

CONTATOS INTRADOMICILIARES: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SUA IMPORTÂNCIA PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Resumo: O domicílio é apontado como importante ambiente de transmissão da hanseníase. Identificar e descrever os fatores sociodemográficos e epidemiológicos dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase, numa cidade hiperendêmica. Pesquisa descritiva e transversal, com 146 contatos. A maioria (83,6%) residia de 10 ou mais anos no município; relatou que não fizeram exame neurodermatológico (69,1%). 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. Foram 28 casos novos intradomiciliares que adoeceram após o diagnóstico do caso índice. Deve-se implementar ações de melhoria quanto a vigilância de contatos de hanseníase com monitoramento dos resultados dos processos assistenciais que incluam ações específicas de controle dos comunicantes intradomiciliares, o qual consideramos como um dos pilares estratégicos para a quebra da cadeia epidemiológica da doença. Descritores: Hanseníase, Epidemiologia, Transmissão de Doença Infecciosa, Habitação.

André Wilian Lozano

Enfermeiro pela Fundação Educacional de Fernandópolis. Mestre pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Professor na Universidade Brasil e Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF). Membro da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente-REBRAENSP. E-mail: lozanoenf@gmail.com

José Martins Pinto Neto

Enfermeiro pela Fundação Educacional de Fernandópolis. Doutor pela USP. Professor na Universidade Brasil e Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF). E-mail: jmpintoneto@gmail.com

Luana Laís Femina

Enfermeira. Mestre pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Enfermeira do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP. E-mail: femina.luana@gmail.com

Rogério Rodrigo Ramos

Enfermeiro pela Fundação Educacional de Fernandópolis. PhD em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Prof. na Universidade Brasil e no Programa de Residência Médica. E-mail: rogerio_enfer@hotmail.com

Susilene Maria Tonelli Nardi

Terapeuta Ocupacional. Doutora pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Pesquisadora no Instituto Adolfo Lutz. E-mail: susilenenardi@gmail.com

Vânia Del' Arco Paschoal

Enfermeira pela Faculdade Sagrado Coração de Jesus. Doutora pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Professora na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: vaniadelarco@gmail.com

Submissão: 05/05/2020
Aprovação: 13/10/2020

Intradomiliary contacts: epidemiological aspects and their importance for the elimination of leprosy

Abstract: 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. To identify and describe the clinical and epidemiological profile of leprosy patients and the sociodemographic and epidemiological profile of their household contacts. Descriptive, transversal research with 146 households. The majority lived in the municipality for 10 years or more; reported that they had not taken the dermato-neurological examination. 124 (84.9%) contacts had a BCG-id vaccine scar and of these, 65 (52.4%) received no dose after the case was discovered. There were 28 new household cases that became ill after the diagnosis of the index case. Improvement actions regarding leprosy contacts should be implemented with monitoring of the results of care processes, including actions and specifications for document control with household documents, or which considerations are necessary. Descriptors: Leprosy, Epidemiology, Disease Transmission Infectious, Household.

Contactos intradomiciliarios: aspectos epidemiológicos y su importancia para la eliminación de la lepra

Resumen: El hogar se considera un importante entorno de transmisión de lepra. identificar y describir los factores sociodemográficos y epidemiológicos de los contactos domésticos en casos de lepra en una ciudad hiper-endémica. Investigación descriptiva y transversal, con 146 contactos. La mayoría (83,6%) vivió durante 10 años o más en el municipio; informaron que no se sometieron a un examen neurodermatológico (69,1%). 124 (84,9%) contactos tenían una cicatriz de vacuna BCG-id y de estos, 65 (52,4%) no recibieron ninguna dosis después del descubrimiento del caso. Hubo 28 nuevos casos en el hogar que enfermaron después del diagnóstico del caso índice. Se deben implementar acciones de mejora en relación con la vigilancia de los contactos de lepra con el monitoreo de los resultados de los procesos de atención que incluyen acciones específicas para el control de los contactos domésticos, que consideramos como uno de los pilares estratégicos para romper la cadena epidemiológica de la enfermedad. Descriptores: Lepra, epidemiología, Transmisión de Enfermedad Infecciosa, Vivienda.

Como citar este artigo:

Lozano AW, Pinto Neto JM, Femina LL, Ramos RR, Nardi SMT, Paschoal VDA. Contatos intradomiciliares: aspectos epidemiológicos e sua importância para eliminação da hanseníase. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):11-23.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.11-23>

Introdução

O Brasil é o segundo país mais endêmico do mundo^{1,2}. Entre os anos de 2014 a 2018, foram diagnosticados no Brasil 140.578 casos novos de hanseníase².

Em 2019 o Brasil diagnosticou 23.612 casos novos de hanseníase, sendo 1.319 (5,6%) em menores de 15 anos. O Mato Grosso é a UF que apresenta o maior número de casos novos na população geral, seguido do Maranhão, Pará e Pernambuco e os estados do Acre, Roraima e Rio Grande do Sul diagnosticaram menos de 100 casos novos da doença. Do total de casos novos diagnosticados em 2019, 78,2% foram classificados como multibacilares e 82% foram avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico, com parâmetro “regular” para esse indicador, no entanto 10% do total foram diagnosticados com grau 2, representando 10% do total².

Em 2018 a porcentagem de contatos examinados foi de 81,4%, sendo o Amapá com a menor porcentagem (51,3%) e o Espírito Santo com a maior (94,1%). Já o Estado de São Paulo 92,5% dos contatos foram avaliados². Entre os anos de 2012 a 2018, foi observado incremento em 11 estados e redução nos demais. Roraima foi onde ocorreu o maior incremento (23,5%) e o Distrito Federal com a maior redução, (23,8%)².

A cidade estudada é importante centro no interior do estado de São Paulo pela sua localização e apresenta uma situação epidemiológica em relação à hanseníase de alta endemicidade, pois nos anos de referência para essa pesquisa apresentou em 2013 e 2014, um coeficiente de detecção de 77,0 e 72,2 por 100.000 habitantes respectivamente. Em 2016 reduziu

para 24,8/100 mil habitantes o que ainda é considerado muito alto (20,0 a 39,99/100 mil)¹.

Um importante ambiente de transmissão ainda é o domicílio do doente. Descobrir casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o mesmo constitui-se em uma das mais efetivas ações de controle da hanseníase e o que pode possibilitar um diagnóstico precoce^{1,3-7}.

Os residentes do domicílio do caso novo da doença devem passar por uma detalhada anamnese à procura de sinais e sintomas da hanseníase com exame neurodermatológico, associada à história epidemiológica. Caso haja negatividade dos sintomas e sinais, os contatos devem ser encaminhados para vacina *Bacille Calmette-Guerin* (BCG), que reduz em 50% o risco de contrair a hanseníase⁸. Os contatos intradomiciliares (CI), devem receber orientações sobre a doença e comparecer à unidade de saúde durante cinco anos para acompanhamento e vigilância¹.

Objetivo

Identificar e descrever os fatores sociodemográficos e epidemiológicos dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase, notificados nos anos 2013/2014, numa cidade hiperendêmica do noroeste paulista.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal. A população estudada foi constituída pelos contatos intradomiciliares (CI) de 99 casos notificados com hanseníase e residentes, nesse município, no período de 2013 a 2014.

Nessa pesquisa adotou-se a **definição de CI** como sendo “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha

residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos”⁵.

Inicialmente foram coletados dados dos prontuários, fichas de notificação/investigação do caso e planilhas de controle existentes no Centro de Referência de hanseníase do município e posteriormente, por meio de entrevista, nas residências dos doentes/contatos, coletaram-se os dados dos comunicantes intradomiciliares.

O critério de inclusão foram todos os casos de hanseníase notificados no período de 2 anos, e seus respectivos contatos, residentes no município estudado. O critério de exclusão: aqueles que não quiseram assinar o TCLE, menores de 18 anos de idade e os que não foram encontrados após cinco tentativas de contatos telefônicos em diferentes horários e três tentativas de visitas domiciliares em dias e horários diferentes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP sob o parecer nº 1.115.391.

Foi realizada análise estatística descritiva com distribuição de frequência para descrição das variáveis.

Resultados

Com os 99 casos com hanseníase notificados, residiam 146 contatos os quais foram os sujeitos dessa pesquisa.

Houve predomínio de CI do sexo feminino em 87 (59,59%) pessoas, faixa etária entre 20 a 49 anos representaram 80 (54,8%), 67 (45,9%) se autodeclararam como sendo da raça branca e 99 (67,8%) conviviam com o seu cônjuge.

Em relação à escolaridade dos 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.

Quanto à profissão entre as 57 relatadas pelos CI 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.

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

Sobre a religião, 139 (95,2%) comunicantes professam crença e houve o predomínio da católica (76; 52,0 %).

Quanto ao grau de parentesco do CI 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 que 126 (86,3%) eram paulistas e 20 (13,7%) de outros estados da Federação. Sobre o tempo de residência, no Estado de São Paulo, 139 (95,2%) residiam há 10 anos ou mais, 6 (4,1%) residiam de cinco a nove anos.

Os nascidos no município estudado eram 66 (45,2%) pessoas e 19 (13,0%) de municípios da região. Quanto ao tempo de residência verificou-se que 126 CI (86,3%) habitavam a cidade há 10 anos ou mais, igual ao período que residiam no domicílio da pessoa tratada.

Sobre o tipo de moradia, 83 (56,9%) CI 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%) viviam em casas de alvenaria. No que se refere ao número de cômodos no domicílio 36 (24,7%) residentes relataram possuir imóveis de cinco cômodos, 35 (24,0%) de seis e 31 (21,2%) disseram haver sete aposentos. Imóveis de dois cômodos foram relatados por 6 (4,1%) e de três por 2 (1,4%) pessoas.

O número de quartos, por domicílio, informados pelos moradores 68 (46,6%) 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%) confirmaram que o imóvel tinha apenas um; 52 (35,6%) relataram ter dois, mas 1 (0,7%) entrevistado expôs não ter nenhum.

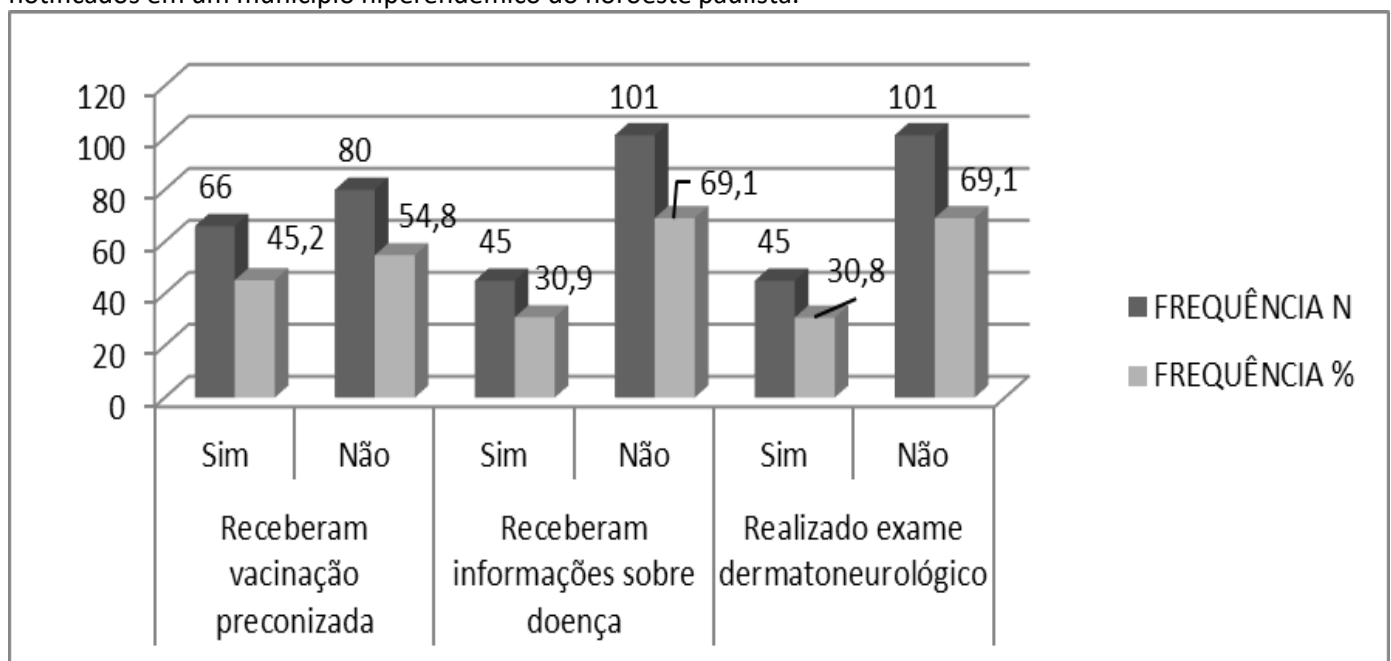
Os 146 (100%) contatos relataram que as casas possuíam ligação com a rede de energia elétrica; 144 (98,6%) possuíam abastecimento de água, 145 (99,3%) residências estavam conectadas à rede coletora de

esgoto e que era servido pelo sistema de coleta de lixo da cidade, 136 (93,1%) contatos disseram que a rua possuía pavimentação asfáltica e 96 (65,7%) informaram acesso à internet.

Sobre a situação vacinal dos contatos intradomiciliares antes do tratamento do doente, 124 (84,9%) contatos possuíam uma cicatriz da vacina BCG-id e desses, 65 (52,4%) não receberam dose após a descoberta do caso, 56 (45,2%) receberam uma dose e 3 (2,4%) receberam duas doses.

Durante as entrevistas, várias perguntas “sobre o acompanhamento no serviço de saúde” foram colocadas para os contatos (**Figura 1**), que mostra o número alto de não vacinados, orientados e examinados.

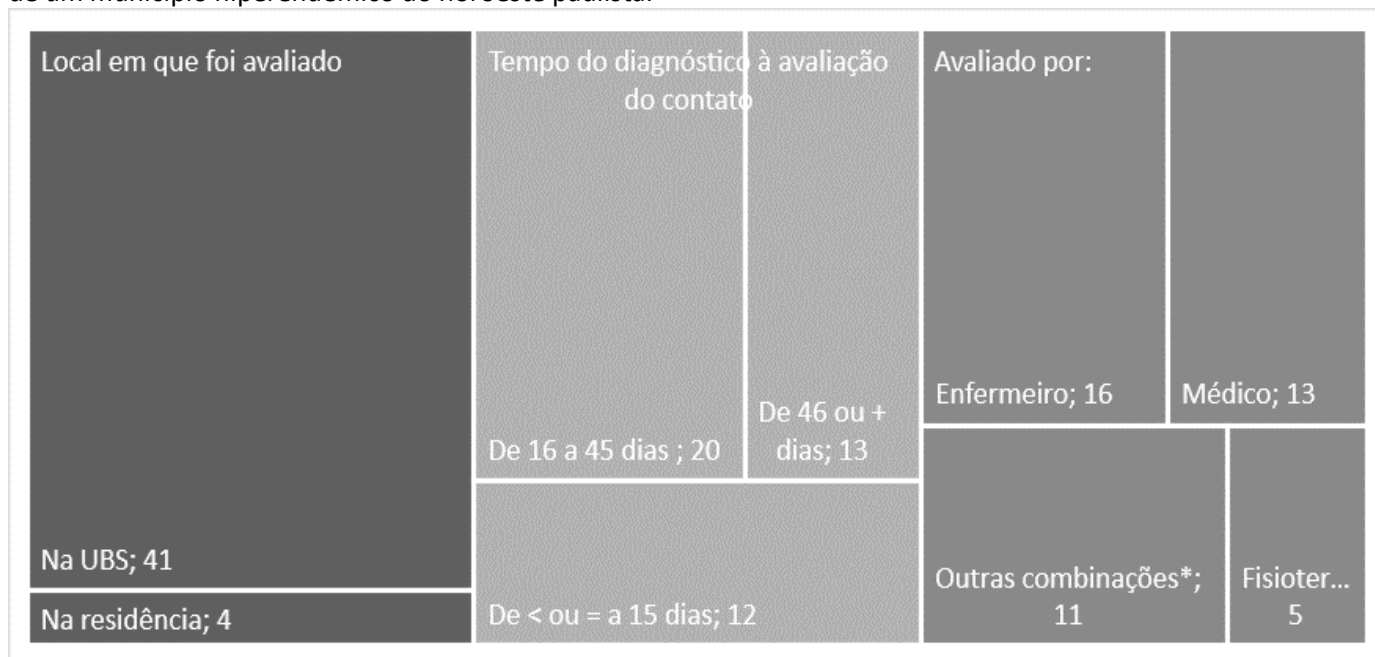
Figura 1: Acompanhamento pelo serviço de saúde dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase, notificados em um município hiperendêmico do noroeste paulista.



Fonte: Autoria própria.

A **Figura 2** demonstra o local, o tempo depois do diagnóstico positivo do caso índice e por quem foi avaliado por exame neurodermatológico.

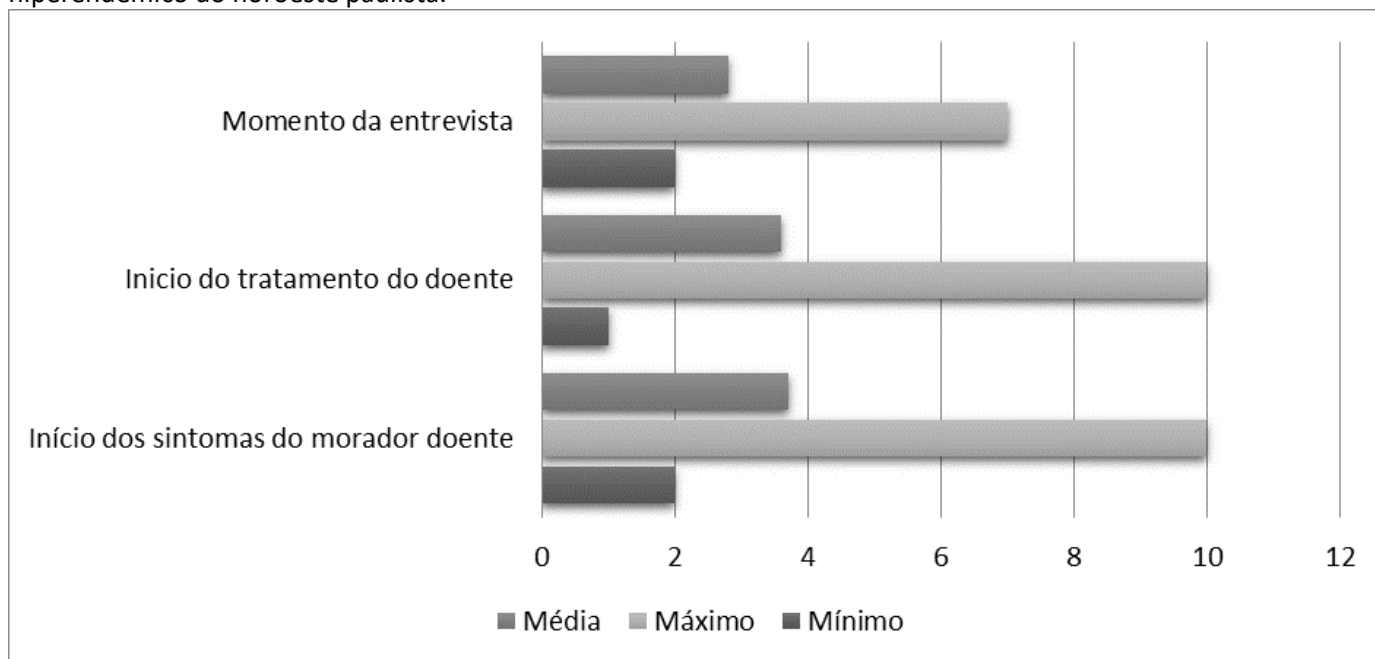
Figura 2: Distribuição dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase avaliados pelo serviço de saúde de um município hiperendêmico do noroeste paulista.



Legenda: *Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico e Escriturária. **Fonte:** Autoria própria.

Em relação ao número de pessoas que residiam com o doente no início dos sintomas, no início do tratamento e no momento da entrevista está representado na **Figura 3**. A quantidade de CI residentes na moradia encontradas nas entrevistas foi maior do que as registradas nos prontuários.

Figura 3: Situação numérica dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase em um município hiperendêmico do noroeste paulista.



Fonte: autoria própria.

Verificou-se que 115 CI (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 CI de hanseníase.

Em relação aos contatos 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, no período estudado, foi de 28 casos novos intradomiciliares que adoeceram depois do diagnóstico do caso índice.

Discussão

Na investigação epidemiológica dos casos notificados deve-se incluir o exame das pessoas que convivem ou conviveram no domicílio ou fora dele com o doente de hanseníase, qualquer que seja a sua forma clínica com o objetivo de descobrir a fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos da mesma fonte^{1,3}.

O controle dos CI é considerado indicador “bom” quando o número de contatos examinados é maior ou igual a 75,0% e precário com menos de 50,0% deles examinados⁶.

A definição do tipo de contato é geralmente pouco clara, buscando-se muitas vezes qualificações como contato próximo 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 comunicante e da forma clínica do doente^{1,6,9}.

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^{3,9}.

Um dos maiores estudos sobre os determinantes sociais da hanseníase que avaliou a associação de fatores socioeconômicos e demográficos com a incidência de hanseníase, na coorte de 100 milhões de brasileiros, com 33.877.938 indivíduos, incluindo 23.911 casos de hanseníase demonstrou, nos seus resultados, “fortes evidências de uma associação de indicadores de pobreza com incidência de hanseníase”¹⁰.

Em relação ao sexo observou-se o pequeno predomínio de comunicantes intradomiciliares do sexo feminino com 59,6%, resultado semelhante com outros estudos, que apontaram em torno de 51,1%¹¹, e 58,3%¹², 59,1%¹³ eram do sexo feminino, embora, em outro estudo, houve a predominância do sexo masculino em 52,63% entre os contatos domiciliares¹⁴. A variável sexo é importante, entre os anos de 2014 a 2018, foram diagnosticados 140.578 casos novos de hanseníase no país. Entre estes, 77.544 (55,2%) ocorreram no sexo masculino. No mesmo período, observou-se predominância desse sexo na maioria das faixas etárias e anos. O maior número foi identificado nos indivíduos entre 50 a 59 anos, totalizando 26.245 casos novos². Em uma 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 idade¹⁵, 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.

Quanto à faixa etária verificou-se que 80 (54,8%) possuíam entre 20 a 49 anos, portanto a maior faixa

etária na idade produtiva laboral e esta variável é importante porque, caso adoeçam, poderão estar sujeitos às complicações dessa doença que possui grande potencial incapacitante com opção de afastamento do trabalho, portanto, todos devem ser examinados. Neste estudo ainda encontrou um número pequeno de crianças e adolescentes. Entre diferentes autores que estudaram o tema encontraram diversas faixas etárias, com o uso de distintas metodologias, com idade entre 15 a 39 anos (47,8%)¹¹, sete e 66 anos, com mediana de 33 anos¹², em pessoas com idade igual ou acima de 15 anos (74,44%)¹³, mostrando que as várias regiões do país são distintas entre si. Mas é importante considerar que nos estudos^{11,14}, em torno de, 25% foram em menores de 15 anos.

Os contatos se autodeclararam 45,9% cor branca e 33,6% parda. Já em outros estudos, com populações maiores de contatos, a cor parda foi predominante sendo um, no estado de Rondônia¹³, com 58% e outro, na Bahia¹⁶, com 71,8% dos contatos examinados entre os registrados. Isso deve refletir a diversidade racial brasileira. O estudo de coorte¹⁰, de pessoas atingidas pela hanseníase, citado acima, mostrou que aqueles que se identificaram como preto tiveram o maior risco da doença (IRR: 1,40, IC95% 1,32– 1,49), seguido pelos pardos (IRR: 1,26, 1,21-1,32).

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%¹³ e, 43,3%¹¹. Nos domicílios, 4os contatos, geralmente, são filhos ou irmãos dos casos índices, que ainda não constituíram família e, na maioria das vezes, são estudantes ou se encontram desempregados¹⁴.

Em relação à escolaridade dos contatos entrevistados 66 (45,2%) tinham menos de oito anos de estudos, demonstrando a baixa escolaridade dos mesmos. Pesquisadores também encontraram dados semelhantes 46,7%¹¹ ou piores em relação ao analfabetismo prevalecendo ensino fundamental completo (42,1%), ensino fundamental incompleto (18,04%), analfabetos (15,03%) de uma população de estudo de 133 comunicantes intradomiciliares¹⁴.

Esses achados reforçam a complexidade e a heterogeneidade brasileira haja vista que nessa cidade do Pará os comunicantes tinham melhor escolaridade do que os contatos desse município estudado no noroeste paulista.

No estudo de coorte¹⁰, já mencionado, “constatou que o maior aumento de risco foi encontrado em indivíduos com o menor nível de escolaridade (ou cujo chefe de família apresentava o menor nível de escolaridade), com uma incidência duas vezes maior da doença do que aqueles que continuaram a educação após o ensino médio (RR: 2,09, 1,62-2,72)”.

Outros autores também 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^{3,11,14}. Um outro estudo afirma que a baixa escolaridade influencia negativamente no surgimento das incapacidades, diminuindo a possibilidade de um diagnóstico precoce, haja vista que a cada nível de escolaridade completo ocorre uma chance menor de ser diagnosticado com alguma incapacidade já formada¹⁷.

E um estudo de revisão sistemática e metanálise¹⁸ sobre marcadores de risco socioeconômicos da hanseníase em países de alta incidência confirma que “o aumento da idade, condições sanitárias e socioeconômicas ruins, um menor nível de escolaridade e a insegurança alimentar são marcadores de risco para a hanseníase”.

Portanto consideramos que possuir baixa escolaridade é uma barreira para o acesso ao SUS, portanto, os contatos com esse perfil podem ter várias dificuldades, tais como 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 dose de vacina BCG-id e na prevenção das incapacidades físicas nos olhos, mãos e pés.

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. Estudo anterior também encontrou que 60,15% dos comunicantes ganhavam menos de 1 salário mínimo¹⁴.

A renda é um fator determinante para a hanseníase como mostra o estudo¹⁰ que apontou que “indivíduos sem renda ou renda per capita inferior a 0,25 salário mínimo tinham um risco de hanseníase mais de 40% maior do que aqueles que ganhavam mais que o salário mínimo (1,46, 1,32-1,62, para indivíduos sem renda; 1,47, 1,34–1,61, para aqueles com renda <0, 25 vezes o salário mínimo)”.

Pesquisa recente¹⁹ apontou o impacto positivo do Programa Bolsa Família, do governo federal, cujos resultados sugerem que quando a pessoa com hanseníase é beneficiária desse programa melhora o acesso aos cuidados de saúde, está associado a uma

maior adesão à terapia multidrogas da hanseníase e à cura em casos multibacilares. Outros resultados importantes são que a transferência de renda possui potencial para melhorar a adesão ao tratamento e cura em pacientes com hanseníase, melhorar o bem-estar de famílias pobres no Brasil e que isso atende aos componentes essenciais da Estratégia Global de Hanseníase da OMS 2016-2020 e é um dos mais importantes contribuintes para o alcance da meta 3.3 do Objetivo Sustentável do Milênio nº 3 (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades).

Outro estudo¹⁰ já havia sugerido que, juntamente com o diagnóstico e tratamento precoces dos casos de hanseníase, o desenvolvimento social é uma estratégia fundamental para reduzir a prevalência dessa doença no mundo e que intervenções para aliviar a pobreza, como o programa brasileiro de transferência de renda Bolsa Família, poderiam contribuir substancialmente para alcançar o objetivo de eliminação da hanseníase.

Em relação à religião dos sujeitos dessa pesquisa constatou-se que, apesar dos católicos predominarem em número, mas eram os evangélicos quem mais iam à igreja mensalmente. Nesses ambientes formam aglomerados que corroboram com a ideia de que a aglomeração pode estar associada ao desenvolvimento de infecções e/ou doenças¹⁸.

Apesar de encontramos poucos estudos sobre a relação entre religião e hanseníase, consideramos que essa variável é importante, pois podemos considerar os cenários religiosos (igrejas, templos, centros espíritas, etc) como espaço oportunos para realização de ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, para o fortalecimento de vínculos com a

comunidade e, sobretudo, para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, entre elas, sobre a hanseníase, principalmente, em contextos de média e alta endemicidade.

O 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) diminui à medida que o tempo transcorre, dificultando assim o controle de comunicante pelo serviço de saúde.

É da responsabilidade da atenção básica, portanto, dos municípios a realização das ações sobre a suspeição diagnóstica, a confirmação do diagnóstico, o tratamento de hanseníase, a prevenção e reabilitação de deficiências, intercorrências e atuar, principalmente na vigilância dos comunicantes. Estes são os fatores principais da queda da endemia e o controle da doença.

Quanto ao tempo de residência no município e no domicílio do caso índice verificou-se que a grande maioria residia há 10 anos ou mais. Este é um fator de risco de adoecer importante pelo tempo de permanência num mesmo ambiente ao doente não tratado, constituindo-se a transmissão da hanseníase. Um estudo de caso-controle revelou que ter casos atuais de hanseníase na família aumenta em 2,9 vezes o risco de contrair a doença. E para os casos antigos de doença na família, o risco aumenta para possibilidade 5,0 vezes maior de desenvolver a patologia²⁰. Numa revisão integrativa⁹, já citada, os autores afirmam que o CI apresentam risco mais elevado pra infecção e adoecimento e que a ocorrência de casos novos entre os CI consanguíneos dos caso índice, sobretudo, os de primeiro grau apresentaram probabilidade 2,05 vezes maior em relação a outros tipos de parentesco e que

quanto à forma clínica da doença os CI de pacientes da forma Virchowiana apresentam risco 3,5 vezes maior de desenvolver a doença do que os CI de das outras formas clínicas.

Sobre o acompanhamento dos contatos, pelo serviço de saúde, observou-se que 100 (68,5%) deles não foram avaliados por meio do exame neurodermatológico. Estudo¹³ também mostrou que apenas 38,1% dos contatos tiveram exame dermatológico completo e 21% tiveram exame neurológico completo. Outro, estudo realizado numa capital nordestina, de um total de 1880 CI (67,96%) não realizaram o exame dermatoneurológico²¹.

Em relação, à situação vacinal antes do tratamento do caso índice, 124 (84,9%) possuíam uma cicatriz da vacina BCG-id e desses 59 (47,6%) receberam mais uma dose, indicando que os dados refletem uma das dificuldades do serviço em relação ao controle de contatos no município estudado. Observa-se que sem avaliação neurodermatológica não se pode aplicar a vacina preconizada. Estudo com 190 contatos, 63% foram convidados a visitar a unidade de saúde e 54,2% receberam a vacina BCG²². Outro estudo mostrou que de 81 comunicantes registrados em prontuários 66 (81,5%) receberam pelo menos uma dose²³.

Essa vacina é importante, apesar de não ser específica para a hanseníase, pois estudos apontaram que os CI sem a cicatriz dela apresentaram risco 3,7 vezes maior de desenvolver hanseníase quando comparados aos CI com uma ou mais cicatrizes e que a manutenção de uma dose adicional em contatos é uma importante estratégia para os programas de controle dessa doença, com o objetivo de protege-los sobretudo contra as formas multibacilares⁹.

A eficácia da vacina BCG, na imunoprevenção e na imunoterapia da hanseníase, tem sido tema de vários estudos nacionais e internacionais²⁴. Estudo, no Brasil, confirmou o papel protetor da BCG para hanseníase e que a eficácia dela está relacionada com a idade, pois ela é mais eficaz durante os primeiros anos de vida²⁵.

Vale ressaltar que, além da BCG, já está preconizada, por meio da Portaria nº 32 de 30 de junho de 2015, a utilização da rifampicina, em dose única, na quimioprevenção de contatos de hanseníase²⁶. Há um estudo, denominado PEP Hans Brasil, ocorrendo em 16 municípios do país, entres os estados do Mato Grosso, Tocantins e Pernambuco, assim como em outros países endêmicos (Índia, Indonésia, Myanmar, Nepal, Sri Lanka e Tanzânia)²⁷, utilizando a rifampicina como estratégia de vigilância dos comunicantes. Um estudo recente, realizado no Mato Grosso²⁸, mostrou a aceitabilidade da quimioprevenção com rifampicina, em dose única, entre os comunicantes, casos índices e profissionais de saúde e concluíram que essa estratégia se “apresentou aceitável e com potencial impacto na redução do estigma pelo envolvimento de todos os profissionais de saúde para sua implementação” e que houve o reconhecimento da relevância, da PEP-Hans, pela possibilidade de interrupção da cadeia de transmissão, diminuição de casos novos e melhora na qualidade de vida.

Quando se perguntou aos CI 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 suposição das falhas da vigilância dos contatos pelos profissionais das unidades de saúde, assim como em outros serviços avaliados¹³.

Nos últimos anos, há a recomendação sobre o acompanhamento dos contatos extradomiciliares de hanseníase, o que é visto, por vários autores, como uma valorização no controle da endemia, 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, chamados de contatos sociais^{1,6,29}.

Entre os entrevistados, observou-se que 28 pessoas já eram casos novos de hanseníase que adoeceram depois do diagnóstico do caso índice. Esse dado, por si só, já mostra a importância e necessidade de um controle efetivo dos CI em um contexto de alta endemicidade.

Estudo também mostrou que a hanseníase é uma doença familiar e que contatos familiares tem um maior risco de desenvolver a doença que contatos sociais. A relação genética próxima indica um risco maior³⁰.

Os contatos domiciliares de casos multibacilares representam um grupo caracterizado por alta exposição ao bacilo. Exames laboratoriais, como o anti PGL-1 podem ser utilizados para selecionar os contatos com maior risco de adoecer^{30,31}.

Os dados dessa pesquisa demonstram que apesar da maioria dos CI já terem ouvido falar sobre a hanseníase, ainda existem aqueles com medo/receio de conviver com o doente e/ou que sofreram discriminação ou preconceito por serem contatos e alguns deles relataram que o estigma, o preconceito e a discriminação foram bastante impactantes na sua vida e de suas famílias, trazendo sofrimento emocional e psicológico.

A análise do desempenho de avaliação dos contatos é uma das formas de avaliar o desempenho dos serviços na aplicação das ações de controle³². Os contatos 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 contínua para que haja redução das taxas de incidência, principalmente, em regiões hiperendêmicas²⁴. De forma geral, 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 contatos^{13,29}.

É necessário também maior compromisso das esferas municipais com o combate à hanseníase. 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 e internacionais. Assim como é importante a realização de atividades de buscas ativas dos contatos e de educação em saúde para a população em geral, para os doentes e contatos de hanseníase³³.

Mas para que tudo isso ocorra é imprescindível que os profissionais de saúde envolvidos com o desenvolvimento das ações do Programa estejam capacitados e tenham a responsabilidade para o controle/monitoramento dos casos e seus contatos intradomiciliares.

Conclusão

Concluimos que os contatos de doentes de hanseníase estudados eram, em sua maioria, do sexo feminino, em idade laboral produtiva, baixa escolaridade e renda; eram cônjuges do caso índice, paulistas, nascidos e criados na cidade em estudo. Sua residência era própria ou alugada, e tinha boa infraestrutura de água, energia elétrica, coleta de esgoto e de lixo. A maioria não teve avaliação para o controle de hanseníase após a descoberta do caso índice. O local onde mais receberam informações foi a unidade de saúde, pelo enfermeiro e a quantidade de moradores nas residentes registradas na entrevista quando a visita domiciliar, foi maior que a registrada nos prontuários.

Pode-se concluir também que o município hiperendêmico deve melhorar a gestão da vigilância de contatos de hanseníase com monitoramento dos resultados dos processos assistenciais que incluam ações específicas de controle dos comunicantes, impedindo um dos principais fatores de risco de adoecer o qual consideramos como um dos pilares estratégicos para a quebra da cadeia epidemiológica da doença.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Hanseníase. 3 ed. Ministério da Saúde: Brasília. 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Hanseníase 2020. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/31/Boletim-hanseníase-2020-web.pdf>>.
3. Boigny R N, Souza EA, Romanholo HSB, Araújo OD, Araújo TME, Carneiro MAG et al. Persistência da hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em

- regiões endêmicas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(2):e00105318.
4. 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>>.
5. 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). 2010. Acesso em: 22 jan 2015. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf>.
6. 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.
7. Romero-Montoya M, Beltran-Alzate JC, Cardona-Castro N. Evaluation and monitoring of *Mycobacterium leprae* transmission in household contacts of patients with Hansen's disease in Colombia. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017; 11:e0005325.
8. Carvalho FM, Rodrigues LS, Duppre NC, Alvim IMP, Ribeiro-Alves M, Pinheiro RO et al. (2017) Interruption of persistent exposure to leprosy combined or not with recent BCG vaccination enhances the response to *Mycobacterium leprae* specific antigens. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017; 11(5):e0005560.
9. Santos KCB, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Pascoal LM, Ferreira AGN. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2019; 43(121):576-591.
10. Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY, Penna MLF, Smeeth L, Rodrigues LC, Barreto ML, Brickley EB, Penna GO. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *Lancet Glob Health*. 2019; 7:e1226-36.
11. Cunha MHCM. Silvestre MPSA, Silva ARS, Rosário DDS, Xavier MB. Risk factors in household contacts of leprosy patients using clinical, sociodemographic, and laboratorial variables. *Rev Pan Amaz Saúde*. 2017; 8(2):23-30.
12. Monteiro TBM, Laurindo CR, Vidal SL, Oliveira BMC, Santos TO, Fernandes GAB, Nascimento TC, Coelho, ACO. Aspectos clínicos e sociodemográficos dos contatos domiciliares de caso de hanseníase. *Rev Enferm UFPE online*. 2018; 12(3):635-41.
13. Ramanholo HSB, Souza EA, Ramos Júnior AN, Kaiser, ACGCB, Silva, IO, Brito AL, Vasconcellos C. Surveillance of intradomestic contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(1):163-169.
14. 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 Amaz Saúde*. 2016; 7(1):45-53.
15. 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>>.
16. Souza EA, Ferreira AF, Pinto MSAP, Heukelbach J, Oliveira HX, Barbosa JC, Ramos-Junior AN. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 35(9):e00209518.
17. Lages S, Kerr BM, Bueno IC, Niitsuma ENA, Lana FCF. A baixa escolaridade está associada ao aumento de incapacidades físicas no diagnóstico de hanseníase no Vale do Jequitinhonha. *HU Rev*. 2019; 44(3):303-309.
18. Pescarini JM, Strina A, Nery JS, Skalinski LM, Andrade KVF, Penna MLF, Brickley EB, Rodrigues LC, Barreto ML, Penna GO. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018; 12(7):e0006622.
19. Pescarini JM, Williamson E, Nery JS, Ramond A, Ichihara MY, Fiaccone RL, Penna MLF, Smeeth L, Rodrigues LC, Penna GO, Brickley EB, Barreto

- ML. Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 Million Brazilian Cohort: a quasi-experimental study *Lancet Infectious Diseases*. 2020. Acesso em 10 abr 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30624-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30624-3)>.
20. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da hanseníase. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(esp):738-43.
21. Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS, Santos LH. Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil. *Rev Fun Care Online*. 2019; 11(4):873-879.
22. Trindade LC, Martins LC, Marques DM, Mendes MS, Fonseca FLA, Pereira LAA. Importance of epidemiological surveillance of leprosy: analysis of the occurrence of leprosy in intra-domiciliary contacts in a capital in the Brazilian northeast region. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020; 53:e20190507.
23. Silva CFG, Nardi SMT, Paschoal VDA. The reliability of information records in the Health Information System: surveillance of intra-domiciliary leprosy contacts. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019; 13(4):831-42.
24. World Health Organization. BCG vaccine: WHO position paper, recommendations. 2018; 36(24):3408-3410. Acesso em 25 abr 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X18303451?via%3Dihub>>.
25. 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.
26. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Quimioprofilaxia de contatos de doentes de hanseníase com rifampicina em dose única. Relatório de Recomendação nº 165, 2015. Acesso em 18 abr 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/R_0165_Relatorio_Quimioprofilaxia_Hanseníase_final.pdf>.
27. Barth-Jaeggi T, Steinmann P, Mieras L, van Brakel W, Richardus JH, Tiwari A, Bratschi M, Cavaliero A, Plaetse BV, Mirza F, Aerts A. Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: study protocol for evaluating the feasibility and impact on case detection rates of contact tracing and single dose rifampicin. *BMJ*. 2016;6:e013633.
28. Cortela DCB, Ferreira SMB, Lopes VMC, Mieras L, Steinmann P, Ignotti E, Cavaliero A. Aceitabilidade da quimioprofilaxia em área endêmica para a hanseníase: projeto PEP-Hans Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(3):e00068719.
29. 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.
30. Romero-Montoya M, Beltran-Alzate JC, Cardona-Castro N. Evaluation and monitoring of *Mycobacterium leprae* transmission in household contacts of patients with Hansen's Disease in Colombia. *Plos Neglected Tropical Diseases*, 2017. Acesso em 26 abr 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005325>>.
31. Pena MLF, Pena GO, Iglesias PC, Natal S, Rodrigues, LC. Anti-PGL-1 Positivity as a risk marker for the development of leprosy among contacts of leprosy cases: systematic review and metaanalysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 2016. Acesso em 26 abr 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004703>>.
32. 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*. 2015. 5(4).
33. Monteiro TBM, Laurindo CR, Vidal SL, Oliveira BMC, Santos TO, Fernandes GAB, Nascimento TC, Coelho, ACO. Aspectos clínicos e sociodemográficos dos contatos domiciliares de caso de hanseníase. *Rev enferm UFPE on line*. 2018; 12(3):635-41.