04% para as formas D e V respectivamente.

A seguir são apresentadas algumas tabelas com dados referentes à faixa etária dos comunicantes, seu grau de parentesco, tipo de moradia, a relação pessoas/cômodo e aqueles que adquiriram a doença, segundo a forma clínica da doença do caso índice.

Distribuição das faixas etárias dos comunicantes, segundo a forma clínica dos doentes

Forma \ Faixa Etária	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
< 10	0	(0,00)	32	(6,27)	16	(11,43)	12	(14,29)	60	(7,93)
10 - 20	4	(17,39)	57	(11,18)	24	(17,14)	21	(25,00)	106	(14,00)
20 - 30	9	(39,13)	103	(20,20)	21	(15,00)	12	(14,29)	145	(19,15)
30 - 40	2	(8,70)	76	(14,90)	15	(10,71)	11	(13,10)	104	(13,74)
40 - 50	1	(4,35)	58	(11,37)	14	(10,00)	6	(7,14)	79	(10,44)
50 - 60	0	(0,00)	47	(9,22)	10	(7,14)	2	(2,38)	54	(7,79)
60 - 70	1	(4,35)	28	(5,49)	3	(2,14)	3	(3,57)	35	(4,62)
> 70	0	(0,00)	27	(5,29)	3	(2,14)	5	(5,95)	35	(4,62)
S/R	6	(26,09)	82	(16,08)	34	(24,28)	12	(14,29)	134	(17,70)
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(100,00)</b>	<b>510</b>	<b>(100,00)</b>	<b>140</b>	<b>(100,00)</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>	<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

PEDRAZZANI, E. S. et al. Controle dos comunicantes: sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase.

TABELA 4  
Distribuição do grau de parentesco dos comunicantes, segundo a forma clínica dos doentes

Forma Grau Parentesco	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Pais	3	(13,04)	38	(7,45)	14	(10,00)	13	(15,48)	68	(8,98)
Filhos	15	(65,22)	253	(49,61)	77	(53,00)	33	(39,29)	378	(49,93)
Irmãos	1	(4,35)	81	(15,88)	16	(11,42)	25	(29,76)	123	(16,25)
Espos(o)a	3	(13,04)	81	(15,88)	20	(14,28)	11	(13,10)	115	(15,19)
Outros	1	(4,35)	74	(14,52)	22	(15,69)	4	(4,76)	101	(13,34)
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(100,00)</b>	<b>510</b>	<b>(100,00)</b>	<b>140</b>	<b>(100,00)</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>	<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

TABELA 5  
Distribuição do tipo de moradia dos comunicantes, segundo a forma clínica dos doentes

Forma Moradia	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Unifamiliar	17	(73,91)	330	(64,71)	121	(86,42)	69	(82,14)	537	(70,94)
Coletiva	0	(0,00)	62	(12,16)	0	(0,00)	5	(5,95)	67	(8,85)
S/R	6	(26,09)	118	(23,14)	19	(13,57)	10	(11,90)	153	(20,21)
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(100,00)</b>	<b>510</b>	<b>(100,00)</b>	<b>140</b>	<b>(100,00)</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>	<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

TABELA 6  
Distribuição da relação pessoas/cômodos dos comunicantes, segundo a forma clínica dos doentes

Forma Pessoa /Cômodo	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0,0 - 0,5	0	(0,00)	76	(14,90)	18	(12,85)	3	(3,57)	97	(12,81)
0,5 - 1,0	4	(17,39)	135	(26,47)	34	(38,57)	9	(10,71)	207	(27,34)
1,0 - 1,5	0	(0,00)	93	(18,24)	24	(17,14)	14	(16,67)	131	(17,31)
1,5 - 2,0	11	(47,83)	42	(8,24)	17	(12,14)	43	(51,19)	113	(14,93)
2,0 -	2	(8,70)	49	(9,61)	8	(5,71)	6	(7,14)	65	(8,59)
S/R	6	(26,09)	115	(22,55)	14	(10,00)	9	(10,71)	144	(19,02)
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(100,00)</b>	<b>510</b>	<b>(100,00)</b>	<b>140</b>	<b>(100,00)</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>	<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

TABELA 7  
Distribuição dos comunicantes que adoeceram, segundo a forma clínica do caso índice

Doente/Não	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Não	21	(91,30)	477	(93,53)	128	(84,28)	79	(94,05)	705	(93,13)
Sim	2	(8,70)	33	(6,47)	12	(15,72)	5	(5,95)	52	(6,87)
TOTAL	23	(100,00)	510	(100,00)	140	(100,00)	84	(100,00)	757	(100,00)

A análise descritiva das Tabelas 3 a 7 será feita por forma da doença do caso índice, com o objetivo de melhor comparação dos resultados.

#### Forma virchowiana

Os pacientes de forma V possuem 510 comunicantes cadastrados, ou seja, 67,37% do total, dos quais, 19,41% estão em dia com o controle; 28,63% tiveram alta clínica e 35,49% estão sem controle.

A faixa etária que conta com maior concentração de comunicantes (20,20%) é a de 20 a 30 anos; o grau de parentesco mais comum (49,61%) é o de filhos.

Em relação ao tipo de habitação, a mais frequentemente observada (64,71%) é a unifamiliar e a relação pessoas por cômodo é de 0,5 a 1 pessoa em 26,47%.

Do total de comunicantes da forma V, observa-se que 33 (6,47%) adquiriram a doença, o que em relação ao total geral (757) representa 4,36%.

#### Forma diforma

Na forma D encontram-se 4 pacientes com 23 (3,04%) comunicantes em cadastro, sendo que 47,83% estão em dia com o controle; 26,09% tiveram alta clínica e 26,09% estão sem controle.

A idade da maioria (39,13%) dos comunicantes situa-se na faixa etária entre 20 a 30 anos e em 65,22% dos casos o grau de parentesco é o de filho.

Em 73,91% das famílias a habitação é unifamiliar, sendo que a relação pessoa/cômodo é de 1,5 a 2 pessoas em 47,83% dos casos.

Dos comunicantes de doentes de forma D verifica-se que 8,70% (2) adquiriram a doença, representando 3,85% do total geral dos comunicantes.

#### Forma tuberculóide

Nos cadastros dos pacientes de forma T foram encontrados 140 comunicantes (18,49%); desse total, 19,28% estão em dia com o controle, 18,57% receberam alta clínica e 53,57% sem controle.

A maioria destes comunicantes (32,14%) possuem de 10 a 30 anos de idade; em 53,00% o grau de parentesco é de filho.

A maior parte (86,42%) habita em moradia do tipo unifamiliar, sendo que a relação do número de pessoas por cômodo em 42,02% dos casos é de 0,5 a 1 pessoa.

Foram encontrados registros de que 15,72% (12) dos comunicantes de doentes da forma T, são também doentes, o que representa 1,58% do total dos comunicantes.

#### Forma indeterminada

Os pacientes da forma I possuem 84 comunicantes (11,11%), sendo que destes, 13,10% estão em dia com o controle da doença, 14,29% tiveram alta clínica e 61,9% estão sem controle.

Em relação à idade dos comunicantes, 25% possuem de 10 a 20 anos também nesta forma o grau de parentesco, apesar de mais baixo (39,29%), (1) o de filhos.

Em 82,14% as habitações são unifamiliares, sendo que a maioria (51,19%) comporta uma relação de 1,5 a 2 pessoas por cômodo.

Verifica-se que 5,95% dos comunicantes de doentes de forma I, representando 0,66% do total, são também doentes.

Vale ressaltar, destes dados apresentados segundo a forma da doença, que 54,82% dos comunicantes são crianças e adultos jovens, o que reforça a necessidade de controle dos mesmos, uma vez que o diagnóstico e tratamento precoces permitirão evitar o perigo do contágio e na maioria dos casos, nas crianças, permitirá obter uma cura completa<sup>6</sup>.

O grau de parentesco verificado, para todas as formas, em maior concentração foi o de filhos, seguido do de irmãos, portanto, todos parentes de primeiro grau.

Guha et al.<sup>4</sup>, analisando 400 casos de hanseníase em 1334 contatos familiares de primeiro grau, encontrou 7,6% (101) de casos novos da doença, sendo que 65,3% eram da forma T, 29,7% da D e 5% de V.

Destaca-se ainda que em 12,16% dos comunicantes dos doentes da forma V residem em moradia do tipo coletiva, ou seja, com mais de uma família, o que sem dúvida, dificulta ainda mais o controle da doença, visto que esta é a forma que apresenta características de maior

contagiosidade.

Por outro lado, a relação de pessoas por cômodo não apresenta dados de grandes concentrações, para os comunicantes dos doentes da forma V onde em apenas 17,85% encontrou-se 1,5 ou 2,0 pessoas por cômodo; dado este que já muda para 56,53% na forma D.

Em relação à ocorrência da doença nos comunicantes (Tabela 7), verifica-se que os que apresentam maior coeficiente são os comunicantes de doentes da forma T, fato este questionado, visto que esta não é considerada uma forma contagiante da doença, o que ocorre também para os comunicantes de doentes da forma I, com 5,95% de comunicantes que adoeceram. Nestes casos tem-se que considerar o diagnóstico estabelecido no início da doença e que às vezes pode não corresponder com as características que a mesma venha a apresentar ou ainda durante a sua evolução, no caso dos pacientes I, evoluírem para uma das formas polares da doença, e não ter sido registrado do prontuário essa revisão da forma da doença, o que seria necessário para se ter um registro real da situação.

A Tabela 8 contém os dados dos comunicantes em relação à realização ou não do Teste de Mitsuda e o seu resultado, segundo a forma da doença do caso índice.

TABELA 8

Distribuição do resultado do Teste de Mitsuda dos comunicantes, segundo a forma da doença do caso índice

Forma Doença Teste de Mitsuda	D		V		T		I		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Negativo	2	(8,70)	28	(5,49)	4	(2,86)	0	(0,00)	34	(4,49)
Positivo	5	(21,74)	162	(31,76)	30	(21,43)	12	(14,29)	209	(27,61)
Não fez	16	(69,56)	320	(62,74)	106	(75,71)	72	(85,71)	514	(67,89)
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(100,00)</b>	<b>510</b>	<b>(100,00)</b>	<b>140</b>	<b>(100,00)</b>	<b>84</b>	<b>(100,00)</b>	<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

Desta tabela acima é importante destacar a alta porcentagem de comunicantes, para todas as formas, que não fizeram o Teste de Mitsuda — isto ocorreu no período em que as unidades de saúde não dispunham de material (mitsudina) para a execução do Teste, apesar da recomendação contida no SPCH para que o mesmo fosse realizado.

Destaca-se ainda que dos comunicantes que fizeram o Teste, os que apresentaram maior número de positividade — 31,76% foram os comunicantes dos doentes da forma V.

A. Tabela 9 apresentada a seguir, mostra a distribuição dos comunicantes que adquiriram a doença segundo a forma clínica e o tempo de doença do paciente.

TABELA 9  
Distribuição dos comunicantes que adquiriram a doença, segundo a forma clínica e o tempo de doença do paciente

Forma Doença	Tempo Doença Sim/Não	0 - 15		15 - 30		30 ou +		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
D	Não	11	(91,66)	10	(90,90)	0	(0,00)	21	(91,30)
	Sim	1	(8,34)	1	(9,10)	0	(0,00)	2	(8,70)
	Total	12	(100,00)	11	(100,00)	0	(0,00)	23	(100,00)
V	Não	157	(91,81)	158	(95,18)	162	(93,64)	477	(93,53)
	Sim	14	(8,19)	8	(4,92)	11	(6,36)	33	(6,47)
	Total	171	(100,00)	166	(100,00)	173	(100,00)	510	(100,00)
T	Não	90	(94,73)	32	(82,05)	6	(100,00)	128	(84,28)
	Sim	5	(5,27)	7	(17,95)	0	(0,00)	12	(15,72)
	Total	95	(100,00)	39	(100,00)	6	(100,00)	140	(100,00)
I	Não	41	(91,11)	31	(96,87)	7	(100,00)	79	(94,05)
	Sim	4	(8,89)	1	(3,13)	0	(0,00)	5	(5,55)
	Total	45	(100,00)	32	(100,00)	7	(100,00)	84	(100,00)
TOTAL Geral	Não	299	(39,50)	231	(30,51)	175	(23,12)	705	(93,13)
	Sim	24	(3,17)	17	(2,24)	11	(1,45)	52	(6,87)
<b>TOTAL DE COMUNICANTES</b>								<b>757</b>	<b>(100,00)</b>

Observa-se nos dados da Tabela 9 que do total de comunicantes que adoeceram (3,17%) o caso índice tem a doença no máximo há 15 anos, o que ocorre também com predomínio

para as formas V e I (para esta forma, tem-se que considerar a análise feita para os dados da Tabela 7).



TABELA 10  
Distribuição dos comunicantes que adquiriram a doença, segundo o grau de parentesco e a forma clínica do paciente

Forma	Doente Sim/Não	Parentesco		Pais		Filhos		Irmãos		Esposos		Outros		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
D	Sim	1	(33,33)	1	(6,67)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	2	(8,70)
	Não	2	(66,67)	14	(93,33)	1	(100,00)	3	(100,00)	3	(100,00)	1	(100,00)	21	(91,30)
	Total	3	(100,00)	15	(100,00)	1	(100,00)	3	(100,00)	3	(100,00)	1	(100,00)	23	(100,00)
V	Sim	6	(15,79)	8	(3,16)	6	(7,41)	9	(11,11)	4	(7,01)	4	(7,01)	33	(6,47)
	Não	32	(84,21)	245	(96,84)	75	(92,59)	72	(88,85)	53	(92,09)	53	(92,09)	477	(93,53)
	Total	38	(100,00)	253	(100,00)	81	(100,00)	81	(100,00)	81	(100,00)	57	(100,00)	510	(100,00)
T	Sim	5	(35,75)	3	(3,90)	2	(12,50)	1	(5,00)	1	(5,00)	1	(7,69)	12	(15,72)
	Não	9	(64,25)	74	(96,10)	14	(87,50)	19	(95,00)	12	(92,31)	12	(92,31)	128	(84,28)
	Total	14	(100,00)	77	(100,00)	16	(100,00)	20	(100,00)	13	(100,00)	13	(100,00)	140	(100,00)
I	Sim	1	(7,69)	0	(0,00)	1	(4,00)	3	(27,27)	0	(0,00)	0	(0,00)	5	(5,55)
	Não	12	(92,31)	33	(100,00)	24	(96,00)	8	(72,73)	2	(100,00)	2	(100,00)	79	(94,05)
	Total	13	(100,00)	33	(100,00)	25	(100,00)	11	(100,00)	2	(100,00)	2	(100,00)	84	(100,00)
TOTAL GERAL	Sim	13	(1,71)	12	(1,58)	9	(1,18)	13	(1,71)	5	(0,66)	5	(0,66)	52	(6,87)
	Não	55	(7,26)	366	(48,34)	114	(15,05)	102	(13,47)	68	(6,98)	68	(6,98)	705	(93,13)

É apresentado na Tabela 10 a distribuição das freqüências dos comunicantes que adquiriram a patologia segundo o grau de parentesco para com o paciente e sua forma clínica, sendo desta forma condensados os dados já discutidos anteriormente, onde se vê registrado que o parentesco de "pais" e "esposos", seguidos de "filhos" e "irmãos" são os que apresentam maior porcentagem de casos de comunicantes que adoeceram.

#### 4 COMENTÁRIOS FINAIS

Dada a importância da hanseníase dentro do contexto de saúde, cada vez mais é reforçada a idéia de que nos programas de saúde há a necessidade de que o espaço para o controle da doença deva ser garantido.

Os dados mostram a necessidade de que esse controle deva ser feito não só com os doentes, mas também ter a atenção voltada para os comunicantes.

Apesar dos avanços científicos, na tentativa

de se obter uma vacina eficaz contra a doença, que venha a ser utilizada em regiões como a nossa, de alta endemicidade, existem algumas medidas essenciais que devem ser realizadas para um controle mais efetivo da doença.

Medidas essas que constituem-se basicamente na educação sanitária da população em geral, e em especial a pacientes e comunicantes, e ainda dos próprios profissionais que trabalham nesta área.

Entretanto, as atividades educativas devem ocorrer tendo por base o avanço científico que norteia o trabalho em saúde, particularmente na hanseníase.

Sabe-se da dificuldade de um trabalho nesta área, devido aos preconceitos e tabus inerentes à própria doença, entretanto, se não houver uma conscientização real da mesma, junto aos profissionais, população, doentes e comunicantes, o progresso no controle da doença tende a ser bastante lento, contribuindo para dificultar a profilaxia e a descoberta de casos iniciais para o tratamento precoce.

ABSTRACT — The control situation of hanseniasis patients' contacts needs a deeper study which would show the reality in the public health centers and their consequence over the whole country. The increasing of the prevalence rate of the disease added to the bad social-economic conditions of the patients and contacts gave us subsidies to important studies to understand the present epidemiological picture. This research had the purpose of diagnosing the control situation of hanseniasis patients contacts in a public health center which had, at the moment of this research (1983) 160 hanseniasis patients (incidence of 1.2/1000) and 757 contacts registered in a Subprogram of Hansen's Disease Control.

Key words: Hanseniasis. Contacts. Epidemiology.

#### REFERÊNCIAS

- 1 BEIGUELMAN, B. Sistemas genéticos polimórficos e hanseníase. Editorial. *Hansen Int.*, 6(2): 105-106, 1981.
- 2 BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITARIA. Modelo de curso básico de hanseníase. Brasília, 1980.163p.

- 3 GONÇALVES, A.G. *Epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil.* /s.n.t./ 42f1. /mimeografado/
- 4 GUHA, PK.; PANDEY, S.S.; SINGH, G.; KAUR, P. Family studies on hanseniasis cases. *Hansen. Int.*, 7(2): 73-77, 1982.
- 5 KAFMANN de SWIEC, A.E. & SALINA, M. La rehabilitacion del enfermo de lepra a traves de la dinamica de grupos. *Rev. Leprol. Fontiller.*, 11(1): 23-35, 1977.

- 6 NOUSSITOU, F.M.; SANSARRICQ, H.; WALTERS, J. *A lepra na criança*. Itália, Associazione Italiana "Amici di Raoul Follereau", 1981.
- 7 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Manual para o controle da hanseníase*. Washington, D.C., OPS, 1983. 96p. (OPS. Publicação científica, n. 436)
- PEDRAZZANI, E.S. *A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase*. São Paulo, 1984. 123p. /Tese (mestre em saúde pública) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/
- 9 SANSARRICQ, H. Leprosy in the world today. *Lepr. Rev.*, 52(supl. 1): 15-31, 1981.
- 10 SÃO PAULO (Estado) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE. *Sub programa de controle da hanseníase*. / São Paulo, 1977 / 34p. /mimeografado/