



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

---

**André Wilian Lozano**

**PERFIL DOS COMUNICANTES  
INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE EM UMA  
CIDADE HIPERENDÊMICA**

**São José do Rio Preto**

**2017**

**André Wilian Lozano**

**PERFIL DOS COMUNICANTES  
INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE EM UMA  
CIDADE HIPERENDÊMICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Scrito Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina  
de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de  
Mestre. Linha de pesquisa Gestão em Saúde. Projeto  
Geral Busca da eliminação da hanseníase na regional de  
São José do Rio Preto, SP.

Orientadora: Profª. Dra. Vânia Del'Arco Paschoal

**São José do Rio Preto**

**2017**

Lozano, André Wilian

Área do Conhecimento e Linhas de Pesquisa em Enfermagem: Perfil dos comunicantes intradomiciliares de hanseníase em uma cidade hiperendêmica / André Wilian Lozano  
São José do Rio Preto; 2017.

71 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Scrito Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Gestão em Saúde. Projeto Hansen

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Del’Arco Paschoal;

1. Busca de Comunicante; 2. Epidemiologia; 3. Hanseníase.

André Wilian Lozano

PERFIL DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES  
DE HANSENÍASE EM UMA CIDADE HIPERENDÊMICA

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra Vânia Del'Arco Paschoal  
FAMERP

---

Profa. Dra. Cláudia Eli Gazeta  
FAMERP

---

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna  
EEUSP – Ribeirão Preto

Suplentes: Prof. Dra. Denise Beretta, Profa. Dr. Margarete Ártico Batista, Maria De Lourdes Sperli Geraldos dos Santos e Josimerci Ittaro Lamana Faria.

São José do Rio Preto, 31/março/2017

## **DEDICATÓRIA**

Ao Prof Dr. José Martins Pinto Neto

Na graduação, conseguiu despertar na minha pessoa o interesse pela hanseníase, com suas aulas contagiantes plantou uma semente de curiosidade e vontade de saber mais sobre esta doença. Por me apoiar em minha jornada profissional.

Dedico também aos pacientes e comunicantes de hanseníase que participaram dessa pesquisa por compartilhar experiências ímpares relacionadas à doença.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pela força, proteção e coragem, por ter concedido saúde e perseverança por toda essa trajetória, por estar presente em todos os momentos e por sempre me dar a oportunidade conhecer pessoas especiais.

A **equipe multiprofissional do CADIP** por abir as portas do serviço com acolhimento, entendendo a importância da pesquisa.

A **Profa. Dra. Vânia Del'Arco Paschoal** por me contagiar ainda mais demonstrando o seu amor em trabalhar com hanseníase, por me conduzir durante este percurso com segurança sendo esclarecedora transmitindo confiança nos momentos necessários.

A minha namorada **Maria** por me apoiar durante esta caminhada.

À **Profa. Dra. Susilene M. T. Nardi** pela torcida, colaboração e disponibilidade na elaboração desta pesquisa.

Aos enfermeiros **Clinton, Darlene, Laura e Rosimeire** por contribuir com a coleta de dados dessa pesquisa.

A enfermeira **Luana Femina** por me apresentar a professora Vânia, dando início a este processo.

A enfermeira **Pricila Donda** pela companhia neste projeto.

A todos os **membros do grupo de pesquisa "Projeto Hansen"** que não medem esforços em atuar para melhoria do atendimento à hanseníase.

Aos meus **avós paternos** que tiveram hanseníase e por isso serviram de estímulo para buscar mais sobre a doença.

A **Banca examinadora** pela disposição em ler, comentar e apontar as oportunidades de melhorias.

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”.

Mahatma Gandhi

**LISTA DE QUADROS E TABELAS**

QUADRO 1	Indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Brasil em 2015	01
QUADRO 2	Coefficientes de detecção e prevalência da hanseníase de 2012-2016 em Fernandópolis-SP	02
TABELA 1	Distribuição dos casos de hanseníase, por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e a localização geográfica da moradia, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014.	15
TABELA 2	Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a classificação clínica e a operacional, a situação dos pacientes no momento da pesquisa, a avaliação de incapacidade física, as reações hansênicas, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014.	17
TABELA 3	Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a classificação operacional e o resultado da 1ª Baciloscopia de linfa, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014.	18
TABELA 4	Distribuição dos comunicantes dos casos de hanseníase notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 de acordo com o perfil demográfico.	21
TABELA 5	Distribuição dos comunicantes dos casos de hanseníase notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 de acordo com o perfil socioeconômico	23
TABELA 6	Acompanhamento dos comunicantes dos casos de hanseníase notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 pelo serviço de saúde.	25
TABELA 7	Conhecimento dos comunicantes dos casos de Hanseníase notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 sobre a Hanseníase.	26

**LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

BAAR – Bacilo Álcool Acido Resistente

BCG- – Bacilo de Calmette Guerin

CADIP – Centro de Atendimento às Doenças Infecciosas e Parasitárias

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DRS – Departamento Regional de Saúde

EHF - Eyes, Hand, Feet

FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILEP - Federação de Associações de Luta contra a Hanseníase

GVE – Grupo de Vigilância Epidemiológica

MB – Multibacilar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paucibacilar

PQT- Poliquimioterapia

SINAN - Sistemana de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SP – São Paulo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

### **Perfil dos comunicantes intradomiciliares de hanseníase em uma cidade hiperendêmica**

**Introdução.** A hanseníase constitui um problema de saúde pública no Brasil, o segundo mais endêmico do mundo. O domicílio é apontado como importante ambiente de transmissão da hanseníase. **Objetivo.** Identificar e descrever o perfil clínicoepidemiológico dos doentes de hanseníase e o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos seus comunicantes intradomiciliares. Confirmar a quantidade de comunicantes intradomiciliares com os dados já contidos nos prontuários e nas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação dos casos. Verificar a situação vacinal da BCG-id dos comunicantes intradomiciliares. **Método.** Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal e retrospectiva, realizada no município de Fernandópolis, SP. A população constituiu-se 99 casos notificados com hanseníase e 146 comunicantes intradomiciliares, 2013 a 2014. Foram coletados dados dos prontuários, e por meio de entrevista, dados dos contatos. O critério de inclusão foram os comunicantes de hanseníase diagnosticados entre 2013 a 2014, de Fernandópolis/SP e os de exclusão menores de 18 anos de idade. Houve a aprovação do CEP/FAMERP. **Resultados.** O perfil dos 99 casos de hanseníase, é de pessoas em idade produtiva, média de 49 anos, presença da doença em < de 15 anos, estado civil, casados e baixa escolaridade. Predomínio da forma operacional Multibacilar e BAAR negativo. Foram encontrados 146 comunicantes intradomiciliares, com o perfil sócio-demográfico muito semelhante aos dos doentes. Residiam de 10 ou anos mais no município. A maioria relatou que não fizeram exame dermatoneurológico. O enfermeiro foi o profissional que mais os avaliou e não sabiam sobre sua importância. Sobre a situação vacinal 124 (84,9%) contatos possuíam uma cicatriz da BCG-id e desses, 65 (52,4%) não receberam nenhuma dose após a descoberta do caso e 56 (45,2%) receberam uma. Foram 28 casos novos intradomiciliares que adoeceram após o diagnóstico do caso índice. **Conclusão.** Verificou-se que o perfil dos comunicantes é muito semelhante aos dos casos índices, fator de risco de contrair a doença. O controle dos comunicantes é um dos pilares estratégicos para a quebra da cadeia epidemiológica da doença. Esse estudo aponta que o controle dos comunicantes exige dos profissionais de saúde um visão mais global, ampliada, além da notificação do caso no SINAN e do tratamento poliquimoterápico e uma valorização do controle de comunicantes intradomiciliares. A unidade de saúde deve utilizar mecanismos de controle referentes aos comunicantes, analisar os indicadores epidemiológicos e operacionais do Programa e realizar mais ações de educação em saúde para empoderar os doentes e seus familiares na criação de vínculos com os profissionais de saúde garantindo uma maior proximidade.

**Palavras chaves:** Busca de Comunicante, Epidemiologia e Hanseníase.

**ABSTRACT**

## Profile of household leprosy contacts in a hyperendemic city

**Introduction:** Leprosy is a public health problem in Brazil and is second on the list of endemic diseases in the world. The household has been identified as an important environment for the transmission of leprosy. **Objectives:** To identify and describe the clinical and epidemiological profile of leprosy patients and the sociodemographic and epidemiological profile of their household contacts. To confirm the number of household contacts with the data in the patient's medical records and in the records of the Communicable Disease Notification Information System (SINAN). To check the intradermal Bacillus Calmette-Guérin (BCG-id) vaccination status of household contacts. **Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out in the city of Fernandópolis, SP. The population studied was 99 subjects with leprosy and 146 household contacts. Data were collected from the medical records and with interviews. The inclusion criterion was that patients were diagnosed with leprosy in 2013 and 2014 in Fernandópolis with under 18-year olds being excluded. The study was approved by the Ethics Committee of the Medicine School in Sao Jose do Rio Preto (FAMERP). **Results:** Most of the 99 leprosy patients were of productive age with a mean age of 49 years however some were under 15 years old. Most were married with low schooling. A total of 146 household contacts were identified with sociodemographic profiles very similar to the patients. All lived ten or more years in the municipality. The majority reported that they did not take a dermato-neurological exam, the nurse was the professional who evaluated them most, and that they did not understand about the importance of the test. Regarding the vaccination situation, 124 (84.9%) contacts had a BCG-id scar, 56 (45.2%) received a booster after the leprosy case was discovered but 65 (52.4%) did not. Twenty-eight household contacts became ill after the diagnosis of the index case. **Conclusion:** The profile of the contacts is very similar to the index cases, a risk factor for contracting the disease. The control of contacts is one of the strategic mainstays to break the epidemiological chain of the disease. This study shows that health professionals require a more global and expanded view to control contacts, an important strategy, besides the notification of the case to the SINAN and multidrug treatment. Health clinics should use mechanisms to control contacts, analyze epidemiological and operational indicators of the control program, and implant health education measures to empower patients and their families to create stronger links with healthcare professionals.

**Keywords:** Contact Tracing, Epidemiology, Leprosy

## RESUMEN

El perfil de la familia de comunicantes de lepra en una ciudad hiperendémica

**Introducción:** La lepra constituye un problema de salud pública en Brasil, el segundo mundo más endémica. El hogar se considera un medio de transmisión de la lepra importante. **Objetivo:** Identificar y describir el perfil clínicoepidemiológico de los enfermos de lepra y el perfil sociodemográfico y epidemiológico de sus contactos en el hogar. Confirmar la cantidad de contactos en el hogar con los datos ya contenidos en los registros médicos y los formularios de notificación de las enfermedades Sistema de Información de Notificación de los casos. Compruebe el estado de vacunación de BCG-Identificación de los contactos en el hogar. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en la ciudad de Ferndale, SP. La población eran 99 lepra notificado y 146 indradomiciliares de conexión, entre 2013 y 2014. Los datos se obtuvieron de los registros médicos y entrevistas, datos de contacto. Los criterios de inclusión fueron los comunicantes de lepra diagnosticados entre 2013-2014, de Fernandópolis / SP y menores de 18 años de edad exclusión. No fue la aprobación de la CEP / FAMERP. **Resultados:** El perfil de los 99 casos de lepra son personas en edad laboral, promedio 49 años, la presencia de la enfermedad en <15 años, estado civil, casadas y baja educación. Predominio de BAAR operacionalmente Multibacilar y negativa. Se encontraron 146 contactos en el hogar, con el perfil sociodemográfico muy similares a los de los pacientes. Vivieron 10 años o más en la ciudad. La mayoría relatouque hizo examen dermato, la enfermera fue el más profesional evaluado y no sabía nada de su importancia. Acerca del estado de vacunación de 124 (84,9%) contactos tenían una cicatriz de BCG-id y, de éstos, 65 (52,4%) no recibieron ninguna dosis después del descubrimiento del caso y 56 (45,2%) recibieron una. Foram 28 nuevos casos de uso doméstico que se enfermaron después del diagnóstico, si índice. **Conclusão:** Verificou que la conexión del perfil es muy similar a los casos índice, un factor de riesgo para la enfermedad. El control de la comunicación es uno de los pilares estratégicos para romper la cadena epidemiológica de la enfermedad. Este estudio señala que el seguimiento de los contactos profesionales de la salud requiere una visión más global, se extendió más allá del caso de la notificación en el SINAN y tratamiento poliquimoterápico y los contactos domésticos de control de recuperación. La unidad de salud debe usar mecanismos de control relacionadas con la comunicación, el análisis de los indicadores epidemiológicos y operativos del programa y hacer más actividades de educación sanitaria para capacitar a los pacientes y sus familias en la creación de vínculos con los profesionales de la salud, lo que garantiza una mayor proximidad.

**Términos clave:** Trazado de Contacto, Epidemiología e Lepra.

**SUMÁRIO**

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Epígrafe	vii
Lista de Quadros e Tabelas	viii
Lista de abreviaturas	ix
Resumo	x
Abstract	xi
Resumen	xii
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
1.1. A hanseníase	01
1.2. Controle de comunicante	04
1.3. Justificativa	06
<b>2. OBJETIVO</b>	<b>07</b>
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODO</b>	<b>08</b>
3.1 Tipo do pesquisa	08
3.2 Cenário da pesquisa	08
3.3 População do estudo	10
3.4 Método	11
3.5 Instrumento de coleta de dados	11
3.6 Critérios de inclusão e exclusão	12
3.7 Aspectos éticos da pesquisa	13
3.8 Análise de dados	13
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
4.1 Pessoas atingidas pela hanseníase	14
4.2 Comunicantes intradomiciliares de hanseníase	19
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>27</b>
5.1 Pessoas acometidas pela hanseníase	27
5.2 Comunicantes intradomiciliares de hanseníase	27
5.3 Considerações finais	49
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>71</b>

## INTRODUÇÃO

### A Hanseníase

A hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública, não somente no Brasil, mas na Índia e vários outros países da Ásia e da África. O Brasil é o segundo país mais endêmico do mundo apesar dos progressos obtidos com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e da Poliquimioterapia em 1991.<sup>1</sup>

Devido possuir uma prevalência alta em relação ao resto do mundo (19,5 casos/10.000 habitantes em 1990), em 1991, o país firmou compromisso internacional com a Organização Mundial de Saúde (OMS) de eliminar a hanseníase até o ano 2000, ou seja, ter menos de um caso por dez mil habitantes. Sem êxito, essa meta foi prorrogada para 2005, (prevalência era de 1,5 casos/10.000 habitantes).<sup>2</sup> Novamente postergada para 2010,<sup>3</sup> depois foi prorrogada para 2015<sup>4</sup> e, por último, prorrogada para 2020.<sup>5</sup>

#### **Quadro1:** Indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Brasil em 2015

<b>INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS DA HANSENÍASE NO BRASIL EM 2015</b>	
Casos novos	28.761
Coefficiente de detecção	14,07/100 mil hab.
Coefficiente de prevalência	1,01/10 mil hab.
Porcentagem de contatos examinados	78,2%
Porcentagem de avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico	87,1%
Porcentagem de avaliados quanto ao grau de incapacidade física na cura	71,22%
Coefficiente de grau de incapacidade física 2 por cem mil habitantes	0,92/100 mil hab.
Casos novos em menores de 15 anos	2.113
Coefficiente de Detecção em menores de 15 anos	4,46/100 mil hab.
Número de Unidades de Saúde com pacientes em tratamento	8.846

**Fonte:** Indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Brasil de 2000 a 2015.<sup>6</sup>

A distribuição da Hanseníase é heterogênea entre as cinco macrorregiões, os 26 Estados e o Distrito Federal e os 5700 municípios. Do total desses 31064 casos novos, notificados em 2014, a distribuição, por regiões é: Nordeste: 13.523; Norte: 6113; Centro Oeste: 5878; Sudeste: 4510 e Sul: 1035.<sup>7</sup>

Dentre os estados brasileiros os dois com maiores prevalências são: Mato Grosso (10,19/10.000 hab.) e Tocantins (4,53/10.000 hab.) e os três com menores prevalências são: São Paulo (0,31/10.000 hab.), Santa Catarina (0,17/10.000 hab.) e Rio Grande do Sul (0,10/10.000 hab.).<sup>7</sup>

No estado de São Paulo de 1988 a 2012 houve uma diminuição drástica da prevalência da hanseníase de 11,94 casos/10 mil habitantes para 0,5 casos/10 mil habitantes em 2012.<sup>8</sup> Observam-se que a hanseníase tem uma distribuição diferente entre os 645 municípios, cujos coeficientes de prevalência podem ser zerados, baixo (menos de 1 caso/10.000 habitantes), médios (1 a 4,99/10.000), altos (5 a 9,99/10.000), muito altos (10 a 19,99/10.000) ou hiperendêmicos ( $>$  ou  $=$  20 casos/10.000 habitantes).

Em relação à detecção, na população em geral, os dados também são muito heterogêneos no país sendo considerado baixo (menos de 2 casos/100 mil habitantes), médio (2 a 9,99/100 mil), alto (10,0 a 19,99/100 mil habitantes), muito alto (20, a 39,99/100 mil) e hiperendêmico (maior ou igual a 40 casos/100 mil habitantes).<sup>1,9</sup>

Fernandópolis apresenta uma situação epidemiológica em relação à hanseníase de alta endemicidade como demonstrado no Quadro 2.

**Quadro 2:** Coeficientes de detecção da hanseníase de 2012-2016 em Fernandópolis-SP

	2012	2013	2014	2015	2016
Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes)	39,9	77,0	72,2	27,9	24,8

**Fonte:** Fernandópolis, 2017.<sup>10</sup>

A característica de cronicidade e baixa letalidade que a hanseníase apresenta favorece a endemia ou ainda a hiperendemia em várias regiões, o que resulta em dificuldades para o controle epidemiológico.<sup>11</sup>

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, granulomatosa, causada pelo bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*) que possui alta infectividade e baixa patogenicidade, dependendo da relação bacilo-hospedeiro e do grau de endemicidade do meio. Possui evolução lenta e alto poder incapacitante.<sup>1</sup> Essa doença atinge homens e mulheres, acarretando sérios prejuízos de ordem biopsicosocial e econômico. Todos os níveis do sistema de saúde devem desenvolver ações de análise e avaliação do programa de controle da hanseníase com a finalidade de subsidiar a implementação das atividades.<sup>11</sup>

O *M. leprae* tem predileção pela pele e partes mais frias do corpo humano, acomete principalmente nervos dos membros superiores, membros inferiores e face. Esses acometimentos podem causar severas incapacidades físicas que prejudicam a autoestima, levam a uma queda da qualidade de vida e interferem no dia a dia dos portadores da doença. Possui apenas o homem como hospedeiro, podendo ter alguns animais como reservatório. O período de incubação da doença varia de dois a sete anos, havendo casos mais curtos de até sete meses ou como períodos mais longos de até dez anos. É pouco observada em crianças por seu período longo de incubação.<sup>1</sup>

A hanseníase é diagnosticada clinicamente por meio do exame neurodermatológico buscando identificar lesões ou áreas de pele com manchas, alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos sensitivos, motor e/ou autonômico.<sup>1</sup> É uma doença de notificação compulsória de acordo com a Portaria Ministerial nº 204 de 17 de fevereiro de 2016.<sup>12</sup>

Em 2010, foi lançada pela OMS, a “Estratégia Global Aprimorada 2011-2015” que enfatiza a sustentação da atenção à saúde com serviços de qualidade e a redução da carga da

doença por meio da detecção precoce dos casos novos, mas também reduzindo a deficiência física, o estigma e a discriminação com os portadores da doença, estimulando a promoção da reabilitação social e econômica das pessoas atingidas, objetivando-se reduzir o número de casos com Incapacidade Física Grau 2 (GIF/OMS) e estimulando os Programas de Controle a garantir o diagnóstico antes da evolução da doença para as incapacidades.<sup>4</sup>

Em 2016, foi lançada pela OMS, a Estratégia global para hanseníase 2016/2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase a qual dá ênfase na detecção precoce de casos antes do surgimento de incapacidades visíveis, principalmente nas crianças, como maneira de diminuir as incapacidades e reduzir a transmissão, entre outras metas tais como: aumentar a detecção em grupos de maior risco, mediante campanhas nas áreas ou comunidades de alta endemicidade com redução de pacientes com incapacidade de grau 2, desenvolver planos nacionais para garantir o exame de todos os contatos próximos (a meta é o exame de todos os contatos intradomiciliares), promover etapas rumo ao uso de um esquema terapêutico uniforme e mais curto para todos os tipos de hanseníase e incorporar intervenções específicas contra o estigma e a discriminação das pessoas com hanseníase.<sup>5</sup>

### **Controle de Comunicantes de Hanseníase**

O domicílio é apontado como importante ambiente de transmissão da hanseníase. A investigação epidemiológica, nesse cenário, é fundamental para a descoberta de novos casos sendo considerada uma estratégia para a redução da carga da doença.<sup>1,13,14</sup>

Para tanto, o controle de comunicantes de hanseníase tem por objetivo descobrir casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção.<sup>1,15</sup>

O controle dos comunicantes é considerado indicador “bom” quando o número de contatos examinados é maior ou igual a 75,0%, regular de 50,0 a 74,9% e precário com menos de 50,0% deles examinados.<sup>6</sup>

Em 2014, o Brasil possuía 104.447 comunicantes, e destes, 80.038 foram examinados perfazendo 76,6% de casos avaliados. Por regiões brasileiras encontramos as porcentagens de comunicantes avaliados: Sul (91,7%), Sudeste (86,1%), Centro Oeste (80,5%), Norte (76,4%) e Nordeste (71,2%). As unidades federadas que mais avaliaram os comunicantes foram: Paraná (95,1%), Minas Gerais (90,7%), Sergipe (89,1%), São Paulo (89,1%) e o Distrito Federal (88,9%) e os que menos aferiram foram: Rio Grande do Norte (56,4%), Roraima (58,3%), Maranhão (65,9%), Alagoas (69,5%) e o Ceará (69,7%). Portanto, pode-se avaliar, que o controle de comunicantes no Brasil varia de regular à bom.<sup>9</sup>

A vigilância dos contatos consiste na investigação de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, devendo ser realizada:

- anamnese dirigida à procura de sinais e sintomas da hanseníase;
- exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal e palpação de nervos) de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional do caso índice;
- checagem da presença de cicatriz de BCG-id;
- o uso da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guërin) para os contatos intradomiciliares deverá ser aplicada sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos Paucibacilares (PB) ou Multibacilares (MB);
- repasse de orientações ao contato intradomiciliar sobre período de incubação, transmissão, e sinais e sintomas precoces da hanseníase; e sobre seu eventual aparecimento, indicando, nesses casos, a procura da unidade de saúde.<sup>16-18</sup>

A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal: na ausência ou presença de uma cicatriz, administrar uma dose e na presença de duas cicatrizes vacinais, não administrar nenhuma dose.<sup>1,17,19</sup>

Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para a hanseníase.<sup>1,17</sup>

No contexto da eliminação da doença constituem-se, portanto, como uma das mais importantes ações de controle da hanseníase o diagnóstico precoce e a busca ativa de doentes, por meio do exame de todos os contatos intradomiciliar do caso diagnosticado.<sup>1,17-18</sup>

Dessa forma o estudo justifica-se pela importância de identificar o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos comunicantes intradomiciliares das pessoas atingidas pela hanseníase e propor ações para o controle da doença em um município hiperendêmico.

**OBJETIVOS****Objetivo Geral**

Identificar e descrever o perfil clínico e epidemiológico dos doentes de hanseníase e o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos seus comunicantes intradomiciliares.

**Objetivos Específicos**

Confirmar a quantidade de comunicantes intradomiciliares com os dados já contidos nos prontuários e nas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação dos casos.

Verificar a situação vacinal da BCG-id dos comunicantes intradomiciliares.

## **CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e retrospectiva com abordagem quantitativa que tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação.<sup>20</sup>

Este tipo de estudo visa uma grande contribuição epidemiológica informando as condições de saúde de uma população em determinados eventos e também permite obter dados necessários sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos, mostrando como as variáveis analisadas se relacionam.<sup>21</sup>

### **Cenário da Pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada no município de Fernandópolis, SP que faz parte do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto, SP (DRS XV), do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales (GVE XXX) e serve de referência para outros 12 municípios do Colegiado de Gestão Regional, cuja população dessa microrregião é de 110 mil habitantes.

Está localizado no extremo noroeste do estado de São Paulo, a 555 km da capital do Estado, ocupando uma área de 550,033 km<sup>2</sup>, com 68.120 habitantes<sup>22</sup> e se constitui como uma referência para uma microrregião de 13 municípios, destacando-se como importante polo nos aspectos político, econômico (comercial e agroindustrial) e cultural. Representa também uma referência na área educacional, principalmente no ensino superior, tendo aproximadamente, 6.000 mil estudantes entre os cursos oferecidos pelas universidades locais.

Na área da saúde Fernandópolis também se destaca como importante centro de referência não só para esses municípios como para outras microrregiões circunvizinhas e de municípios do Triângulo Mineiro, do Estado de Mato Grosso do Sul e até do sul de Goiás. A rede de Serviços de Saúde é constituída por diversos equipamentos de caráter privado, filantrópico, público estadual e municipal.

Possui um hospital privado de pequeno porte e um hospital filantrópico (Santa Casa-Hospital Ensino), de médio porte conveniado ao SUS. A rede pública municipal de saúde é formada por 16 Unidades Básicas de Saúde onde atuam 23 equipes da Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 100% da população; Centro de Atenção Psicossocial-II (CAPS); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD); Centro de Atendimento às Doenças Infecciosas e Parasitárias (CADIP); Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade de Atendimento ao Trabalhador Rural, Clínica de Saúde da Criança; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Integrado de Saúde, Centro de Referência em Saúde, Unidade Básica de Saúde do modelo tradicional, a qual se constitui em uma UBS Universitária do Curso de Medicina da Universidade Brasil, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Fernandópolis (CISARF), Laboratório Regional do SUS e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esses quatro últimos serviços de saúde municipais também atendem os usuários do SUS dos 13 municípios da região de saúde de Fernandópolis.

O atendimento à hanseníase, neste município, é centralizado no CADIP e possui uma equipe multiprofissional constituída de dois infectologistas, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um fisioterapeuta, um farmacêutico, um psicólogo e um odontólogo. Alguns profissionais atuam mais diretamente no atendimento à hanseníase como os médicos, os enfermeiros e o fisioterapeuta.

As principais atividades desenvolvidas por essa unidade de saúde em relação ao Programa de Eliminação da Hanseníase são: consulta médica, de enfermagem, fisioterápica e psicológica para doentes e comunicantes dependendo da necessidade, assistência Farmacêutica, biópsia de pele e nervos, colheita de linfa, ações de prevenção de incapacidades físicas ou fisioterapia para os doentes, curativos para os doentes na unidade de saúde e/ou em domicílios, aplicação da vacina BCG-id nos comunicantes; além de atividades de educação em saúde como palestras e distribuição de materiais sobre a doença em empresas e, principalmente, para escolares, de 5 a 14 anos, em função da “Campanha Nacional dos 3 Bichos” (Hanseníase, Tracoma e Geohelmintíase) e visitas domiciliárias em alguns casos, principalmente, quando da realização de estágios de cursos de graduação na área da saúde, que utilizam essa unidade como cenário de estágios.

Como já citado, Fernandópolis apresenta uma situação epidemiológica em relação à hanseníase de alta endemicidade.

### **População do Estudo**

A população de referência deste estudo foram as pessoas/casos notificadas com hanseníase e residentes no município de Fernandópolis, no período de 2013 a 2014. A população estudada foi constituída pelos comunicantes intradomiciliares dessa população de referência.

Para fins dessa pesquisa adotou-se a **definição de contato intradomiciliar** como sendo “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos”.<sup>15,16</sup>

## **Método**

Para a calibração dos instrumentos de coleta foram realizadas três coletas de dados em prontuários de doentes de hanseníase, notificados em 2012, assim como foram entrevistados os seus comunicantes intradomiciliares desses doentes.

Após a sua adequação, foram coletados dados dos prontuários, fichas de notificação/investigação do caso e planilhas de controle existentes no CADIP sobre a pessoa atingida pela hanseníase e os seus comunicantes intradomiciliares. Depois, por meio de entrevista, nas residências dos doentes/comunicantes, coletaram-se os dados dos contatos **(Apêndice 1)**. A coleta de dados deste estudo foi realizada pelo grupo de pesquisa do Projeto Hansen da FAMERP cujo este pesquisador faz parte.

## **Instrumento para Coleta de Dados**

A ficha de coleta de dados em prontuário possui as seguintes informações sobre o doente: endereço, sexo, escolaridade, estado civil, classificação operacional e clínica, modo de entrada no serviço de saúde, modo de detecção do caso novo, primeira baciloscopia, tratamento, situação atual do doente, avaliação de incapacidade, reações hansênicas e os nomes e grau de parentesco dos comunicantes. Além disso, possui o roteiro de entrevista com o comunicante contemplando as seguintes informações a seu respeito: endereço, local e data da entrevista, grau de parentesco com o doente, data de nascimento, raça, sexo, escolaridade, estado civil, naturalidade, tempo de residência no estado de São Paulo, no município e no domicílio, profissão, ocupação, religião, renda familiar e individual, quantidade de indivíduos que moravam com o doente e que também adoeceram, orientações recebidas sobre o controle de comunicantes, vacinação BCG, avaliação física, preconceito/discriminação, posição do doente em relação ao caso índice.

Para a avaliação do grau de incapacidades, preconizado pela OMS, de olhos, mãos e pés foi utilizado o EHF (Eyes, Hand, Feet) que é o resultado da soma de sua pontuação.

### **Critérios de Inclusão**

Todos os casos de hanseníase notificados no período de 2013 a 2014, e seus respectivos comunicantes intradomiciliares residentes no município de Fernandópolis/SP.

### **Critérios de Exclusão**

Em relação aos doentes: pacientes que transferiram o tratamento para outra cidade.

E quanto aos comunicantes intradomiciliares: aqueles que não quiseram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; que eram menores de 18 anos de idade e os comunicantes que não foram encontrados após cinco tentativas de contatos telefônicos em diferentes horários e três tentativas de visitas domiciliares em dias e horários diferentes.

### **Aspectos Éticos da Pesquisa**

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP, parecer nº41392815.9.0000.5415 (**Anexo 1**) e a coleta de dados foi iniciada, solicitando a cada participante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE de acordo com a Portaria nº 466/2012.<sup>23</sup> O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que, uma permanece em arquivo com o pesquisador e a outra foi entregue ao participante desta pesquisa. Foi mantido o sigilo do nome dos envolvidos, conhecido apenas pela equipe de pesquisa (**Apêndice 2**).

### **Análise de Dados**

Os dados foram digitados em planilha Excel e após analisados no programa estatístico EPI INFO 7.1.1.0. Foi realizada análise estatística descritiva, com distribuição de frequência para descrição das variáveis epidemiológicas e sociodemográficas.

## **RESULTADOS**

Os resultados estão apresentados em duas partes: a primeira sobre os doentes e a segunda, à respeito dos comunicantes intradomiciliares.

As variáveis desse estudo referentes aos doentes foram obtidas por meio dos prontuários.

### **Pessoas Atingidas pela Hanseníase**

Nos anos de 2013 e 2014 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 101 casos de hanseníase no município estudado. Desses, dois prontuários não foram disponibilizados pela unidade de saúde – cenário de parte dessa pesquisa, totalizando uma população de 99 sujeitos.

Verificou-se que quanto à faixa etária, o maior número de pessoas permaneceu em torno de 20 a 64 anos de idade com 73 (73,8%) casos. A média de idade encontrada foi de 49 anos, mediana de 50 (dp± 17). Dentre as notificações três casos eram menores de 15 anos. O sexo feminino apresentou-se com 51 (51,5%) das notificações; o estado civil, 58 (58,63%) casos eram casados/união estável/convivendo com um cônjuge, seguidos dos solteiros 23 (23,2%) e viúvos 10 (10,1%) distribuídos entre nove femininos e um do sexo masculino.

No que se refere à escolaridade, verificou-se que 52 (52,5%) pessoas possuíam baixa escolaridade (de analfabeto a 8ª série incompleta) e que somente 4 (4,0 %) possuíam nível superior completo. Observou-se que as mulheres se apresentaram com predominância em séries completas em relação aos homens.

No tocante à localização geográfica dos registros, 85 (85,9%) residem na área periférica da cidade, bairros afastados do centro e da zona rural (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição dos casos de hanseníase, por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e a localização geográfica da moradia, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014.

VARIÁVEIS		TOTAL	
		N	%
SEXO	Masculino	48	48,5
	Feminino	51	51,5
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
FAIXA ETÁRIA (anos de idade)	0 a 19	6	6,0
	20 a 49	42	42,5
	50 a 64	31	31,3
	65 e +	20	20,2
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
ESTADO CIVIL	Solteiros	23	23,2
	Casados/ União Estável	58	58,6
	Divorciados/Separados	6	6,1
	Viúvos	10	10,1
	<i>Missing</i>	2	2,0
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
ESCOLARIDADE	Analfabeto	4	4,1
	1ª a 4ª série incompleta do EF*	14	14,1
	4ª série completa do EF*	11	11,1
	5ª a 8ª série incompleta do EF*	23	23,2
	EF* completo	2	2,0
	EM# incompleto	14	14,1
	EM# completo	25	25,3
	ES <sup>o</sup> incompleto	-	-
	ES <sup>o</sup> completo	4	4,1
	<i>Missing</i>	2	2,0
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	
Local Geog.	Área periférica	85	85,9
	Área central	14	14,1
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Legenda: \*: Ensino Fundamental; #: Ensino Médio; <sup>o</sup>: Ensino Superior

Em relação à classificação operacional, as formas multibacilares correspondem a 80 (80,8%) dos casos, distribuídos em 72 (72,7%) correspondentes à forma clínica Dimorfa, que somadas às 6 (6,1%) da forma Virchowiana, representam 78 (78,8%) dos casos multibacilares. Dois casos (2,0%) foram classificados como multibacilares sem a informação da forma clínica. A forma operacional paucibacilar, Indeterminada, correspondeu a 13 (13,1%) dos casos.

No momento da pesquisa verificou-se que 69 (69,7%) casos já estavam de alta medicamentosa, 20 (20,2%) em tratamento poliquimioterápico e 9 (9,1%) em abandono. Detectou-se que a avaliação de incapacidade física no momento do diagnóstico foi realizada em 96 (97%) das ocorrências e, dos 69 (69,7%) casos que já estavam de alta medicamentosa no momento da pesquisa, 21 (21,2%) não foram realizados.

Dos 99 doentes, 54 (54,5%) apresentaram reações hansênicas as quais foram tratadas com o uso de Prednisona em 38 (70,4%) dos casos, seguido do uso de Talidomida em 4 (7,4%) das notificações (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a classificação, a situação dos pacientes no momento da pesquisa, a avaliação de incapacidade física, as reações hansênicas, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014.

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	
		N	%
<b>Classificação Clínica</b>	Indeterminada	13	13,1
	Tuberculóide	6	6,1
	Dimorfa ou <i>Borderline</i>	72	72,7
	<i>Virchowiana</i>	6	6,1
	<i>Missing</i>	2	2,0
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
<b>Classificação Operacional</b>	Paucibacilar – PB	19	19,2
	Multibacilar – MB	80	80,8
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação do paciente no momento da coleta de dados</b>	Alta medicamentosa	69	69,7
	Em tratamento	20	20,2
	Abandono	9	9,1
	Óbito	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
<b>Avaliações de incapacidades físicas no momento do diagnóstico</b>	Sim	96	97,0
	Não	3	3,0
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
<b>Avaliações de incapacidades físicas no momento da alta</b>	Sim	48	48,5
	Não	21	21,2
	Não se aplica*	30	30,3
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
<b>Reações Hansênicas</b>	Sim	54	54,5
	Não	45	45,5
	<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>
<b>Tratamento das Reações Hansênicas</b>	Prednisona	38	70,4
	Talidomida	4	7,4
	Ambas	3	5,5
	Outras	9	16,7
	<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Legenda: \*Não se Aplica: Em tratamento + Abandono + Óbito.

Em relação ao escore de EHF dos 96 (97,0%) pacientes que se submeteram à avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico, se comparado com a avaliação no momento da alta, 22 (22,2%) não foram avaliados na alta, 12 (12,1%) melhoraram, 28 (28,3%) mantiveram a mesma pontuação, 8 (8,1%) pioraram e 29 (29,3%) não se aplicam em decorrência da situação do doente no momento da pesquisa não estar de alta medicamentosa.

Quanto à classificação operacional e o resultado da 1ª baciloscopia de linfa verifica-se em 57 (57,6%) dos casos o resultado negativo, inclusive nas formas multibacilares onde em 46 (57,5%) registros o resultado também foi negativo. Em 18 (18,2%) notificações ela não foi realizada e em 15 (15,1%) observou-se que havia registro de solicitação da baciloscopia, mas não possuía o exame anexado ou registrado o resultado no prontuário (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a classificação operacional e o resultado da 1ª Baciloscopia de linfa, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014.

Resultado da 1º BAAR	Classificação Operacional					
	PB		MB		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Positivo	3	15,8	6	7,5	9	9,1
Negativo	11	57,9	46	57,5	57	57,6
Não realizado	5	26,3	13	16,3	18	18,2
<i>Missing</i>	-	-	15	18,7	15	15,1
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Constata-se, que a maioria dos modos de entrada foram os denominados de casos novos (74 casos), por meio de demanda espontânea 35 (47,3%), seguidos por encaminhamentos 31 (41,9%) e de exames de contatos 4 (5,4%). Os registros de recidivas foram 8 sendo que desses, o modo de entrada mais encontrado, foi por demanda espontânea com 5 casos (62,5%).

### **Comunicantes Intradomiciliares de Hanseníase**

Observou-se o predomínio de comunicantes do sexo feminino com 87 (59,59%) pessoas; faixa etária, 80(54,8%) ficavam entre 20 a 49 anos; a raça,67 (45,9%) relataram branca; estado civil, 99 (67,8%) conviviam com os cônjuges.

Sobre a religião 139 (95,2%) comunicantes professam crença e houve o predomínio da católica (76; 52,0 %). Somente 7 (4,8%) não professaram religião. Em relação à frequência à Igreja/Templo 38,3% compareciam de 1 a 2 vezes por semana e 30,8% não frequentam cultos. Na pesquisa, observou-se que, apesar dos católicos predominarem em número, eram os evangélicos quem mais iam à igreja mensalmente.

Quanto ao grau de parentesco do comunicante com o doente, 51 (34,9%) eram esposos (as), 36 (24,7%) filhos (as) e 26 (17,8%) pais.

Outras informações obtidas a partir do questionário apontam que quanto à naturalidade, 126 (86,3%) eram paulistas e 20 (13,7%) de outros estados da Federação. Sobre o tempo de residência no Estado de São Paulo mostra que 139 (95,2%) comunicantes residiam de 10 anos ou mais, 6 (4,1%) residiam de cinco a nove anos e 1 (0,7%) de um a três anos. Os nascidos em Fernandópolis eram 66 (45,2%) pessoas e 19 (13,0%) de municípios da microrregião de Fernandópolis. Quanto ao tempo de residência em Fernandópolis verificou-se que 126 comunicantes (86,3%) habitavam a cidade há 10 anos ou mais e o período de residência no domicílio da pessoa tratada, 110 (75,3%) comunicantes relataram que moravam o mesmo número de anos.

Sobre o tipo de moradia, 83 (56,9%) comunicantes viviam em “casa própria”, 31 (21,2%) em “casa alugada”, 20 (13,7%) em “casa cedida” e 12 (8,2%) em “casa financiada”. Quanto à estrutura da moradia 144 (98,6%) dos comunicantes viviam em casas de alvenaria. No que se refere ao número de cômodos no domicílio 36 (24,7%) comunicantes relataram possuir imóveis de cinco cômodos, 35 (24,0%) de seis e 31 (21,2%) disseram haver sete

apostos. Imóveis de dois cômodos foram relatados por 6 (4,1%) comunicantes e de três por 2 (1,4%) pessoas. Quanto ao número de quartos, por domicílio, informado pelos comunicantes 68 (46,6%) deles tinham dois quartos, 53 (36,3%) três e 17 (11,6%) disseram que possuíam um único dormitório. Em relação ao número de banheiros por domicílio 85 (58,2%) comunicantes confirmaram que o imóvel tinha apenas um; 52 (35,6%) relataram ter dois banheiros, mas 1 (0,7%) entrevistado expôs não ter nenhum.

Os 146 (100%) comunicantes relataram que as casas possuíam ligação com a rede de energia elétrica; 144 (98,6%) informaram que o domicílio possuía abastecimento de água; 145 (99,3%) informaram que o mesmo estava conectado à rede coletora de esgoto e que era servido pelo sistema de coleta de lixo da cidade e 136 (93,1%) dos comunicantes informaram que a rua possuía pavimentação asfáltica e 96 (65,7%) comunicantes informaram que eles tinham acesso à internet.

**Tabela 4:** Distribuição dos comunicantes dos casos de hanseníase, notificados em Fernandópolis/SP nos anos de 2013 e 2014 de acordo com o perfil demográfico.

PERFIL DEMOGRÁFICO DOS COMUNICANTES		TOTAL	
		N	%
SEXO	Masculino	59	40,4
	Feminino	87	59,6
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
FAIXA ETÁRIA (anos de idade)	00 a 19	10	6,8
	20 a 49	80	54,8
	50 a 64	37	25,3
	65 e +	19	13,1
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
RAÇA	Branca	67	45,9
	Negra	26	17,7
	Amarela	2	1,4
	Parda	49	33,6
	Indígena	2	1,4
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
ESTADO CIVIL	Solteiros	32	21,9
	Casados/ União Estável	99	67,8
	Divorciados/Separados	7	04,8
	Viúvos	8	05,5
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
RELIGIÃO	Católico	76	52,0
	Evangélico	54	37,0
	Espírita	7	4,8
	Sem religião	7	4,8
	Outras	2	1,4
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
GRAU DE PARENTESCO	Esposos (a)	51	34,9
	Filhos (a)	36	24,7
	Mães/Pais	26	17,8
	Irmãos (ã)	9	6,2
	Genros/Noras	7	4,8
	Sogros (a)	5	3,4
	Netos (a)	5	3,4
	Outros	7	4,8
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Em relação à escolaridade dos comunicantes entrevistados 66 (45,2%) não concluíram o ensino fundamental, portanto, tinham menos de oito anos de estudos e apenas 4 (2,8%) possuíam nível superior completo.

Quanto à renda pessoal assim como a renda familiar encontrou-se que 75 (51,4%) e 85 (58,2%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos, respectivamente. Observa-se que 2 (1,4%) famílias não tinham renda.

Quanto à profissão entre as 57 relatadas pelos comunicantes as mais comuns foram 14 (9,6%) lavradores, 13 (8,9%) do lar, 8 (5,5%) motoristas, 7 (4,8%) serviços diversos, além de 7 (4,8%) aposentados/pensionistas. No grupo, se destacam uma jornalista e duas professoras como profissões de nível superior (2,0%).

Sobre a ocupação atual os entrevistados relataram 56 categorias, somente três atuam no nível superior (uma jornalista e duas professoras, perfazendo 2,0%), as predominantes foram do lar: 21 (14,4%), aposentados/pensionista: 19 (13,0%); motorista: 9 (6,2%) e doméstica: 8 (5,5%).

**Tabela 5:** Distribuição dos comunicantes dos casos de hanseníase, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 de acordo com o perfil socioeconômico.

PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS COMUNICANTES		TOTAL	
		N	%
ESCOLARIDADE	Analfabeto	10	6,8
	1ª a 4ª série incompleta do EF*	27	18,5
	4ª série completa do EF*	10	6,8
	5ª a 8ª série incompleta do EF*	19	13,0
	EF completo	15	10,3
	EM incompleto	14	9,6
	EM completo	34	23,3
	ES incompleto	13	8,9
	ES completo	4	2,8
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>
RENDA PESSOAL (Salário Mínimo)	Sem renda	21	14,4
	Até um	41	28,0
	De um a três	75	51,4
	Mais que três a cinco	8	5,5
	Mais que cinco	1	0,7
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
RENDA FAMILIAR (Salário Mínimo)	Sem renda	2	1,4
	Até um	11	7,5
	De um a três	85	58,2
	Mais que três a cinco	39	26,7
	Mais que cinco	9	6,2
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Durante as entrevistas, várias perguntas “sobre o acompanhamento no serviço de saúde” foram colocadas para os comunicantes intradomiciliares.

Sobre a situação vacinal dos comunicantes antes do tratamento do doente, 124 (84,9%) contatos possuíam uma cicatriz da vacina BCG-id e desses, 65 (52,4%) não receberam nenhuma dose após a descoberta do caso, 56 (45,2%) receberam uma dose e 3 (2,4%) receberam duas doses. Dos 22 comunicantes sem cicatriz vacinal 12 (54,5%) não foram vacinados e 10 (45,5%) receberam uma dose.

Quando se perguntou “os profissionais de saúde explicaram sobre a importância da avaliação clínica dos comunicantes durante 5 anos” 97 (66,4%) afirmaram que não.

Não foram avaliados por meio do exame dermatoneurológico pelo serviço de saúde 100 (68,5%) comunicantes e dos 45 que foram avaliados, 41 (91,1%) a avaliação clínica ocorreu no próprio serviço de saúde e 4 (8,9%) em visita domiciliar.

O tempo transcorrido da avaliação dermatoneurológica após o diagnóstico da doença houve o predomínio de 16 a 45 dias relatados por 20 (44,4%) pessoas, seguidos de 46 ou mais dias informados por 13 (28,9%). Em 12 pessoas (26,7%) a busca de sintomas ocorreu até 15 dias. O enfermeiro foi o profissional de saúde que mais avaliou os comunicantes (16; 10,9%), seguido do médico (13; 8,9%) e o fisioterapeuta (5; 3,4%). Um dos comunicantes informou que a escriturária do serviço de saúde foi quem a examinou.

Em relação aos comunicantes que moravam com o doente e adoeceram após o diagnóstico do caso índice, obtivemos, 14 (14,1%) residências com um caso a mais e 7 (7,1%) casas com duas pessoas diagnosticadas após o primeiro caso. O total encontrado foi de 28 casos novos intradomiciliares que adoeceram depois do diagnóstico do caso índice.

**Tabela 6:** Acompanhamento dos comunicantes dos casos de hanseníase, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 pelo serviço de saúde.

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	
		N	%
<b>ACOMPANHAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE</b>			
<b>Vacinação conforme o Programa de Eliminação da Hanseníase?</b>	Sim	66	84,9
	Não	80	15,1
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Os profissionais de saúde explicaram sobre a importância da avaliação dos comunicantes?</b>			
	Sim	45	30,9
	Não	97	66,4
	Não sei/Não se lembra	4	2,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	
<b>Foi avaliado clinicamente pelo serviço de saúde?</b>			
	Sim	45	30,8
	Não	100	68,5
	Não se lembra	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	
<b>Em qual situação foi avaliado pelo serviço de saúde?</b>			
	Em visita ao serviço	41	91,1
	Em visita na sua casa	4	8,9
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Quanto tempo após o início do tratamento foi avaliado?</b>			
	< ou = a 15 dias	12	26,7
	16 a 45 dias	20	44,4
	46 ou + dias	13	28,9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Qual profissional o avaliou?</b>			
	Enfermeiro	16	35,6
	Médico	13	28,9
	Fisioterapeuta	5	11,1
	Outras combinações*	11	24,4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	

\*Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico e Escriturária.

Em relação ao número de pessoas que residiam com o doente no início dos sintomas, no início do tratamento e no momento da entrevista obteve-se uma média de 3,7 pessoas com o mínimo de duas e o máximo de 10 por domicílio; com uma média de 3,6 pessoas por domicílio, sendo o mínimo de uma e o máximo de 10 por residência e média de 2,8 com o mínimo de duas e o máximo de 7 pessoas por moradia, respectivamente.

A quantidade de comunicantes encontrada, nas entrevistas, foi maior do que as registradas nos prontuários.

Verifica-se que 115 comunicantes (78,8%) já ouviram falar sobre hanseníase, que 122 (83,6%) afirmaram que não tiveram medo/receio por conviver com doente e que 114 (78,1%) referiram que não sofreram discriminação ou preconceito por ser comunicante de hanseníase.

**Tabela 7:** Conhecimento dos comunicantes dos casos de hanseníase, notificados em Fernandópolis/SP, nos anos de 2013 e 2014 sobre a hanseníase.

<b>VARIÁVEIS</b> <b>CONHECIMENTO SOBRE HANSENÍASE</b>		<b>FREQUÊNCIA</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Já tinha ouvido falar sobre hanseníase?</b>	Sim	115	78,8
	Não	31	21,2
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Teve algum medo/receio por conviver com doente de hanseníase?</b>	Sim	24	16,4
	Não	122	83,6
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Sofreu algum tipo de discriminação/preconceito como comunicante?</b>	Sim	32	21,9
	Não	114	78,1
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

## **DISCUSSÃO**

### **Pessoas Acometidas pela Hanseníase**

Fernandópolis é uma cidade que tem excelentes avaliações de qualidade<sup>24</sup> e, não obstante, mantém a hanseníase em nível ainda preocupante em relação à magnitude da doença.

Vários fatores poderiam ser citados quando se levanta o perfil dos pacientes no cenário dessa pesquisa doença. Casos de menores de 15 anos diagnosticados no município são preocupantes, pois nos indica a força da transmissão recente da endemia e sua tendência<sup>22</sup>; maioria de casos com tratamento multibacilar e, em contrapartida, a maioria de casos com baciloscopia negativa, indica sobrecarga de cuidados ou insegurança no tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde,<sup>17</sup> o que se aconselha é a necessidade de educação permanente sobre a doença.

A maioria dos casos diagnosticados entrou no serviço de saúde por demanda espontânea, ou seja, onde a procura de diagnóstico é realizada pelo próprio paciente, mesmo nos casos de recidivas. A busca ativa de casos novos num município com  $> 6/10.000$  habitantes é considerado indicador alto onde se é preconizado  $<1/10.000$  (OMS). Os casos de recidivas são raros em hanseníase e, neste estudo, mostram-se altos em relação aos esperados pela OMS.

Os outros parâmetros das pessoas atingidas são semelhantes aos estudos da população acometida, em relação à idade, sexo e escolaridade.<sup>25,26</sup>

### **Comunicantes Intradomiciliares de Hanseníase**

Na investigação epidemiológica dos casos notificados deve incluir o exame das pessoas que convivem ou conviveram no domicílio ou fora dele com o doente de hanseníase,

qualquer que fosse a sua forma clínica com o objetivo de descobrir a fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos da mesma fonte.<sup>27</sup>

A definição do tipo de contato é geralmente pouco clara, buscando-se muitas vezes qualificações como contato íntimo e prolongado; mas o tempo de duração e o grau de intimidade do contato, capazes de propiciar a transmissão de infecção e a ocorrência da doença ainda, dependerão da susceptibilidade do contactante.<sup>28</sup> Outros, como os fatores socioeconômicos desfavoráveis e os relacionados ao ambiente social, pois, não há mais dúvidas de que haja um fator de risco para a hanseníase relacionado à pobreza, e que, geralmente, os doentes são adultos jovens oriundos das classes sociais mais pobres da população e que referem à existência de outro caso de hanseníase na família.<sup>29</sup>

Neste estudo observou-se que os contatos eram em sua maioria jovens adultos, casados tinham crença religiosa, baixa escolaridade e remuneração. Moravam no município há mais de 10 anos, assim como também moravam com os casos índices em igual período de tempo.

### **Perfil dos Comunicantes Intradomiciliares de Hanseníase**

Em relação ao sexo observou-se o pequeno predomínio de comunicantes do sexo feminino com 59,6%, resultado semelhante com outros estudos, onde pesquisaram 58,5%<sup>28</sup>, 54,0%<sup>29</sup> e 50,3%.<sup>30</sup> Em outro estudo recente, houve a predominância do sexo masculino em 52,6% entre os contatos domiciliares.<sup>31</sup> A variável sexo é importante, pois numa análise de 541.090 casos novos de hanseníase notificados no Brasil, no SINAN, entre 2001 e 2013, demonstrou que as chances de apresentar formas multibacilares da doença são cerca de 2 vezes maiores tanto para os indivíduos do sexo masculino como para indivíduos com 60 ou mais anos de idade,<sup>32</sup> daí a imperiosa necessidade que seja reforçada a busca ativa de casos por meio do exame de contatos no sexo masculino e daqueles com 60 ou mais anos de idade.

Acredita-se que indivíduos desse sexo frequentam menos os serviços de saúde, por razões culturais, entre elas, o fato de ser o provedor na família, o medo de descobrir doenças e por pensar que nunca irá adoecer. Também há dificuldades de acesso às unidades de saúde que, na grande maioria, não oferecem horários de funcionamento além do horário comercial (das 7 às 17 horas).

Quanto à faixa etária verificou-se que 80 (54,8%) possuem entre 20 a 49 anos, 56 (38,4%) acima de 50 anos, 10 (6,8%) de 0 a 19 de idade. Autores que estudaram, com diferentes faixas etárias e metodologias, os comunicantes encontraram os seguintes dados do número de contatos de 20 a 29 anos (27,7%), 10 a 19 anos (25%) e de zero a 9 anos (19,4%);<sup>33</sup> de 11 a 20 anos (23,7%) e de 21 a 30 (18,1%) e até 10 anos (17,6%);<sup>34</sup> outro estudo, menor ou igual a dez anos, 39,5%, de 21 a 40 anos (23,5%) e de 11 a 20 anos (22,4%);<sup>35</sup> ou pesquisaram que, os contatos tinha acima de 14 anos (66,5%)<sup>30</sup> e outro, a idade variou de 18 a 74 anos, com prevalência de 25% tanto para faixa etária de 20 a 39 anos quanto de 50 a 59 anos.<sup>36</sup> Novo estudo mostrou que 74,44% dos comunicantes estavam na faixa etária maior de 15 anos.<sup>31</sup>

A pesquisa atual e esses últimos estudos mostram que a maioria dos comunicantes está no período da vida considerada a mais produtiva do ponto de vista laboral e essa variável é importante porque, caso adoeçam, poderão estar sujeitos a complicações dessa doença que possui grande potencial incapacitante com opção de afastamento do trabalho, portanto, todos devem ser examinados.

No tocante à raça/cor 67 (45,9%) relataram a cor branca e 49 (33,6%) a parda. Esse resultado difere do estudo realizado no Maranhão, onde predominou a cor parda com 78,3%<sup>35</sup> e isso aponta para uma das diferenças regionais brasileira. Na população brasileira, de acordo com o IBGE, nos autodeclaráramos como 47,7% brancos, 43,1% pardos e 7,6% pretos e 1,1% amarelo.<sup>37</sup>

Quanto ao estado civil verificou-se que 99 (67,81%) conviviam com os cônjuges. Pesquisas diferem sobre o assunto, onde foi encontrado que os solteiros perfaziam 42,85%<sup>35</sup> e em outro estudo 68,7% eram solteiros. Nos domicílios, os comunicantes geralmente são cônjuges, filhos ou irmãos dos casos índices, que ainda não constituíram família e, na maioria das vezes, são estudantes ou se encontram desempregados.<sup>31</sup>

Em relação à escolaridade dos comunicantes entrevistados 66 (45,2%) não concluíram o ensino fundamental, portanto, tinham menos de oito anos de estudos e apenas 4 (2,8%) possuíam nível superior completo, demonstrando a baixa escolaridade dos mesmos. Pesquisadores também encontraram dados semelhantes ou piores em relação ao analfabetismo prevalecendo o ensino fundamental incompleto (30,4%) e não alfabetizado (30,4%)<sup>36</sup>

Outros citam que a maioria dos comunicantes tinham o ensino fundamental completo (42,1%), seguidos do ensino fundamental incompleto (18,04%) e de analfabetos com 15,03% e ensino superior completo somente 1 (0,75%) de uma população de estudo de 133 comunicantes.<sup>31</sup>

Esses achados reforçam a complexidade e a heterogeneidade brasileira haja vista que nessa cidade do Pará os comunicantes tinham melhor escolaridade do que os comunicantes de Fernandópolis/SP, a qual está classificada como sendo a 9ª cidade do país com maior eficiência administrativa (nota 0,624 em uma escala de zero a um). Esse ranking leva em consideração os indicadores de saúde, educação e saneamento para calcular a eficiência da gestão entre os 5.281 municípios, ou 95% do total de 5.569.<sup>24</sup>

Vários autores indicam que a escolaridade é um dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico de uma população e o que possibilita o acesso a empregos de melhor renda, aos serviços de saúde e a receptividade às orientações e adesão a tratamentos.<sup>36,38-39</sup>

Concordando com isto, um estudo com doentes de hanseníase realizado no Ceará, aponta a baixa escolaridade como um fator de risco para a hanseníase (OR= 1,87; IC 95%, 1,29-2,74).<sup>40</sup>

A baixa escolaridade é uma barreira para o acesso ao SUS, portanto, os comunicantes com esse perfil podem ter dificuldade em aceitar o convite que o doente faça para comparecer à unidade de saúde, assim como de ter menos condições de entender as orientações dos profissionais de saúde acerca da necessidade da avaliação clínica e de receber a vacina BCG-*id* caso ela se faça necessária.

No que se refere à renda pessoal e a renda familiar encontrou-se que 75 (51,4%) e 85 (58,2%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos, respectivamente. Observa-se 2 (1,4%) famílias não tinham renda. Estudo anterior também encontraram que 60,15% dos comunicantes ganhavam menos de 1 salário mínimo.<sup>31</sup>

A baixa condição social leva a desigualdades, piora as condições de moradia, higiene e deficiência dietética que somados os fatores, facilitam a disseminação de muitas doenças infecciosas,<sup>41</sup> entre elas a hanseníase.

Sobre a religião, 139 (95,2%) comunicantes professam crença e verifica-se o predomínio da religião católica seguida da evangélica. Nessa pesquisa observou-se que, apesar dos católicos predominarem em número, eram os evangélicos quem mais iam à igreja mensalmente. Comparado à população nacional, encontrou-se dados semelhantes em pesquisa recente, 50% dos brasileiros se declararam católicos, 29% evangélicos, 2% espírita Kardecista, 5% outras religiões e 14% não tem religião.<sup>42</sup> Quanto à assiduidade à igreja, 65% dos evangélicos frequentam mais de uma vez por semana, enquanto somente 17% dos católicos a frequentam mais de uma vez por semana.<sup>43</sup>

Em relação ao número de pessoas que residiam com o doente no “início dos sintomas, no início do tratamento e no momento da entrevista” (até dois anos após a notificação)

observou-se que o número de comunicantes cai à medida que o tempo transcorre, dificultando assim o controle de comunicantes pelo serviço de saúde. a média de comunicantes por domicílio é também semelhante a outras pesquisas que averiguaram que é de 3 a 4 por doente no momento do diagnóstico.<sup>34,44</sup>

Todas as unidades de saúde que realizam o atendimento aos doentes e comunicantes deve incluir essa variável em seu planejamento, dentro do seu processo de trabalho, para realizar ações de vigilância para todos os contatos intradomiciliares, assim como ela deveria constar no Plano Municipal de Saúde e na Agenda de Saúde, principalmente dos municípios hiperendêmicos.

Os municípios onde as ações do diagnóstico e tratamento de hanseníase são centralizadas, mas que possuem unidades no modelo da Estratégia Saúde da Família, como Fernandópolis, deveriam desenvolver ações de suspeição diagnóstica, realizar a supervisão da poliquimioterapia, e atuar, principalmente, na vigilância dos comunicantes; sobretudo, os intradomiciliares. Os Agentes Comunitários de Saúde podem desempenhar um papel muito importante, por meio das visitas domiciliares, para o controle dos comunicantes fornecendo informações sobre a necessidade do comparecimento dos mesmos na unidade de saúde para avaliação clínica e receber a vacina BCG-id (se necessária).

Informações relacionadas ao domicílio do doente ou dos comunicantes de hanseníase são importantes, pois o principal local de transmissão da doença é o domicílio.<sup>11</sup> Sobre o tipo de moradia, 144 (98,6%) eram de estrutura de alvenaria, 43% dos comunicantes não possuíam casa própria, 69,9% possuíam mais de cinco cômodos. Imóveis de três a dois dependências cômodos foram relatados por 5,5% pessoas. Quanto ao número de quartos para dormir por domicílio informado pelos comunicantes, 82,9% possuíam de dois a três quartos e 11,6% disseram que possuíam um quarto.

A maioria dos comunicantes relatou que as suas casas possuem ligação com a rede de energia elétrica; abastecimento de água; rede coletora de esgoto e que o mesmo era servido pelo sistema de coleta de lixo, pavimentação asfáltica e acesso à internet.

Os dados acima refletem os excelentes rankings que Fernandópolis ocupa, no estado de São Paulo e no Brasil, quanto ao saneamento básico. Segundo o Índice de Bem Estar Urbano, Fernandópolis está entre as 100 melhores cidades em bem estar do país, ficando em 79º posição com o índice de 0,915 (quanto mais próximo de 1 melhores são as condições urbanas, quanto mais próxima de zero piores são as condições urbanas), onde são avaliadas cinco dimensões. Na dimensão condições ambientais urbanas (arborização, esgoto a céu aberto e lixo acumulado no entorno dos domicílios) Fernandópolis obteve 0,987.<sup>45</sup>

Apesar desses excelentes indicadores o município continua sendo hiperendêmico para hanseníase, o que reforça a complexidade da determinação e vulnerabilidade social relacionados à essa doença.<sup>46</sup>

Sobre o parentesco do comunicante intradomiciliar com o doente, o presente estudo mostrou que, 51 (34,9%) eram esposos e 36 (24,7%) filhos. Outra pesquisa demonstrou que 40,6% eram filhos e 17,8% esposos<sup>34</sup> e que de 94 comunicantes (41%) eram filhos, 49 (21%) cônjuge.<sup>47</sup> Outro artigo com classificação diferente, constataram que 59,1% eram de consanguíneos de 1º grau, 22,6% consanguíneos de 2º grau e 16,2% não consanguíneos.<sup>30</sup>

Para reduzir a taxa de hanseníase e quebrar a cadeia de transmissão dessa doença se faz necessária a “vigilância contínua” dos comunicantes e essa estratégia inclui a vacinação com a BCG-ID, detecção de anticorpos anti-PGL 1 IgM, o acompanhamento dos pacientes recém tratados pela medição do índice baciloscópico e os esforços para melhorar os métodos de diagnósticos com o uso de biomarcadores.<sup>48-50</sup>

Quanto à profissão entre as 57 relatadas pelos comunicantes as mais comuns foram as braçais e aposentado-pensionistas. No grupo, se destacam uma jornalista e duas professoras

como profissões de nível superior (2,0%). Sobre a ocupação atual os entrevistados relataram 56 categorias, as predominantes foram do lar (14,3%), aposentados/pensionista (13,0%). A grande maioria dos ofícios é de baixa remuneração e refletem a baixa escolaridade.

Esses dados são concordantes no que se refere às ocupações, quando não é estudante, como se pode verificar em estudo onde encontraram, 22% doméstica/do lar, 15,3% madeireiro/motorista/vendedor e 2,7% aposentado,<sup>35</sup> e outro com 55,6% de desempregados, 26,3% de estudantes/não se aplica e 9,0% de agricultor e 5,3% de aposentado/pensionista, também no interior do estado de São Paulo.<sup>31</sup>

No tocante ao tempo de residência no Estado de São Paulo mostra que 139 (95,2%) comunicantes residiam há 10 anos ou mais. Os nascidos em Fernandópolis eram 66 (45,2%) pessoas e 19 (13,0%) de municípios da microrregião de Fernandópolis.

Quanto ao tempo de residência em Fernandópolis verificou-se que 126 comunicantes (86,3%) habitavam a cidade há 10 anos ou mais. O tempo de residência no domicílio do caso índice, 110 (75,3%) comunicantes moravam 10 ou mais anos. Essa variável é importante haja vista que o tempo de moradia com um doente de hanseníase pode se constituir em um dos fatores de risco para a transmissão da hanseníase. Surgir casos atuais de hanseníase na família está associado a um risco 2,9 vezes maior de um membro sadio dessa família em adquiri-la. Ter casos antigos está associado à possibilidade de 5 vezes maior de um membro sadio em contraí-la.<sup>51</sup>

### **Acompanhamento pelo Serviço de Saúde**

Durante as entrevistas, várias perguntas “sobre o acompanhamento pelo serviço de saúde” foram colocadas para os comunicantes intradomiciliares.

Não foram avaliados por meio do exame dermatoneurológico, 100 (68,5%) pelo serviço de saúde e dos 45 que foram avaliados, 41 (91,1%) a avaliação clínica ocorreu no

próprio serviço de saúde e 4 (8,9%) em visita domiciliária. A porcentagem de comunicantes não avaliados, nesse estudo, é precária e semelhante à porcentagem de outros estudos os quais encontraram 61,6%,<sup>30</sup> dos comunicantes sem avaliação dermatoneurológica pelos serviços de saúde.

### **Vacinação dos Comunicantes com BCG-id**

Sobre a situação vacinal dos comunicantes antes do tratamento do caso índice, 124 (84,9%) contatos possuíam uma cicatriz da vacina BCG-id e desses, 65 (52,4%) não receberam nenhuma dose após a descoberta do caso, 56 (45,2%) receberam uma dose e 3 (2,4%) receberam duas doses, mostrando uma das dificuldades do serviço em relação ao controle de contatos no município.

As novas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública trouxeram novas orientações quanto à vacinação BCG, indicando-a para todos os contatos sem presença de sinais e sintomas da hanseníase independente se são contatos de forma transmissível ou não e, que a aplicação da mesma depende da história vacinal e/ou presença da cicatriz vacinal.<sup>17</sup>

A profilaxia para os comunicantes dos pacientes com hanseníase é ainda bastante incipiente, e este fato é um contribuinte importante para a permanência da endemicidade da doença e que o exame e encaminhamento dos contatos para a vacinação com BCG intradérmica constituem-se em medidas de controle a serem adotadas por todos.<sup>41,47</sup>

A eficácia da vacina BCG, na imunoprofilaxia e na imunoterapia da hanseníase, tem sido tema de vários estudos e que se observa uma grande variação nesse índice.<sup>34</sup> A análise de três estudos realizados em Uganda, Nova Guiné e na Birmânia mostram uma variação de 20 a 80% na eficácia da BCG na profilaxia da hanseníase.<sup>52</sup> Estudos no Brasil confirmaram o papel

protetor da BCG e que a eficácia dela está relacionada com a idade, pois ela é mais eficaz durante os primeiros anos de vida.<sup>48,52,53</sup>

Um estudo de metanálise, sobre o papel da BCG na prevenção da hanseníase encontrou proteção de 26% (IC: 95%: 14-37%) a 61% (IC: 95%: 51-70%) e enfatizam o papel protetor de uma segunda dose da vacina BCG quando comparado com dose única.<sup>54</sup>

As diferenças desses achados e os de outros estudos podem ser justificadas pelas diferenças metodológicas adotadas. No entanto, apesar de apresentarem resultados contraditórios, a maioria dos estudos aponta benefícios tanto na profilaxia como na terapêutica associada à poliquimioterapia.

Tanto a BCG oral como a intradérmica produzem viragem imunológica do Mitsuda, de negativo para positivo.<sup>34</sup> O número de doses da vacina BCG tem variado no decorrer dos anos e em diferentes estados brasileiros.

Vários estudos mostram a dificuldade do controle dos comunicantes, quer seja no exame físico dermatoneurológico, como na aplicação da vacina BCG-id.

Autores encontraram que 46,9% dos contatos não foram avaliados em relação ao estado vacinal, mesmo porque não passaram por avaliação clínica. Em 16,9% não havia registro dessa indicação. No estudo em questão, a efetivação da primeira dose de BCG foi considerada pela presença de cicatriz vacinal, no momento da avaliação clínica, ou quando havia anotação da data de realização da mesma. O mesmo critério foi adotado para a segunda dose. Salienta-se o grande número de contatos em que não há informação sobre a administração da primeira (79,8%) e da segunda dose (95,0%).<sup>34</sup>

Entretanto, alertam que não se pode afirmar que esses indivíduos não receberam a vacina BCG, mas fica evidente a falta de controle do serviço sobre estes dados, mostrando assim a fragilidade no controle dos comunicantes.<sup>34</sup>

Outros estudos encontraram que 66,6% dos comunicantes intradomiciliares de formas paucibacilares tinham as duas doses da vacina BCG-id e que 33,3% tinham apenas uma dose. E quanto aos comunicantes de formas multibacilares 54,2% tinham as duas doses e 41,6% apenas uma dose e 4,2% não possuíam dose.<sup>33</sup> Diferente pesquisa notou que em 60,5% dos contatos foi encontrada a cicatriz vacinal da primeira dose de BCG-id, 29,3% a cicatriz da 2ª dose;<sup>35</sup> além destes, que em 66,5% dos comunicantes a situação vacinal não estava registrada e apenas 33,4% foram vacinados.<sup>30</sup>

Em um estudo realizado num hospital de João Pessoa (PB) que serve de referência ao atendimento de doenças infectocontagiosas para esse estado, os autores relatam que dos 81 prontuários (70%) que apresentavam as fichas de avaliação dos comunicantes, havia o registro de 179 comunicantes, sendo que 45 (25%) apresentaram a comprovação da 1ª dose de BCG e 18 (10%) demonstrando a 2ª dose. No entanto, 116 (65%) desses comunicantes não apresentaram nenhuma comprovação dessa vacina.<sup>47</sup>

Outra investigação mostrou que a cobertura dos contatos foi de 43% em 2003 para 59% em 2010 e que a vacinação BCG-id tem uma proteção efetiva de 60% contra hanseníase,<sup>55</sup> assim como novos autores, que dos 133 contatos domiciliares avaliados, apenas 19,55% possuíam duas cicatrizes de vacina BCG-id e 67,67% possuíam apenas uma cicatriz. Foi observada maior proporção de avaliação dermatoneurológica entre os que possuíam duas cicatrizes e, entre os contatos não avaliados, predominou os que não apresentavam cicatriz (valor de  $P < 0,0001$ ).<sup>31</sup>

Dessa forma, esses autores também constataram a fragilidade do serviço de saúde para o controle dos contatos, tanto no acompanhamento para novas avaliações como na efetivação da vacina BCG e acrescentam que o não comparecimento destes ao serviço de saúde para a realização do exame dermatoneurológico e vacinação BCG, têm como provável consequência o não controle da fonte de infecção.

É importante mencionar que estudos demonstram a eficácia da vacina BCG-id em relação à hanseníase, mas que o papel protetor não está primeiramente envolvido com o impedimento da infecção, mas sim associado a uma potencialização da resposta imune da pessoa infectada, evitando a progressão até a doença.<sup>56</sup>

A vacina BCG-id pode influenciar na forma clínica que o indivíduo adoecerá, haja vista que os comunicantes intradomiciliar que possuam cicatriz vacinal tem mais chance de desenvolver as formas paucibacilares da doença.<sup>57-58</sup>

Mais um estudo de metanálise observou que para as formas multibacilares a proteção foi de 76% (IC: 95%: 69% -83%) e de 62% (IC: 95%: 51%-73%) para as formas paucibacilares.<sup>59</sup>

### **Quimioprofilaxia com Rifampicina**

A aplicação individual de vacina BCG e rifampicina como quimioprofilaxia da hanseníase, produzem uma proteção contra a hanseníase de 57% (CI: 95% 24-75%) e 58% (IC: 95% 30-74%) respectivamente e que a combinação dessas estratégias demonstram uma proteção de 80% (IC: 95% 50-92%) e essa combinação possibilitará uma diminuição da incidência da hanseníase.<sup>60</sup>

Fornecer a quimioprofilaxia com rifampicina em dose única para os contatos reduz ainda mais o número de casos novos de hanseníase até 40% em longo prazo e que poderia proporcionar substancial benefício para o Programa de Controle da Hanseníase por meio de redução de custos e da carga da doença.<sup>55</sup> A quimioprofilaxia com dose única de rifampicina é eficaz na redução de desenvolvimento da hanseníase”.<sup>61</sup>

O Brasil, por meio da Portaria nº 32 de 2015, torna pública a decisão de incorporar a quimioprofilaxia de contatos de hanseníase com rifampicina em dose única no âmbito do SUS, iniciando nos estados de Pernambuco, Mato Grosso e Tocantins.<sup>62</sup>

O Relatório de Recomendação nº 165 de julho de 2015,<sup>63</sup> sobre a quimioprofilaxia de contatos de hanseníase com rifampicina em dose única, afirma que essa terapêutica pode ser usada como uma intervenção adicional para a redução da transmissão da hanseníase e citam que a evidência científica mais robusta da eficácia da quimioprofilaxia com rifampicina veio de estudo randomizado, controlado e duplo cego em área de alta endemicidade em Bangladesh, que foi o estudo denominado “Contact Leprosy Patient - COLEP” que mostrou que essa terapêutica reduz a incidência de hanseníase nos primeiros dois anos em 60% que embora o benefício da profilaxia não tenha aumentado após dois anos, o efeito foi mantido após 4 e 6 anos. Esse relatório cita uma metanálise que dose única de rifampicina reduz o risco de hanseníase em contatos de pacientes diagnosticados com a doença em 57% após dois anos.

O protocolo de tratamento estabelecido consiste na administração de 600mg de rifampicina em dose única, que deverá ser administrado no segundo mês de tratamento do caso índice e em crianças acima de 05 anos de idade será administrado 450mg rifampicina.<sup>63</sup> Isso vem de encontro ao que consta no Plano de Ação 2015-2018, da estratégia da ILEP, que tem como meta nº 1 a interrupção da transmissão da hanseníase, entre outras ações, por meio da quimioprofilaxia dos comunicantes.<sup>64</sup>

### **Avaliação Clínica**

A vigilância dos contatos é uma medida importante em um contexto de alta endemicidade, assim como abordam que ela mesmo que possa ser uma atividade difícil e árdua poderá trazer resultados palpáveis nesse contexto.<sup>65</sup>

Os contatos desempenham um importante papel na manutenção da endemia da hanseníase e o controle dos mesmos deve fazer parte das ações efetivas para o diagnóstico precoce da doença, haja vista, que os mais expostos à infecção são os familiares, mas esse controle parece estar distante de sua efetivação.<sup>34</sup>

Observando ainda estes fatores de manutenção da endemia, este estudo mostrou que o tempo transcorrido da avaliação dermatoneurológica após o diagnóstico do caso índice houve o predomínio de 16 a 45 dias relatados por 20 (44,4%) pessoas. O enfermeiro foi o profissional de saúde que mais avaliou os comunicantes (16; 10,9%), seguido do médico (13; 8,9%) e o fisioterapeuta (5; 3,4%). Uma das comunicantes informou até que a escriturária do serviço de saúde que a examinou. Durante a entrevista a comunicante relatou “que a moça que fica no balcão da recepção atendendo ao telefone a avaliou”. Este relato nos chama atenção para uma reflexão sobre a organização do processo de trabalho dessa unidade saúde e pode-se questionar sobre a existência ou não de protocolos de atendimento.

Essas informações sugerem que o controle dos comunicantes tem sido realizado, de forma geral, tardiamente e em pequeno número de casos.

O enfermeiro possui a capacidade para realizar a vigilância dos contatos conforme o preconizado pelas novas Diretrizes<sup>17</sup> por meio da Consulta de Enfermagem e da aplicação da vacina BCG-id.

De acordo com o Decreto nº 94.406/1987, que regulamentou a Lei nº 7498/1986, algumas das atividades do enfermeiro como membro integrante da equipe de saúde são: a participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, nos programas de vigilância epidemiológica, nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco e, em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral.<sup>66-67</sup> Seu papel é de relevo na equipe de saúde, assim como a sua responsabilidade e incumbência à vigilância dos contatos.

Quando se perguntou aos comunicantes entrevistados se “os profissionais de saúde explicaram sobre a importância da avaliação clínica dos comunicantes” 97 (66,4%) afirmaram

que não e isso reforça a pressuposição das falhas da vigilância dos contatos pelos profissionais das unidades de saúde.

A análise da situação do controle dos comunicantes de hanseníase mostra que a despeito dos grandes avanços na terapêutica da doença, não se pode afirmar o mesmo em relação aos controles dos mesmos e que esse parece estar distante de sua efetivação o que pode interferir no controle da endemia.<sup>34</sup>

Entre os problemas relacionados ao controle de comunicantes pode-se citar a falta de orientações sobre a doença e suas formas de transmissão, como também que muitos comunicantes intradomiciliares não comparecem ao serviço de saúde para a realização da avaliação mesmo sendo solicitado o seu comparecimento e que “por outro lado, as equipes de saúde parecem não conseguir cumprir um programa de busca ativa desses contatos”.<sup>34</sup>

Além disso, pesquisadores citam que dos 92 (100%) contatos 64,1% “eram faltosos” e que 66,7% dos que não compareceram no Ambulatório Regional de Especialidades devido a esquecimento, 11,1% por falta de tempo, 8,3% por vergonha de comparecer ao serviço.<sup>33</sup>

Outro estudo mostra que 103 (41%) dos 251 pacientes estudados não tiveram seus comunicantes intradomiciliares avaliados pelo Centro de Integrado de Doenças Infecciosas de Londrina,<sup>11</sup> assim como em estudo em Teresina, Piauí, apenas 22,3% dos contatos avaliados de acordo com o SINAN.<sup>68</sup>

Em Governador Valadares, Minas Gerais, referem uma média de 46% na avaliação dos comunicantes de 2001 a 2006, mas com uma tendência moderada de aumento de controle de comunicantes,<sup>69</sup> e que apenas 37% dos contatos registrados nos anos de 2001 a 2007 em Aracaju-Sergipe foram examinados,<sup>70</sup> ou encontraram que 57% dos comunicantes não foram avaliados e 41% passaram por avaliação do médico ou enfermeiro e que 5,2% foram diagnosticados com hanseníase.<sup>47</sup>

Dados interessantes sobre a vigilância dos contatos em Governador Valadares (MG): as mulheres doentes de hanseníase trouxeram mais contatos para serem avaliados do que os homens, com porcentagens estatisticamente significantes. E quanto à classificação operacional os comunicantes de formas multibacilares foram mais avaliados dos que os de forma paucibacilares, sendo essa diferença não estatisticamente significativa. Em relação à distribuição dos pacientes, por idade, não houve relação significativa entre idade e número de contatos examinados, no entanto, os doentes de 11 a 20 anos foram os que menos levaram comunicantes para serem examinados percentualmente.<sup>71</sup>

Assim como não foi observada diferença significativa entre o grau de escolaridade e o número de contatos examinados, mas o nível de escolaridade de 1 a 3 anos de estudos foi o que menos levou comunicantes para serem examinados.<sup>71</sup>

Quanto à ocupação houve grande variedade de ocupações sendo que as que menos levaram contatos para serem examinados foram as atendentes e recepcionistas, cabeleireiro e professores.<sup>71</sup>

Esses autores citam uma explicação interessante para justificar o porquê os contatos de doentes multibacilares foram mais avaliados dos que o de paucibacilares dizendo que o tempo de tratamento é maior o que pode contribuir para que ele receba mais informações quanto à prevenção e avaliação dos comunicantes. O que na verdade pode interferir negativamente, pois a movimentação dos residentes no lar muda conforme o passar do tempo, conforme foi observado no atual estudo onde houve uma variação de 2% entre os primeiros sintomas e o início do tratamento e de 34% do tratamento ao momento da entrevista mostrando a necessidade da busca, independente do tempo de convívio.<sup>71</sup>

Outros pesquisadores também encontraram que a taxa de contatos não avaliados foi de 84 (63,16%), e destes, de acordo com a classificação operacional do caso índice, 56 (66,70%) foram contatos de casos multibacilar; 13 (37,14%) dos casos índices multibacilares foram

contatos intradomiciliares de casos de hanseníase anteriores ao período estudado. Eles apontam que as ações de vigilância epidemiológica de contatos visam identificar a fonte de contágio, detectar casos novos entre eles e implementar medidas preventivas, a fim de contribuir para o rompimento da cadeia de transmissão da doença e que em regiões de alta endemicidade, a vigilância de contatos domiciliares, assim como da população em geral, torna-se uma medida imprescindível, visto que toda a população passa a sofrer algum tipo de exposição<sup>31</sup>

Acreditamos na utilização de várias estratégias para garantir a realização da vigilância dos comunicantes, seja em regiões/municípios de baixa à alta endemicidade, entre elas a da visita domiciliária. Uma tese, no entanto, mostrou que ela não tem sido utilizada pelas equipes para o controle de comunicantes.<sup>72</sup>

Nos últimos anos, há a recomendação sobre o acompanhamento dos comunicantes extradomiciliares de hanseníase, o que é visto, por vários autores, como uma valorização no controle de comunicantes, principalmente os que defendem o modelo “stone in the pond” de forma a ampliar o controle para além do círculo familiar, envolvendo os vizinhos, pessoas do círculo de trabalho, igreja, entre outros espaços coletivos.<sup>1,17,65,73</sup>

Mais recentemente, o Ministério da Saúde publica uma nova classificação e conceitos de contato – domiciliar e social. Contato domiciliar como sendo “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase”. E contato social como sendo “toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada”.<sup>1,17</sup>

Nesse documento preconiza-se também que os contatos familiares recentes ou antigos de qualquer uma das formas clínicas devem ser examinados independentemente do tempo de convívio e sugere-se avaliá-los, anualmente, por cinco anos quer sejam contatos familiares ou

sociais e que após esse período deverão ser liberados e orientados quanto à possibilidade, no futuro, do aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.<sup>17</sup>

No Guia de Vigilância em Saúde mais recente explicita que os contatos sociais incluem, entre outros, vizinhos, colegas de trabalho, de escola que passam mais de vinte horas por semana com o caso índice. Pessoas que vivem na residência ao lado, na frente ou nos fundos da residência do caso índice serão consideradas como contatos de vizinhança.<sup>1</sup>

### **Comunicantes que Adoeceram**

O total encontrado foi de 28 casos novos intradomiciliares que adoeceram depois do diagnóstico do caso índice. Esse dado, por si só, já mostra a importância e necessidade de um controle efetivo dos comunicantes intradomiciliares em um contexto de alta endemicidade como em Fernandópolis. Na literatura encontramos resultados variados quanto a essa variável.

De acordo com a OMS os comunicantes intradomiciliares tem maior risco de adoecer do que os extradomiciliares e que eles devem ser examinados em busca de sinais da doença e serem orientados sobre esses sinais e a procurar o serviço de saúde quando surgir qualquer “lesão cutânea ou qualquer mudança motora ou de sensibilidade”.<sup>4-5,74</sup>

O grupo estudado foi de contatos de doentes que fizeram tratamento da forma Multibacilar, no entanto, com a maioria de resultados de baciloscopia negativa.

Os contatos intradomiciliares de hanseníase apresentam maior risco de adoecer. O risco maior de contrair a doença, em ordem decrescente, está entre os "contatos familiares de doentes de formas multibacilares; contatos extradomiciliares de doentes de formas multibacilares e contatos de doentes de formas paucibacilares"<sup>75</sup> ou, primeiramente os contatos intradomiciliares de primeira ordem ou conviventes atuais, ou seja, as pessoas que vivem com um doente de hanseníase antes que esse inicie o tratamento; em seguida, os contatos intradomiciliares de segunda ordem ou conviventes antigos, ou seja, as pessoas com quem o doente viveu ou que viveram com ele nos últimos cinco anos antes de iniciar o

tratamento; e os contatos extradomiciliares ou não conviventes, ou seja, aquelas pessoas que, sem conviver com o doente, mantêm relação estreita com ele nos cinco anos anteriores ao início do tratamento.<sup>74</sup>

Estudos realizados em diversos cenários e metodologias, também apontam um risco maior de adoecer desses comunicantes intradomiciliares de hanseníase.<sup>55,76-82</sup>

Um grupo de pesquisadores estudaram 20 focos familiares de hanseníase (70 famílias) e concluíram que a situação intradomiciliar constitui-se em um fator de risco, pois a possibilidade de adoecer entre os consanguíneos foi 2,8 vezes maior do que a verificada entre os não consanguíneos, demonstrando que a consanguinidade mostra associação estatística positiva e reforça a importância da vigilância do núcleo familiar, intra e extradomiciliares.<sup>83</sup>

Outros mostraram que a hanseníase é uma doença familiar e, portanto, contatos próximos com doentes de hanseníase tem um maior risco de desenvolver a doença. A relação genética próxima indica um risco maior. O estudo deles mostrou que os contatos categorizados como filho, pai, irmão tiveram um risco mais elevado do que os contatos vizinhos.<sup>84</sup> Pesquisas citam que 10% dos casos de hanseníase relataram o conhecimento da fonte de contágio, 41% eram consanguíneos, 23% eram cônjuges e 9% extradomiciliar<sup>85</sup> e outro, ao estudarem 107 famílias, citam que, na análise bivariada, os contatos que habitavam o mesmo domicílio que os casos índices apresentaram uma probabilidade de adoecimento 2,4 vezes maior que os que habitavam o peridomicílio e que, na análise por regressão logística multivariada, envolvendo tipo de contato residencial e consanguíneos de primeiro grau, revelou que a probabilidade de adoecimento entre os consanguíneos de primeiro grau é 2,05 vezes maior do que entre as outras modalidades de parentesco, segundo o tipo de contato residencial. E a chance de adoecer entre os contatos domiciliares é 2,00 vezes maior que entre os peridomiciliares, conforme o tipo de parentesco.<sup>86</sup>

Investigação relata que 38 casos de hanseníase foram encontrados ao avaliarem 538 comunicantes e que os comunicantes do sexo feminino foram mais submetidos ao exame do que os do sexo masculino apontando vários motivos, tais como a maior preocupação das mulheres com o corpo e estética, a facilidade de acesso das mulheres ao sistema de saúde em função de outros programas mais estruturados como às ações da saúde da mulher do que às relacionadas à saúde do homem<sup>30</sup> e diferente estudo que mostra a maior frequência das mulheres nos serviços de saúde, mas adverte que esse fenômeno ainda não tem uma explicação consolidada.<sup>87</sup>

O risco da doença é maior no primeiro ano após o diagnóstico do paciente índice e que sendo o doente tratado a probabilidade de doença entre os comunicantes intradomiciliares tende a cair, embora possam surgir casos secundários devido ao longo período de incubação do agente ou ao longo período de exposição ao bacilo, e ainda afirmam que “é importante ter em mente que um indivíduo pode estar infectado, mas não mostrar sinais da doença”.<sup>48</sup>

Uma nova investigação mostra que do total dos casos índices estudados, 27,8% dos casos paucibacilares e 37,1% dos casos multibacilares tinham história de contatos com casos de hanseníase anteriores ao período estudado<sup>31</sup> e outro que encontraram que dos 1055 prontuários de hanseníase, observou-se que em 883 (83,7%) tinham contatos domiciliares registrados nas fichas de controle, totalizando 3.394 indivíduos. Desses, 32 pessoas (0,9%), registradas como comunicantes já eram também casos confirmados de hanseníase.<sup>34</sup> Outro estudo recente demonstrou que da avaliação clínica dos 122 comunicantes, 15,6% (n=19) apresentaram lesões suspeitas, 9,0% (n=11) apresentavam sensibilidade alterada, 1,6% (n=2) apresentaram nervo espessado e o diagnóstico foi confirmado em 8,2% (n=10) dos comunicantes.<sup>88</sup>

A participação dos comunicantes na endemia hanseníase não é consensual na literatura, haja vista a diversidade dos resultados, onde se apontou o incremento do número de novos

casos de hanseníase por meio do exame de contatos no Rio Grande do Sul chegando a 16,7% do total de entradas no último ano do período estudado<sup>89</sup> e citam que 20,1% dos pacientes do estudo foram identificados por meio do exame de contatos<sup>90</sup> ou que observaram um acréscimo de número de casos de hanseníase em sete dos quinze municípios considerados prioritários no Mato Grosso.<sup>91</sup>

O risco de transmissão da hanseníase é de cerca de cinco a dez vezes mais elevado se um membro da família já manifestou a doença e que um doente multibacilar não tratado ou tratado de maneira adequada produz cerca de cinco novos casos por ano.<sup>92</sup> Daí a imperiosa necessidade da vigilância contínua dos comunicantes pelos serviços de saúde que desenvolvem as ações do Programa de Eliminação da Hanseníase, preferencialmente, a rede da atenção básica.

Nesse contexto dos comunicantes que adoeceram é importante ressaltar, como já mencionado, a realização de testes ML Flow em comunicantes. Esse teste está relacionado à presença do *Mycobacterium leprae* no hospedeiro e a positividade correlaciona-se à carga bacilar e pode ajudar na identificação, entre os contatos, daqueles com maior risco de desenvolver a doença.<sup>74,93</sup> e o teste foi positivo para 20,5% dos contatos de hanseníase, sendo maior nos contatos do sexo masculino (22,4%), nos maiores de 15 anos (21,7%) e nos contatos de doentes multibacilares (23,9%).<sup>94</sup>

### **Estigma, Preconceito e Discriminação**

Verifica-se que 115 comunicantes (78,8%) já ouviram falar sobre hanseníase, e que 24 (16,4%) afirmaram que tiveram medo/receio por conviver com o doente, e 32 (21,9%) referiram que sofreram discriminação ou preconceito por ser comunicante de hanseníase.

Esses dados demonstram que apesar da maioria dos comunicantes já terem ouvido falar sobre a hanseníase, ainda existem àqueles com medo/receio de conviver com o doente

e/ou que sofreram discriminação ou preconceito por serem comunicantes, pois esse pesquisador e colaboradores da pesquisa de campo ouviram depoimentos de alguns deles onde o estigma, o preconceito e a discriminação foram bastante impactantes na vida dessas pessoas e de suas famílias, trazendo sofrimento, principalmente, emocionais/psicológicos.

A história dessa doença, desde a Antiguidade, está repleta de estigma, preconceito e discriminação, com relatos, na literatura, chocantes e entristecedores que vão cabalmente contra a dignidade humana.

O estigma e o preconceito são questões centrais na hanseníase, talvez sejam os aspectos mais mencionados nas publicações sobre as percepções/representações envolvendo essa temática, pois parece que são intrínsecos a ela, pela sua história como doença milenar<sup>14</sup> e que o estigma associado a essa doença deve se à sua prevalência e intensidade nas mais diferentes sociedades e nos diversos períodos históricos.<sup>95</sup> Corroboram com essas afirmações dizendo que a doença é estigmatizante e, com seus determinantes sociais e históricos, tem um passado de discriminação e isolamento dos doentes.<sup>41</sup>

O estigma associado à hanseníase deve ser combatido pois pode levar os doentes e suas famílias a serem rejeitadas e excluídas da vida diária, tendo seus direitos ignorados.<sup>64</sup> Daí a importância de os serviços de saúde, que desenvolvem ações do Programa de Eliminação da Hanseníase, oferecerem assistência psicológica aos doentes e seus comunicantes, além da realização de atividades de educação em saúde para a população em geral.

Importante lembrar que, em 1976, o termo hanseníase foi adotado oficialmente no Brasil, tornando-se obrigatório pela Lei Federal nº 9.010 de 29 de março de 1995.<sup>96</sup> Uma das justificativas para a mudança da nomenclatura era diminuir o estigma e o preconceito que envolve a doença.<sup>97-98</sup> Mas há controvérsias, na literatura, quanto aos resultados dessa mudança.<sup>65,99</sup>

## Considerações Finais

A análise do desempenho de avaliação dos contatos é uma das formas de avaliar o desempenho dos serviços na aplicação das ações de controle.<sup>100</sup>

Para caminharmos para um cenário de eliminação da doença é necessário que a hanseníase deixe de ser uma doença negligenciada.<sup>2,101-102</sup>

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde devem valorizar mais o controle de comunicantes intradomiciliares de doentes atingidos pela hanseníase bem como estimular, por meio de capacitações dos profissionais de saúde, o diagnóstico precoce e garantir o abastecimento regular da poliquimioterapia a todos os doentes diagnosticados.

Os comunicantes intradomiciliares das pessoas atingidas pela hanseníase se constituem em um importante elo da cadeia epidemiológica da doença, mas acredita-se, pelo que se levantou neste estudo, não tem sido dada a devida importância, pois não há um monitoramento de forma sistemática e regular pelo serviço de saúde, mesmo sabendo “que todo portador da hanseníase foi primeiramente um comunicante”,<sup>102</sup> ou seja, o controle de comunicantes tem sido pouco valorizado e até mesmo negligenciado, pois, nos serviços de saúde privilegia-se o controle da doença e do doente, relegando a plano secundário tudo o que se refere aos comunicantes.<sup>34,47,65,73,103-105</sup>

Essa pouca valorização do controle dos comunicantes reflete no número reduzido de estudos realizados sobre a participação desses indivíduos na endemia hanseníase e estudos epidemiológicos sobre eles são relevantes haja vista que seus resultados podem contribuir no planejamento e implementação das ações que visam quebrar a cadeia de transmissão e, assim, atingir a meta de eliminar a hanseníase como sendo um problema de saúde pública.<sup>47</sup>

A vigilância dos comunicantes de hanseníase tem que ser contínua para que haja redução das taxas de incidência, principalmente, em regiões hiperendêmicas<sup>48</sup> e ao diagnosticar os portadores da doença se faz necessária uma melhor análise dos seus comunicantes.<sup>106</sup>

No estudo realizado na Bahia, todos os entrevistados em âmbito estadual e municipal tinham conhecimento de que o controle e a busca dos comunicantes é uma atribuição das Unidades Básicas de Saúde e que as atividades devem ser orientadas pela vigilância epidemiológica do município, no entanto, a maioria deles reconhecem as ações de controle dos comunicantes como deficientes. Esses autores ainda afirmam que os diferentes modelos de atenção à saúde, contemplam ações de controle de contatos, mas que na prática elas não estão integradas às demais unidades de saúde e que o “controle depende da busca ativa dos contatos, seu acompanhamento e disponibilização de informações sobre a doença e os modos de transmissão para a população em geral”.<sup>41</sup>

É importante ressaltar que no Pacto pela Saúde, publicado em 2006, o combate à Hanseníase era uma das endemias prioritárias cuja meta era atingir o patamar da eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, ter menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários,<sup>107</sup> o que, de fato, em alguns lugares ainda não ocorreu.

É necessário também, maior compromisso das esferas municipais com o combate à hanseníase.<sup>41</sup> O município, como responsável pela gestão da atenção básica, deve estar atento aos principais indicadores operacionais e epidemiológicos em relação à hanseníase para implantar ou implementar ações que visam melhorar o monitoramento e o controle da mesma de forma oportuna e eficiente, contribuindo para o alcance das metas estabelecidas pelos organismos nacionais, como o Ministério da Saúde, ou internacionais como a OMS e o ILEP.

Também considero importante que os profissionais envolvidos com o desenvolvimento das ações do Programa estejam capacitados e tenham a responsabilidade

para o registro correto das informações no preenchimento do SINAN, da Ficha de Notificação, dos registros no prontuário e nos demais impressos que existam para o controle/monitoramento dos casos e dos comunicantes intradomiciliares, além da seriedade no registro dos dados nos sistemas de informação em saúde para não haver incompatibilidade entre os dados registrados e os realmente encontrados quando da realização da visita domiciliária como verificou-se na realização dessa pesquisa

Acreditamos que essa realidade possa ser atribuída a diversos fatores. Deve-se pensar nos porquês isso ocorre no cotidiano dos serviços de saúde: há capacitação dos profissionais de saúde? Há a valorização do comunicante na cadeia epidemiológica da hanseníase? Há sobrecarga de atividades com os vários programas de saúde existentes e atividades gerenciais?

Mesmo com os importantes avanços, principalmente, na melhoria de vários indicadores de saúde obtidos desde a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, do Programa de Saúde da Família em 1994 e transformação desse em Estratégia Saúde da Família a partir de 1998 ainda há vários problemas na gestão, principalmente, quanto ao planejamento e organização dos serviços de saúde e a grande maioria deles funciona na lógica do Modelo Biomédico ou Flexneriano desde à infraestrutura ao desenvolvimento do processo de trabalho pelos profissionais de saúde. O serviço de saúde, cenário dessa pesquisa, também funciona nessa lógica pois, por exemplo, as ações de diagnóstico e tratamento do doente são mais valorizadas em relação às de controle de comunicantes haja vista os dados já apresentados.

Entre os vários elementos de controle estão aqui relatados alguns que podem favorecer a sua eliminação:

- ✓ A capacitação dos profissionais de saúde sobre a epidemiologia da doença que implica na baixa valorização da importância do controle dos comunicantes como um dos pilares fundamentais para a quebra da cadeia epidemiológica de transmissão da doença;

✓ A precariedade das anotações em prontuários e outros impressos de controle de comunicantes (quando existentes) dificulta o olhar abrangente sobre a pessoas, a família e seus cuidados;

✓ Criar um mecanismo de controle na unidade de saúde que facilite a visualização de dados dos comunicantes intra e extradomiciliares, principalmente com as recomendações das novas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública<sup>7</sup> que amplia o conceito de comunicantes, que inclui o contato social;

✓ Valorizar a orientações aos doentes e comunicantes quanto à importância da vigilância dos comunicantes com a realização da avaliação neurodermatológica durante cinco anos e aplicação da vacina BCG-id de acordo as Diretrizes em vigor;

✓ Aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde e o fortalecimento de vínculo com os usuários, para quebrar as fragilidades na horizontalidade do cuidado;

✓ Empoderar os comunicantes na realização da autoavaliação do próprio corpo em busca de alterações sugestivas da doença;

✓ Alimentar, gerenciar e analisar de forma crítica dos indicadores sobre a vigilância dos contatos por parte das unidades de saúde, da vigilância em saúde municipal e estadual e o desencadeamento de ações que possam melhorar a qualidade da assistência e o controle da endemia;

✓ Descentralizar as ações de vigilância dos contatos para as unidades básicas de saúde do município, tornando o serviço de saúde mais próximo do usuário;

✓ Buscar de forma ativa dos contatos para avaliação neurodermatológica e vacinação BCG-id; e

✓ Uma integração maior entre população e atenção primária também deve ser incentivada, passo crucial para que a educação em saúde seja trabalhada em conjunto e inicie o processo eliminação da doença.<sup>108</sup> Isso será possível quando houver a implantação efetiva das redes de atenção à saúde com todos os seus atributos, tendo a Unidade Básica de Saúde

como ordenadora do sistema de saúde com a construção de redes temáticas de atenção à saúde que possam trazer melhores resultados para o controle das condições agudas e condições crônicas como a hanseníase.<sup>109</sup>

---

## CONCLUSÃO

Nessa pesquisa foi possível identificar e descrever o perfil clínico e epidemiológico dos doentes de hanseníase e o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos seus comunicantes intradomiciliares. Nesse estudo verifica-se também que o perfil dos comunicantes é muito semelhante aos dos casos índices, aumentando o fator de risco de contrair a doença.

Acreditamos que o controle dos comunicantes é um dos pilares estratégicos para a quebra da cadeia epidemiológica da doença, associado ao diagnóstico precoce e ao tratamento poliquimioterápico de todos os doentes. Observa-se que o Serviço de Saúde percebe as ações relacionadas ao cuidado com o doente como fator importante mas não há uma valorização do controle de comunicantes intradomiciliares, que estão no entorno do doente, e tampouco dos extradomiciliares.

A unidade de saúde deve se instrumentalizar utilizando mecanismos de controle referentes aos comunicantes, analisar os indicadores epidemiológicos e operacionais do Programa e realizar mais ações de educação em saúde para empoderar os doentes e seus familiares na criação de vínculos com os profissionais de saúde garantindo uma maior proximidade entre os comunicantes e a unidade de saúde.

Esse estudo aponta que o controle dos comunicantes exige dos profissionais de saúde um visão mais global, ampliada, além da notificação do caso no SINAN e do tratamento poliquimioterápico. Essas ações são as mais perceptíveis, realizadas e, portanto, mais valorizadas pelos profissionais de saúde que atuam com hanseníase.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam como pequena fonte de conhecimento, estimulando o surgimento de novas pesquisas acerca da hanseníase.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Hanseníase. Brasília (DF), 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. 2013; 44 (11).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil prorroga prazo para eliminação da hanseníase até 2020. Acesso em 9 ago. 2016. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/>
4. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase 2011-2015. Diretrizes operacionais atualizadas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010.
5. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para hanseníase 2016/2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase. Brasil 2000-2015. Acesso em 9 nov. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase-2000-a-2015.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde alerta para diagnóstico precoce da hanseníase. Acesso em: 22 jan 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16302-ministerio-da-saude-alerta-para-diagnostico-precoce-de-hanseníase>.
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes de vigilância epidemiológica para a ciência. XXIV Reunião técnica de avaliação das ações de controle da hanseníase – 2013. Aula em Power point. 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. 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, Brasil, 2014. Acesso em 8 fev. 2016. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/27/Dados-2014---final.pdf>
10. Fernandópolis. Dados Epidemiológicos. Secretaria Municipal de Saúde. 2017.
11. Sobrinho SK, Mattos ED. Perfil epidemiológico dos pacientes com Hanseníase no Município de Londrina/PR. Cient., Ciênc. Biol. Saúde. 2009; 11(4): 9-14.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá

- outras providências. 2016. Acesso em: 10 mar 2016. Disponível em:  
<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/02/portaria204-OK.pdf>.
13. Andrade, V. L. G.; Sabroza, P. C. & Araujo, A. J. G. Fatores Associados ao Domicílio e à Família na Determinação da Hanseníase, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supplement 2): 281-292, 1994. Disponível em  
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10s2/v10supl2a06.pdf>
14. Madeira, E. S. Os espaços de transmissão da hanseníase: domicílio, trabalho e relações de vizinhança. Dissertação Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília (DF), 2010out. Acesso em: 22 jan 2015. Disponível em:  
[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hansenise\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
17. 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. Brasília (DF), 2016.
18. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Profº Alexandre Vranjac. Guia de vigilância epidemiológica. Programa de controle da hanseníase, 2012. Acesso em 16 ago. 2014. Disponível em  
[ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/outros/CVE12\\_GUIA\\_VE\\_ATUALIZADO.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/CVE12_GUIA_VE_ATUALIZADO.pdf).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. Brasília (DF), 2008.
20. Polit DF, Beck, CT, Hungler BD. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.
21. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. [Reimpressão] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Paulo, Fernandópolis, Infográficos: dados gerais do município. Acesso em: 6 fev 2016. Disponível em:  
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=351550>.
23. Brasil. Resolução número 466. Dispõe sobre as diretrizes e regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos. .2012dez.
24. Fernandópolis. Cidadão.net. Fernandópolis tem a 9ª gestão pública mais eficiente do Brasil. 2016. 15:38:45. Acesso em: 30 de ago. de 2016. Disponível em:  
<http://cidadeonet.com.br/materia/14696/fernandopolis-tem-a-9-gestao-publica-mais-eficiente-do-brasil.html>.

25. Curto M, Paschoal VDA. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. *Arq Ciênc Saúde* 2005out-dez;12(4):183-95.
26. Paschoal VDA, Nardi SMT, Cury MRCO, Lombardi C, Virmond M, Silva RMDN et al. Criação de Banco de Dados para sustentação da pós-eliminação em hanseníase. *Rev C S Col*. 2008nov. Acesso em: 27 out. 2016. Disponível em: <http://www.Cienciasaudecoletiva.com.br>
27. Ura S, Opromolla DVA. Controle. In: Opromolla DVA, (Editor). *Noções de hansenologia*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. 2000. 109-112.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Guia de controle da hanseníase*. 2 ed. Brasília (DF), 1994.
29. Lombardi C, Ferreira J. História natural da hanseníase. In: Lombardi C. (Coord). *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1990. 13-20.
30. Peixoto B KS, Figueiredo IA, Caldas AJM, Correa RGCF, Aquino DMC. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luis-MA. *Hansen. Int*. 2011; 36(1): 23-30.
31. Lobato DC, Neves DCO, Xavier MB. Avaliação das ações de vigilância de contatos domiciliares de pacientes com Hanseníase no município de Igarapé Açu, estado de São Paulo, Brasil. *Rev Pan Amazonas Saúde*. 2016; 7(1): 45-53.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Nota Informativa Conjunta nº 1 de 2016. Alerta para o exame sistemático de hanseníase na população masculina e em idosos. Acesso em 18 dez. 2016 Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/setembro/06/Nota-Informativa-Conjunta-n---01--SAS-e-SVS--para-publica----o.pdf>
33. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, Silva LFG, Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. *Rev bras Enferm* 2008; 6 (esp.): p.682-688.
34. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(esp): 689-693.
35. Leite KKC, Costa JML, Barral A, Caldas AJM, Corrêa RGCF, Aquino DMC. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. *Cad. Saúde Colet* 2009; 17(1): 235-249.
36. Silva AMP, Santos ALS, Silva RAL, Silva SPC, Relação de contágio entre os contatos intradomiciliares e portadores de hanseníase no município de Petrolina-PE. *Rev Enferm UFPE*. 2011; 5(5): 1345-352.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, 2010.

38. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim PFL, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto enferm.* 2007; 16(2): 262-270.
39. Romão ER, Mazzoni AM, Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. *Rev Epidemiol Controle Infecção.* 2013; 3(1): 22-27.
40. Pontes-Keer LRS, Barreto LM, Evangelista CMN, Rodrigues LC, Heukelbach J, Feldmeier H. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of a case-control study. *International Journal of Epidemiology.* 2006; 35:994-1000.
41. Costa VHMV, Cavalcanti LA, Faria-Junior JAD, Kitaoka EG, Mascarenhas GS, Mascarenhas NB et al. Programa Nacional de Eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do Programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010; 34(3): 450-467.
42. Folha de S. Paulo. Deixam de ser católicos ao menos 9 milhões. A Fé do País. Brasileiros indicam qual a sua religião, em %. Poder A 7, 25 de dezembro de 2016.
43. Folha de S. Paulo. Na crise, inflação corrói doação evangélica. Poder A 9, 25 de dezembro de 2016.
44. Ribeiro Júnior AF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no norte de Minas Gerais. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2012;10(4): 272-277.
45. Fernandópolis esta entre as 100 melhores cidades em bem estar do país. Cidadãonet. 2016out1. Acesso em: 01 out 2016. Disponível em: <http://cidadãonet.com.br/materia/14793/fernandopolis-esta-entre-as-100-melhores-cidades-em-bem-estar-do-pais.html>.
46. Lopes VAS, Rangel EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde e Debate,* 38 (102): 817-829, 2014.
47. Lima SCO, Galvão MR, Brito FM, Felix K. Hanseníase: vigilância dos comunicantes. *Revistas de Enfermagem UFPE.* 2014; 8: 1136-1141.
48. Sarno EN, Duppre NC, Salles AM, Hacker MA, Nery JA, Matos HJ. Leprosy exposure, infection and disease: a 25-year surveillance study of leprosy patient contacts. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2012; 107(8): 1054-1059.
49. Geluk A, Ploeg VDJ, Teles RO, Franken KL, Prins C, Drijfhout JW et. al. Rational combination of peptides derived from different Mycobacterium leprae proteins improves sensitivity for immune diagnosis of M. leprae infection. *Clin.* 2008;15(3):522-33.
50. Araujo S, Rezende MMF, Souza DCR, Rosa MR, Santos DC, Goulart LR et al. Risks/benefits of BCG, Mitsudate stand anti-PGL-I. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2015;48(6):739-745.
51. Santos AS, Castro DS, Falqueto A, Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(esp): 738-743.

52. Pazin Filho A, Bueno CDF, Pinheiro AS, Ruffino Netto A. Estudos de intervenção sobre vacinação BCG em hanseníase: uma análise comparativa. *Med Ribeirão Preto*. 1993; 26(3): 387-392.
53. Duppre NC, Camacho LA, Cunha SS, Struchiner CJ, Vendas AM, Nery JAC et al. Eficácia da vacina BCG entre os contatos de hanseníase: um estudo de coorte. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008;102: 631-638.
54. Setia MS, Steinmaus C, Ho CS, Rutherford GW. The role of BCG in prevention of leprosy: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2006; 6(3): 162-170.
55. Matos HJ, Blok DJ, Vlas SJ, Richardus JH, Leprosy new case detection trends and the future effect of preventive interventions in Pará state, Brazil: a modelling study. *PloS Negl Trop Dis*, 2016mar; DOI:10.1371/Journal.pntd.0004507.
56. Fine PE. Leprosy: what is being "eliminated"? *Bull World Health Organ*. 2007; 85(1): 1-2.
57. Barreto ML, Pereira SM, Ferreira AA. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. *J Pediatr*. 2006;82(3): 45-54.
58. Boelens JJ, Kroes R, Van Beers S, Lever P. Protective effect of BCG against leprosy in South Sulawesi, Indonésia. *International Journal of Leprosy*. 1995; 63(3): 456-457.
59. Merle CS, Cunha SS, Rodrigues LC. BCG vaccination and leprosy protection: review of current evidence and status of BCG in leprosy control. *Expert Rev Vaccines*. 2010;9(2): 209-222.
60. Schuring RP, Richardus JH, Pahan D, Oskam L. Protective effect on the combination BCG vaccination and rifampicin prophylaxis in leprosy prevention. *Journal Vaccine* 2009; 27(50):7125-28. Acesso em: 01 out 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19786134?dopt=Abstract>.
61. Smith WCS, Acerts A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. *Lepr Rev*. 2014; 85 (1): 2-17.
62. Brasil. Diário Oficial da União. Seção 1. n. 123, quinta-feira, 1 de julho de 2015, p. 49. Portaria n. 32, de 30 de junho de 2015. Torna pública a decisão de incorporar a quimioprofilaxia de contatos de hanseníase com rifampicina em dose única no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
63. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Quimioprofilaxia de contatos de hanseníase com rifampicina em dose única. Nº 165, julho de 2015. Relatório de Recomendação. 2015.
64. Estratégia da ILEP 2015-2018. Alcançando um mundo sem hanseníase. Disponível em: [http://brasa.org.br/wp-content/uploads/2015/11/170315\\_ILEP-Strategy-document-Portuguese\\_v1.pdf](http://brasa.org.br/wp-content/uploads/2015/11/170315_ILEP-Strategy-document-Portuguese_v1.pdf) Acesso 28 jan. 2017.
65. Pinto Neto JM. A percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de hanseníase sobre a doença, o convívio com o doente e o controle realizado pelo serviço de

saúde. [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

66. Brasil. Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1987.

67. Brasil. Lei Federal nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. 1986.

68. Amorim AA, Nogueira DMB, Luz VLES, Malheiros MSA, Ramos Junior NA, Alencar CHM. Fatores determinantes para baixa cobertura e qualidade da avaliação de contatos de hanseníase pela estratégia saúde da família no município de Teresina, Piauí. *Hansen Int.* 2010dez; 35(2): 97.

69. Moraes SG, Rodrigues FP, Branco AC, Malaquias LCC, Cypriano RLB, Estevez MF et al. Vigilância dos contatos intradomiciliares de hanseníase em Governador Valadares/MG no período de 2001 a 2006. *Hans Int.* 2010;35(1): 128.

70. Raposo MT, Nemes MIB. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012; 45(2): 203-208.

71. Silva ES, Coimbra L, Souza MZL, Lana AS, Moraes SG. Comparação do perfil dos pacientes com hanseníase por meio dos contatos intradomiciliares em um Centro de Referência em Governador Valadares-MG. *Governador Valadares: Univale.* 2006.

72. Pieri FMA. Atenção dos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR.2013. [tese doutorado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

73. Pinto Neto JM, Carvalho HT, Cunha LES; Cassenote AJF, Lozano AW, Martins APS. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo de 1991 a 2012. *Hansen Int.* 2012; 38 (1-2): 68-78.

74. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Hanseníase Hoje, Boletim de eliminação da Hanseníase das Américas. 1999. Acesso em: 01 ago 2016. Disponível em: <http://www.opas.org.br/programas/hanseníase/hh6/hhport.htm>.

75. Lombardi C, Suárez, REG. Epidemiologia da hanseníase. In: Talhari S, Neves RG. *Hanseníase*. 3. ed. Manaus: Tropical, 1997; Cap. 12: 127-136.

76. Belda W. Epidemiologia. In: Talhari S, Neves RG. *Hansenologia*. Manaus: Funcomiz. 1984; Cap. 10: 93-100.

77. Noordeen SK. BCG vaccination in leprosy. Geneva: WHO, 1986.

78. Organização Mundial da Saúde / Organização Pan Americana da Saúde. Manual para o controle de lepra. 2. ed. Washington, DC: OMS, 1989.

79. George K, John KR, Muliylil JP, Joseph A. The role of intrahousehold contact in the transmission of leprosy. *Lepr Rev.* 1990; 61(1): 60-63.

80. Chanteau S, Glaziou P, Plichart C, Luquiaud P, Plichart R, Faucher JF, Cartel JI. Low predictive value of PGL-1 serology for the early diagnosis of leprosy in family contacts: Results of a 10-year prospective field study in French Polynesia. *Int. J. Lepr.* 1993; 61(4): 533-541.
81. Fine PE, Sterne JA, Ponnighaus JM, Bliss L, Sauti J, Chihana A et al. Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. *Am J Epidemiol.* 1997jul; 146(1): 91-102.
82. Matos HJ, Duppre N, Alvim MFS, Vieira LMM, Sarno EM, Struchiner, CJ. Epidemiologia da hanseníase em coortes de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad. Saúde Pública.* 1999jul-set; 15(3): 533-542.
83. Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Cavaliere FAM, Oliveira MLWDR. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *An Bras Dermatol.* 2005; 80 (13): 295-300.
84. Moet FJ, Pahan D, Schuring RP, Oskam L, Richardus JH. Physical distance, genetic relationship, age, and leprosy classification are independent risk factors for leprosy in contacts of patients with leprosy. *The Journal of Infectious Diseases.* 2006; 193: 346-353.
85. Conte ECM, Magalhães LCB, Cury MRCO, Soubhia RMC, Nardi SMT, Paschoal VDA, et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. *Arq Ciênc Saúde.* 2009; 16(4): 149-157.
86. Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Magnanini MMF, Oliveria MLW. Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(3):b339-345.
87. Souza VB, Silva MRF, Silva LMS, Torres RAM, Gomes KWL, Fernandes MC et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2013; 26(1): 110-116.
88. Rocha CA Caracterização dos comunicantes em um ambulatório de referência Hanseníase na cidade de Salvador – Bahia. [dissertação mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. 2016.
89. Camello RS. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Hansen Int.* 2006; 31(3): 15-19.
90. Moreira FL, Nascimento AC, Martins ELB, Moreira HL, Lyon AC, Lyon S et al. Hanseníase em Alfenas: aspectos epidemiológicos e clínicos na região sul do estado de Minas Gerais. *Cad Saude Colet.* 2009; 17(1): 131-143.
91. Oliveira BFA, Ignotti E, Hartwig SV, Scatena JH, Andrade VLG. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de contatos em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso. *Brasil Espaço Saude.* 2007; 8(2): 11-19.
92. Margarido LC, Rivitti EA. Hanseníase. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu. 2006: 937-969.

93. Bührer-Sékula S, Smits HL, Gussenhoven GC, Van Leeuwen J, Amador S, Fujiwara T et al. Oskam, L. Simple and fast lateral flow test for classification of leprosy patients and identification of contacts with high risk of developing leprosy. *Journal of Clinical Microbiology*. 2003; 41: 1991-1995.
94. Andrade ARC, Grossi MAF, Bührer-Sékula S, Antunes CMF. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008; 41(Suppl. 1.2): 56-59.
95. Claro LBL. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995: 110.
96. Brasil. Lei n. 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 30 mar. 1995. Seção 1, p. 1.* Disponível em [http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5369/1/tese\\_2502\\_2004\\_Elizabeth%20Santos%20Madeira.pdf](http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5369/1/tese_2502_2004_Elizabeth%20Santos%20Madeira.pdf)
97. Queiroz, M. S. Puntel, M. A. A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 120p.
98. Maciel, L. R. A construção social de uma enfermidade: o caso da lepra na Colômbia. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 189-193, 2004.*
99. Sarno, E. N. A hanseníase no laboratório. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 10 p. 277-290, 2003. suplemento 1. (Entrevista concedida à Jaime L. Benchimol, Ruth B. Martins, Luisa Massarani no dia 27 de junho de 2003, na Vice-presidência de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ).*
100. Xavier NF, Temoteo RCA, Souza MM, Farias MCAD, Nascimento MMP. Não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares de hanseníase. *Hansen. Int.* 2013;38(Suppl. 1):54.
101. RADIS. Reunião, Análise, Difusão e Informação em Saúde. Negligência que faz mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013; (124).
102. Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1993; 27(2): 214-228.
103. Pinto Neto JM, Villa TCS. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis (1993 a 1997). *Hansen Int.* 1999; 24(2): 129-136.
104. 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(2): 163-176.
105. Pinto Neto JM, Villa TCS, Mencaroni DA. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansen Int.* 2002; 27(1): 23-28.
106. Peneluppi LS, Moreira MAM, Tosta TJG, Bellato HR, Olivato GB, Ribeiro CSC. Perfil Epidemiológico da hanseníase em uma cidade do sul de Minas Gerais no período de nove anos: estudo retrospectivo. *Revista Ciências em Saúde*. 2015ago; 5(4).

107. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. 2006.

108. Sarmiento APA, Pereira AM, Ribeiro F, Castro JL, Almeida MB, Ramos NM. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros, Minas Gerais. Revista brasileira clinica medica. 2015; 13(3)1: 80-184.

109. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

## APÊNDICE 1

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Ficha de Coleta de Dados</b> <b>INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE-PRONTUÁRIO</b>	
<b>1. N° do Prontuário:</b> _____	<b>2. Data da coleta de dados:</b> / / _____
<b>3. Nome:</b> _____	
<b>4. Data de Nascimento:</b> / / _____	
<b>5. Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino	
<b>6. Endereço:</b> Logradouro: _____ N° _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ Fones: _____	
<b>7. Escolaridade:</b> (0) Analfabeto (5) Ensino médio incompleto (1) 1ª a 4ª série incompleta do EF (6) Ensino médio completo (2) 4ª série completa do EF (7) Educação superior incompleta (3) 5ª à 8ª série incompleta do EF (8) Educação superior completa (4) Ensino fundamental completo	
<b>8. Estado Civil:</b> (1) Solteiro(a) (4) Divorciado(a) (2) Casado(a) (5) Separado(a) (3) Amasiado(a) (6) Viúvo(a)	
<b>9. Data da Notificação:</b> / / _____	<b>10. Código SINAN:</b> _____
<b>11. Classificação operacional</b> (1) Paucibacilar (2) Multibacilar	
<b>12. Classificação Clínica:</b> (1) Indeterminada (3) Dimorfa (2) Tuberculóide (4) Virchowiana	
<b>13. Modo de entrada</b> (1) Caso novo (2) Recidiva (3) Outros reingressos	
<b>14. Modo de detecção do caso novo</b> (1) Encaminhamento (4) Exame de contato (2) Demanda espontânea (5) Outros: _____ (3) Exame de coletividade (88) Não se aplica	
<b>15. Primeira BAAR:</b> (1) Positivo (2) Negativo (3) Não realizado	
<b>16. Data:</b> / / _____	
<b>17. Esquema Terapêutico Utilizado:</b> (1) PQT/PB/6 doses (3) Outros. Especificar: _____ (2) PQT/MB/12 doses	
<b>18. Data da primeira dose:</b> / / _____	
<b>19. Situação atual do doente:</b> (1) Alta medicamentosa (2) Tratamento (3) Abandono	
<b>20. Se estiver em tratamento ou abandono, qual é o número da dose?</b>	
<b>21. Paciente passou por avaliação de incapacidades físicas no momento diagnóstico?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>22. Se SIM, qual o escore EHF?(0-12):</b> _____	
<b>23. Paciente passou por avaliação de incapacidades físicas no momento da alta?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>24. Se SIM, qual o escore EHF?(0-12):</b> _____	
<b>25. Tratou reações hansenicas:</b> (1) Sim (2) Não	
<b>26. Se SIM, qual medicação?</b> (1) Prednisona (2) Talidomida (3) Ambas (4) Outros: _____	



<b>21. Com que frequência mensal vai à igreja?</b>
<b>22. Renda (salários mínimos-SM):</b> (1) Até um SM (2) De um a três SM (3) Três a cinco SM (4) Mais que cinco SM
<b>23. Renda da família (salários mínimos-SM):</b> (1) Até um SM (2) De um a três SM (3) Três a cinco SM (4) Mais que cinco SM
<b>24. Quantos indivíduos que moravam com o doente também adoeceram?</b>
<b>ACOMPANHAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE</b>
<b>25. Os profissionais de saúde explicaram ao senhor(a) sobre a importância da avaliação das pessoas que moram ou moravam com o doente nos últimos 5 anos?</b> (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro
<b>26 Possuía cicatriz vacinal BCG ID no braço direito antes do tratamento do doente?</b> (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro
<b>27. Recebeu quantas doses da vacina BCG ID após o início do tratamento do doente?</b> (1) 0dose(2) 1 dose (3) 2 doses (4)Não sei/Não lembro
<b>28.O Senhor(a) foi avaliado clinicamente pelo serviço de saúde após o início do tratamento do doente? Se SIM, quantas vezes?</b>
<b>29. Se SIM, em que situação foi avaliado pelo serviço de saúde?</b> (1)Em visita ao serviço de saúde (2)Em visita na sua casa (3)Outra: _____
<b>30. Qual profissional de saúde o avaliou?</b>
<b>31. Aproximadamente quantos meses após o início do tratamento do doente senhor(a) foi avaliado?</b>
<b>32. Senhor(a) já tinha ouvido falar sobre a hanseníase antes dela se manifestar na sua casa?</b>  (1) Sim (2)Não
<b>33. Senhor(a) teve algum medo ou receio por conviver com um doente de hanseníase?</b> (1) Sim (2) Não
<b>34. Sofreu algum tipo de preconceito/discriminação como comunicante de hanseníase?</b> (1) Sim (2) Não
<b>35. Posição dos doentes em relação ao caso índice:</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO E O AMBIENTE: (apenas 1 comunicante da casa)</b>
<b>36. Tipo de moradia:</b> (1) casa própria (4) casa financiada (2) casa alugada (5) Outros: _____ (3) casa cedida/emprestada
<b>37. Estrutura da moradia:</b> (1) alvenaria (2) madeira (3) outra: _____
<b>38. Número de cômodos:</b>
<b>39.Número de quartos:</b>
<b>40. Número de banheiros:</b>
<b>41.O domicílio possui ligação com a rede de eletricidade?</b> (2) Sim (2) Não
<b>42.Sistema de abastecimento de água:</b> (1) SABESP (3) Cisterna (2) Poço Artesiano (4) Outra fonte: _____
<b>43.O domicílio está conectado à rede coletora de esgoto?</b> (1) Sim (2) Não
<b>44. O domicílio está servido pelo sistema de coleta do lixo da cidade?</b> (1) Sim (2) Não Se a resposta for não, qual é o destino do lixo doméstico? _____
<b>45.A rua possui pavimentação asfáltica?</b> (1) Sim (2) Não
<b>46. Tem acesso 'a internet?</b> (1) Sim (2) Não
<b>47. Quantas pessoas residiam com o doente no início dos sintomas?</b>
<b>48. Quantas pessoas residiam com o doente no início do tratamento?</b>
<b>49. Quantas pessoas residem com o doente hoje?</b>
<b>ANOTAÇÕES RELEVANTES DURANTE A COLETA DE DADOS:</b>

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa que está sendo realizada pelo Enfermeiro Prof. André Wilian Lozano (enfermeiro), com a orientação da Enfermeira Profa. Dra. Vânia Del' Arco Paschoal. Este projeto tem como objetivo identificar e avaliar o perfil de pessoas que convivem na mesma casa que pessoas que tem ou tiveram hanseníase em Fernandópolis. Sua participação seria em responder algumas perguntas que seria analisado e comparado com as respostas de outros pacientes. Queremos deixar claro que o seu nome nunca será divulgado, nem a origem das informações que você nos fornecer. Durante a pesquisa, você poderá tirar qualquer dúvida a respeito do trabalho e se necessário, entrar em contato com o Enf. André Wilian Lozano pelo telefone (017) 997672873, e-mail: andrelozano\_@hotmail.com. Você também não terá gastos financeiros com a pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_ (comunicantes de caso de hanseníase) fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do projeto e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, em participar da pesquisa, se assim eu o desejar. Os pesquisadores do projeto avisaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, bem como o cuidado nas unidades de saúde não será modificado por causa desta pesquisa e a qualquer momento posso desistir de participar desta pesquisa- Caso existam gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso tiver novas dúvidas sobre este estudo, qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar os pesquisadores. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Fernandópolis/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Comunicante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Pesquisador

**ANEXOS****ANEXO 1**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, FERNANDÓPOLIS/SP

**Pesquisador Responsável:** André Lozano

**Area Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 41392815.9.0000.5415

**Submetido em:** 14/05/2015

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado

**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio