

A maioria dos pacientes avaliados não teve o fármaco causador identificado, correspondendo a 66,9% (n = 237) dos casos. Isso esteve relacionado ao alto percentual de uso de múltiplas substâncias 79,7% (n = 282) e uma maior mediana de fármacos em uso do que as descritas em outros trabalhos. A mediana de medicamentos em uso pelos pacientes de nosso estudo foi de 7 (IIQ 0–27), e a média de fármacos suspeitos foi de 3 (IIQ 1–16). Tais dados são superiores aos de outros estudos, como o de Beniwal et al., que foi de 2,09 (IIQ 1–6), e o de Thakkar et al., que observou uma média de 1,52 (± 0,80).^{2,3}

Há poucos estudos na literatura que descrevem os casos nos quais não foi estabelecido diagnóstico etiológico, pois a ausência de diagnóstico do medicamento precipitador é um critério de exclusão na maioria dos protocolos. No caso do estudo de Zhao J et al.,⁴ o fármaco causador não foi estabelecido em apenas 13% dos pacientes, os quais estavam em uso de mais de um medicamento. No entanto, foram excluídos, ainda na seleção, os casos que não apresentavam substâncias causais definidas ou que não apresentavam substâncias suspeitas e se os pacientes estavam em uso de mais de cinco medicamentos.⁴ Isso contrasta com nosso estudo, tendo em vista que a mediana de uso de fármacos foi superior a cinco.

Em conclusão, em um hospital terciário de referência no sul do Brasil, as farmacodermias são frequentes, e é alta a possibilidade de não serem definidas etiológicamente. A polifarmácia é o principal fator associado à indefinição etiológica das farmacodermias.

Suporte financeiro

Funaderm/Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Contribuição dos autores

Fabiana Bazanella de Oliveira: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Paula Chiamenti: Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Roberta de Freitas Horn: Obtenção, análise e interpretação dos dados.





Renan Rangel Bonamigo: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, et al. Guidelines of care for cutaneous adverse drug reactions. *American Academy of Dermatology. J Am Acad Dermatol.* 1996;35 3 Pt 1:458–61.
2. Beniwal R, Gupta LK, Khare AK, Mittal A, Mehta S, Balai M. Clinical Profile and Comparison of Causality Assessment Tools in Cutaneous Adverse Drug Reactions. *Indian Dermatol Online J.* 2019;10:27–33.
3. Thakkar S, Patel TK, Vahora R, Bhabhor P, Patel R. Cutaneous adverse drug reactions in a tertiary care teaching hospital in India: An intensive monitoring study. *Indian J Dermatol.* 2017;62:618–25.
4. Zhao J, Hu L, Zhang L, Zhou M, Gao L, Cheng L. Causative drugs for drug-induced cutaneous reactions in central China: a 608-case analysis. *An Bras Dermatol.* 2019;94:664–70.

Fabiana Bazanella de Oliveira ^{a,*}, Paula Chiamenti ^b, Roberta de Freitas Horn ^c e Renan Rangel Bonamigo ^c
^a Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, RS, Brazil
^b Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil
^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil

* Autor para correspondência.

E-mail: fabibazanella@gmail.com (F.B. Oliveira).

Recebido em 27 de fevereiro de 2020;
 aceito em 18 de agosto de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.08.016>
 2666-2752/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Casos de hanseníase diagnosticados por exame de contatos numa capital hiperendêmica do nordeste brasileiro ☆☆☆



Prezado Editor,

A hanseníase, doença infecciosa de período de incubação prolongado, tem, em seus contatos domiciliares, um impor-

tante meio para a manutenção da endemia. Caracteriza-se por uma síndrome clínica dermatoneurológica que apresenta elevado potencial de provocar incapacidades físicas e deformidades, além de seus impactos sociais e psicológicos.^{1,2}

Ainda é considerada como relevante problema de saúde pública na maioria dos estados brasileiros, apesar dos esforços do Ministério da Saúde na tentativa de controlar a infecção.¹ No ano de 2018, foram notificados 208.619 casos novos no mundo; o Brasil é o 2º país com maior prevalência da doença, registrando um total de 28.660 casos novos, representando 13,3% do total global de novas ocorrências.³

Os contatos domiciliares apresentam alta vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença em virtude da exposição prolongada ao bacilo no ambiente domiciliar. Esse risco é

DOI referente ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.07.016>

☆ Como citar este artigo: Soares AMM, Corrêa RGCF, Santos KCB, Figueiredo IA, Paiva MFL, Aquino DMC. Leprosy cases diagnosed by contacts examination in a hyperendemic capital city of northeastern Brazil. *An Bras Dermatol.* 2021;96:510–3.

☆☆ Trabalho realizado na Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, MA, Brasil.

cerca de 5-10 vezes maior em famílias com um caso da doença, e aumenta em até 10 vezes em situação de mais de um caso no mesmo domicílio.²

Em regiões de alta endemicidade, a vigilância de contatos torna-se uma medida imprescindível para o controle da hanseníase. Assim, recomenda-se a avaliação dermatoneurológica pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos cinco anos, em todos os contatos domiciliares; após esse período, esses contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.^{4,5}

Em 2017, o município de São Luís (MA) foi classificado como regular em relação à proporção de contatos examinados, pois examinou 51,58% dos contatos registrados, fato considerado preocupante.⁶ Nesse sentido, conhecer a ocorrência de casos de hanseníase diagnosticados por exame entre os contatos domiciliares no referido município poderá trazer contribuições valiosas tanto para a prática laboral dos profissionais de saúde quanto aos usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este trabalho é um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo de delineamento transversal, cujo objetivo foi estudar a ocorrência de casos de hanseníase entre contatos domiciliares dos casos notificados no município de São Luís (MA), no período de 2010 a 2017, por meio de informações colhidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fichas de notificação e prontuários dos pacientes (n = 182).

Os dados foram analisados no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC-Atlanta). Calculou-se a prevalência de hanseníase entre os contatos examinados e, em seguida, as frequências absoluta e relativa para a análise descritiva. Este estudo faz parte do macroprojeto intitulado Abordagem Integrada de Aspectos Clínicos, Epidemiológicos (espaço-temporais), Operacionais e Psicossociais da Hanseníase em Município Hiperendêmico do Maranhão (INTEGRAHANS MARANHÃO), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer 2.508.780.

A **figura 1** mostra que, no período do estudo, foram registrados 17.309 contatos domiciliares; 9.387 foram examinados e 182 foram diagnosticados com hanseníase, com uma prevalência de 193,9/10.000 contatos. No início da série histórica, foram observados 3,52% de casos notificados de hanseníase entre contatos, correspondendo ao percentual mais alto. No ano de 2011, houve declínio do percentual para 2,20%. Observou-se que os anos de 2012, 2014, 2015 e 2016 foram os períodos que apresentaram os maiores declínios, e nos anos de 2013 e 2017 verificaram-se percentuais semelhantes.

A **tabela 1** apresenta as características sociodemográficas dos contatos domiciliares diagnosticados com hanseníase. Observou-se maior frequência na faixa etária de 15-59 anos (63,74%), sexo feminino (56,59%), cor parda (58,79%) e Ensino Fundamental incompleto (26,37%).

Na **tabela 2** estão listadas as características clínicas; 48,90% eram da forma dimorfa; houve predomínio do grau de incapacidade no início do tratamento igual a grau zero (64,06%) e baciloscopia não realizada (53,28%). Quanto ao número de lesões e nervos afetados, a maioria apresentava até cinco lesões (87,16%) e nenhum nervo afetado (59,34%).

Tabela 1 Características sociodemográficas dos contatos domiciliares diagnosticados com hanseníase. São Luís (MA), 2010-2017

Variáveis	n	%
<i>Idade</i>		
0 a 6 anos	11	6,04
7 a 14 anos	44	24,18
15 a 59 anos	116	63,74
60 a 100 anos	11	6,04
<i>Raça/cor</i>		
Branca	40	22,00
Preta	30	16,49
Amarela	01	0,54
Parda	107	58,79
Não registrado	04	2,18
<i>Sexo</i>		
Masculino	79	43,41
Feminino	103	56,59
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	07	3,85
1 a 4 série incompleta do Ensino Fundamental	30	16,50
4 série completa do Ensino Fundamental	09	4,95
5 a 8 série incompleta do Ensino Fundamental	48	26,37
Ensino Fundamental completo	09	4,95
Ensino Médio incompleto	23	12,63
Ensino Médio completo	34	18,68
Ensino Superior incompleto	05	2,75
Ensino Superior completo	03	1,64
Não se aplica ^a /Não registrado	14	7,68
Total	182	100

Fonte: SINAN, 2019.

^a Criança na faixa-etária de 0 a 6 anos.

Na **figura 2** é possível visualizar que a forma clínica dimorfa foi predominante em todos os anos, com exceção do ano de 2012, em que 50% dos casos eram da forma tuberculoide. Observou-se, também, que nas formas indeterminada, tuberculoide e virchowiana houve uma variação dos percentuais no decorrer dos anos de 2010 a 2017.

A prevalência de contatos com hanseníase foi superior aos resultados de pesquisa similar realizada em São Luís (MA).² A alta prevalência encontrada está diretamente relacionada à baixa cobertura da ESF em São Luís, que é de apenas 34,67%. Municípios com baixa cobertura do programa podem limitar as ações das equipes da ESF, especialmente, no que se refere às ações de vigilância e controle dos contatos.⁷

A faixa etária predominante (15-59 anos) é uma questão preocupante, pois abrange pessoas em idade jovem e produtiva com repercussões negativas para o mercado de trabalho e a economia do país, familiar e individual.⁸ Destaca-se, ainda, que 30,2% dos casos novos de hanseníase diagnosticados entre os contatos examinados eram crianças e adolescentes com menos de 15 anos, o que configura

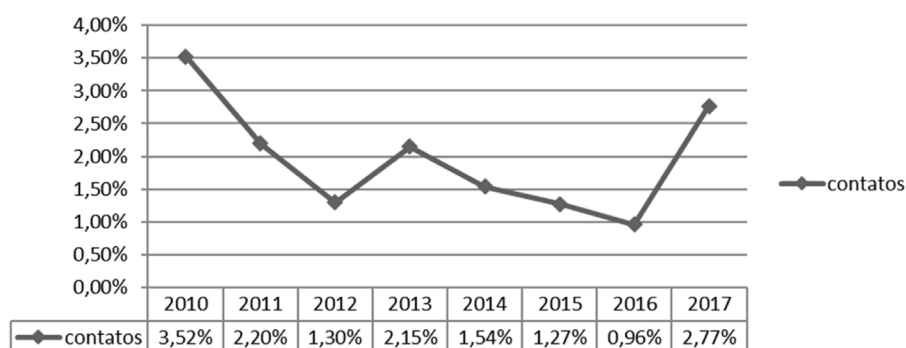


Figura 1 Série histórica de hanseníase diagnosticada pelo modo de detecção de casos novos por exame de contato por ano de notificação (São Luís, MA, 2010-2017).

Fonte: SINAN, 2019.

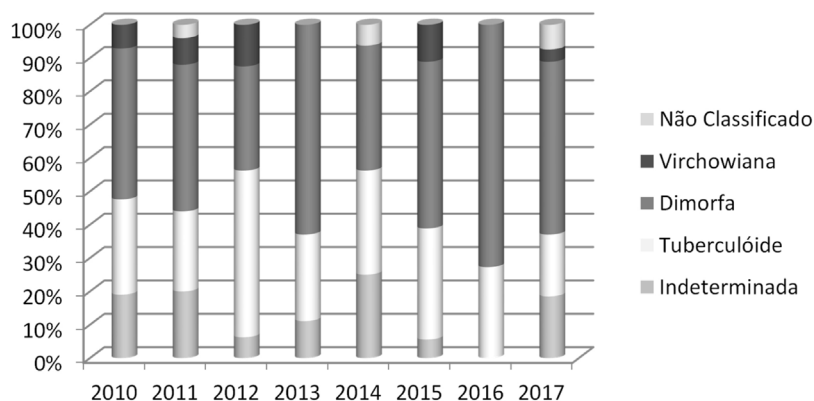


Figura 2 Forma clínica dos contatos domiciliares diagnosticados com hanseníase por ano de notificação (São Luís, MA, 2010-2017).

Fonte: SINAN, 2019.

grande preocupação epidemiológica em relação ao controle da doença no município.

O baixo nível de escolaridade encontrado pode relacionar-se ao déficit de entendimento sobre a doença e suas particularidades e, conseqüentemente, na demora em buscar assistência adequada nos serviços de saúde, dificultando o diagnóstico, a adesão e o tratamento da doença.⁹

A forma clínica dimorfa indica diagnóstico tardio e falhas nas ações desenvolvidas na Atenção Básica para tal fim. Outros estudos nacionais encontraram resultados semelhantes, em que as formas multibacilares prevaleceram sobre as paucibacilares.^{1,2,4,10}

Observou-se predominância do grau zero de incapacidade física; entretanto, registraram-se casos com grau 1 e 2. Verificou-se que há uma contradição entre o predomínio da forma clínica dimorfa e o grau zero de incapacidade física – esse fato pode ser atribuído à ausência de preparo e/ou experiência para a realização da avaliação do grau de incapacidade ou alguns problemas técnicos ou operacionais durante o envio dos dados para o SINAN.

O estudo apresentou limitações referentes ao uso de dados secundários, em decorrência de possíveis erros ou incompletude de informações nos prontuários, fichas de notificação e SINAN. As características sociodemográficas e clínicas encontradas neste estudo refletem o caráter negligenciado da hanseníase e a precariedade das ações voltadas para a detecção precoce entre os contatos, evidenciado pela

elevada taxa de prevalência de hanseníase entre contatos domiciliares e pela forma clínica dimorfa predominante.

Suporte financeiro

Este trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) (processo nº 01347/17).

Não houve envolvimento da(s) fonte(s) de financiamento nos processos de seleção do desenho do estudo, na coleta, análise e interpretação dos dados, na redação do relatório e na decisão de enviar o artigo para publicação.

Contribuição dos autores

Aruse Maria Marques Soares: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do conteúdo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito.

Kezia Cristina Batista dos Santos: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Tabela 2 Características clínicas dos contatos domiciliares diagnosticados com hanseníase – São Luís (MA), 2010-2017

Variáveis	n	%
Forma clínica		
Indeterminada	27	14,87
Tuberculóide	52	28,57
Dimorfa	89	48,90
Virchowiana	10	5,49
Não classificado	4	2,20
Grau de incapacidade		
0	117	64,06
1	47	26,00
2	08	4,45
Não registrado	10	5,49
Baciloscopia		
Positiva	11	6,07
Negativa	74	40,65
Não realizada	97	53,28
Número de lesões		
Até 5 lesões	155	87,16
6 a 10 lesões	15	8,26
> 10 lesões	07	3,84
Não registrada	05	2,74
Número de nervos afetados		
Nenhum	108	59,34
1 a 4	53	29,14
> 04	19	10,43
Não registrado	02	1,09
Total	182	100

Fonte: SINAN, 2019.

Ivan Abreu Figueiredo: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Maria de Fátima Lires Paiva: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.


Dorlene Maria Cardoso de Aquino: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.


Conflito de interesses


Nenhum.


Referências

- Romanholo HSB, Souza EA, Ramos Júnior AN, Kaiser ACGCB, Silva IO, Brito AL, et al. Surveillance of intradomiciliary contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:163–9.
- Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS, Santos LH. Epidemiological profile of in-house contacts of leprosy cases in a Brazilian hypertendemic capital. *Rev Fun Care.* 2019;11:873–9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Hanseníase [Internet]. 2020;1(esp):1-52. [Acesso em 14 fev. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-2020>.
- Lobato DC, Xavier MB, Neves DCO. Evaluation of surveillance actions of household contacts of patients with leprosy in the City of Igarapé-Açu, Pará State. Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2016;7:45–53.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [Acesso em 19 jul. 2020]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Percentual de contatos examinados entre registrados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes, estados, capitais. Brasil: 2017. [Internet] [Acesso em 14 fev. 2020]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/13/Percentual-de-contatos-de-casos-novos-de-hanseníase-examinados-entre-os-registrados-nos-anos-das-coortes-2000-a-2017.pdf>.
- Pereira TM, Silva LMS, Dias MSA, Monteiro LD, Silva MRF, Alencar OM. Tendência temporal da hanseníase em região de alta endemicidade do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm.* 2019;72:1356–62.
- Pacheco MAB, Aires MLL, Seixas ES. Prevalence and control of Hansen's disease: a research in an urban occupation area of São Luís, Maranhão state. Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;9:23–30.
- Costa LG, Cortela D, Soares RC, Ignotti E. Factors associated with the worsening of the disability grade during leprosy treatment in Brazil. *Lepr Rev.* 2015;86:265–72.
- Santos MAS, Aquino JLB, Pegas E, Abrahao Machado ECF. Analysis of clinical aspects of leprosy patients between 2010-2017 at a reference center in Campinas. *An Bras Dermatol.* 2020;95:252–4.


Aruse Maria Marques Soares ^a,

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa ^a,

Kezia Cristina Batista dos Santos ^{b,*},

Ivan Abreu Figueiredo ^c,

Maria de Fátima Lires Paiva ^{b,e} Dorlene Maria Cardoso

de Aquino ^a

^a Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, MA, Brasil

^b Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, MA, Brasil

^c Departamento de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, MA, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: kezia.cristinabs@hotmail.com (K.C. Santos).

Recebido em 4 de julho de 2020;
aceito em 23 de julho de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.07.024>

2666-2752/ © 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).