

ARTIGO ORIGINAL

O DOMICÍLIO COMO IMPORTANTE FATOR DE TRANSMISSÃO DA HANSENÍASE*

THE HOME AS AN IMPORTANT LEPROSY TRANSMISSION FACTOR

EL DOMICILIO COMO UN IMPORTANTE FACTOR DE TRANSMISIÓN DE LA LEPRO

André Wilian Lozano¹, José Martins Pinto Neto², Luana Laís Femina³, Priscila Donda⁴, Clinton Fábio Gomes da Silva⁵, Susilene Toneli Nardi⁶, Vania Del'Arco Paschoal⁷

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil dos domicílios e dos contatos intradomiciliares que apresentaram um ou mais casos da doença após a primeira notificação. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, retrospectivo. Estudaram-se 52 pacientes que apresentaram a doença após a notificação do caso índice no SINAN. Coletaram-se os dados em prontuário e realizaram-se entrevistas por meio de formulário. Analisaram-se os dados no programa estatístico EPI INFO 7.1.1.0, realizando-se a análise estatística descritiva. **Resultados:** notificaram-se, nos anos de 2013 e 2014, 101 casos de hanseníase. Revela-se que a média de contatos foi de 3,6 por domicílio, sendo que 46 conviviam há mais de dez anos com o caso índice; em relação aos contatos desses domicílios, a escolaridade é baixa; 65,4% deles não receberam a vacina BCG; 61,5% não foram avaliados clinicamente e 21,2% dos contatos ainda sofreram algum tipo de discriminação/preconceito. **Conclusão:** acredita-se que o controle dos contatos é um dos pilares estratégicos para a quebra da cadeia de transmissão da doença no domicílio, associado ao diagnóstico precoce, tratamento e prevenção de incapacidades físicas. **Descritores:** Habitação; Epidemiologia; Saúde Pública; Doenças Negligenciadas; Hanseníase; Busca de Comunicante.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of households and household contacts who presented one or more cases of the disease after the first notification. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional, retrospective study. Fifty-two patients who presented the disease after notification of the index case in SINAN were studied. Data was collected from medical records and interviews were conducted using a form. Data were analyzed using the statistical program EPI INFO 7.1.1.0, and descriptive statistical analysis was performed. **Results:** in 2013 and 2014, 101 cases of leprosy were reported. The average number of contacts was 3.6 per household, and 46 had been living with the index case for over ten years; Regarding the contacts of these households, the education level is low; 65.4% of them did not receive the BCG vaccine; 61.5% were not clinically evaluated and 21.2% of contacts still suffered some kind of discrimination/prejudice. **Conclusion:** it is believed that contact control is one of the strategic pillars for breaking the disease transmission chain at home, associated with early diagnosis, treatment and prevention of physical disabilities. **Descriptors:** Home Patients; Epidemiology, Public Health and Neglected Diseases; Leprosy; Contact Tracing.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de los hogares y contactos familiares que presentaron uno o más casos de la enfermedad después de la primera notificación. **Método:** este es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se estudiaron 52 pacientes que presentaron la enfermedad después de la notificación del caso índice en SINAN. Los datos se recopilaron de los registros médicos y las entrevistas se realizaron mediante un formulario. Los datos se analizaron utilizando el programa estadístico EPI INFO 7.1.1.0 y se realizó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** en 2013 y 2014, se informaron 101 casos de lepra. El número promedio de contactos fue de 3.6 por hogar, y 46 habían estado viviendo con el caso índice por más de diez años; con respecto a los contactos de estos hogares, el nivel educativo es bajo; el 65,4% de ellos no recibieron la vacuna BCG; el 61,5% no fueron evaluados clínicamente y el 21,2% de los contactos aún sufrieron algún tipo de discriminación/prejuicio. **Conclusión:** se cree que el control de contacto es uno de los pilares estratégicos para romper la cadena de transmisión de enfermedades en el hogar, asociado con el diagnóstico temprano, el tratamiento y la prevención de discapacidades físicas. **Descritores:** Vivienda; Epidemiología; Salud Pública; Enfermedades Desatendidas; Lepra; Trazado de Contacto.

¹Fundação Educacional de Fernandópolis/FEF. Fernandópolis (SP), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0002-5721-7054> ^{2,4,6}Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/FUNFARME. São José do Rio Preto (SP), Brasil. ²<https://orcid.org/0000-0002-6794-8379> ⁴<https://orcid.org/0000-0002-8416-7697> ⁶<https://orcid.org/0000-0003-3001-8634> ³União das Faculdades dos Grandes Lagos/UNILAGO, São José do Rio Preto (SP), Brasil. ³<https://orcid.org/0000-0002-1878-3416> ⁵Instituto Adolfo Lutz. São José do Rio Preto (SP), Brasil. ⁵<https://orcid.org/0000-0001-8164-2280> ⁷Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. ⁷<https://orcid.org/0000-0002-6047-5345>

*Artigo extraído da dissertação << Comunicantes intradomiciliares de hanseníase em uma cidade hiperendêmica >>. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. 2017.

Como citar este artigo

Lozano AW, Pinto Neto JM, Femina LL, Donda P, Silva CGF, Nardi ST, et al. O domicílio como importante fator de transmissão da hanseníase. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e241790 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241790>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública não somente no Brasil, mas na Índia e em vários outros países da Ásia e da África. Informa-se que 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. Acrescenta-se que a distribuição da hanseníase é heterogênea entre as cinco macrorregiões, os 26 Estados, o Distrito Federal e os 5570 municípios.¹

Acarretam-se, pela hanseníase, sérios prejuízos de ordem biopsicossocial e econômico. Devem-se desenvolver, em todos os níveis do sistema de saúde, ações de análise e avaliação do Programa de Eliminação da Hanseníase com a finalidade de subsidiar a implementação das atividades.¹

Lançou-se, em 2016, 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.²

Detalha-se que outras metas são 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, e desenvolver planos nacionais para garantir o exame de todos os contatos próximos (a meta é o exame de todos os contatos intradomiciliares).²

Aponta-se o domicílio como importante ambiente de transmissão da hanseníase. Torna-se a investigação epidemiológica, nesse cenário, fundamental para a descoberta de novos casos, sendo considerada uma estratégia para a redução da carga dessa doença.^{1,3}

Consiste-se a vigilância dos contatos 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 neurodermatológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados; checagem da presença de cicatriz de BCG-id. Deve-se todo contato de hanseníase receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para ela, mas confere proteção de 26 a 61%, de acordo com a literatura.^{1,4}

Pontua-se que, 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 doença, 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.^{1,4-6}

Publicaram-se, em 2017, pelo Ministério da Saúde, uma nova classificação e conceitos de contato - domiciliar e social, sendo o contato domiciliar “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase” e o contato social como “toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada”.^{4:8}

Preconiza-se, também, nesse documento, 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.⁴

Explicita-se, no Guia de Vigilância em Saúde, 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. Consideram-se pessoas que vivem na residência ao lado, na frente ou nos fundos da residência do caso índice como contatos de vizinhança.¹

Aponta-se, também, em estudos realizados em diversos cenários e metodologias, um risco maior de adoecer desses contatos intradomiciliares de hanseníase.⁶⁻⁸

Alerta-se que 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 contatos 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.⁹

Afirma-se, ainda, que “é importante ter em mente que um indivíduo pode estar infectado, mas não mostrar sinais da doença”.⁹

Nota-se que a participação dos contatos na endemia hanseníca não é consensual na literatura, haja vista a diversidade dos resultados. Descreve-se que 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.¹⁰ Defende-se, por outros autores, que os contatos intradomiciliares conferem elevado risco e vulnerabilidade quando comparados à população em geral, portanto, possuem importância epidemiológica significativa.¹¹⁻²

Ressalta-se a existência de testes como o ML Flow e anti LDI 1 (*Leprosy Infectious Disease*

Research Institute Diagnostic-1), o NDO-LID (Disacarídeo Natural Octyl - *Leprosy Infectious Disease Research Institute Diagnostic-1*) e o NDO-HSA (Disacarídeo Natural Ligado à Albumina de Soro Humano por meio de um Octyl), que podem ser realizados em contatos, como demonstram vários estudos.^{8,13-5}

Objetiva-se, por este estudo, para demonstrar a importância do domicílio como fator de transmissão da hanseníase, identificar o perfil dos domicílios e dos contatos intradomiciliares nas residências que apresentam um ou mais casos de hanseníase após a notificação do primeiro caso da doença.

OBJETIVO

- Descrever o perfil dos domicílios e dos contatos intradomiciliares que apresentaram um ou mais casos da doença após a primeira notificação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e retrospectivo. Realizou-se esta pesquisa em Fernandópolis/SP, localizado no extremo noroeste do Estado de São Paulo, a 555 km da capital do Estado, com 68.120 habitantes. Destaca-se Fernandópolis, na área da saúde, como importante centro de referência não só para os doze municípios da sua microrregião, mas para os de outras microrregiões circunvizinhas. Possui-se a Atenção Básica 17 Unidades Básicas de Saúde, com 23 equipes da Estratégia Saúde da Família, oferecendo cobertura de 100% das famílias. Centraliza-se o atendimento à hanseníase, neste município, no Centro de Atendimento às Doenças Infecciosas e Parasitárias (CADIP).

Elencaram-se, como critérios de inclusão, os comunicantes intradomiciliares de hanseníase que relataram ter apresentado a doença após a notificação de um caso no domicílio, durante a realização de entrevistas, a partir de casos notificados nos anos de 2013 e 2014 no CADIP. Excluíram-se pacientes menores de 18 anos e/ou que não se efetivou o contato após três tentativas de contato telefônico mais três tentativas de visitas em dias e horários diferentes. Coletaram-se os dados em prontuários após a aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pelo Parecer nº 41392815.9.0000.5415, e anuência de todos os sujeitos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizando-se, em seguida, entrevistas contendo dados clínicos, epidemiológicos e sociodemográficos acerca da doença estudada.

Considerou-se caso índice, neste estudo, a primeira pessoa notificada na residência.

Analísaram-se os dados no programa estatístico EPI INFO 7.1.1.0, realizando-se a análise estatística descritiva, com distribuição de frequência para a descrição das variáveis clínicas e sociodemográficas.

RESULTADOS

Notificaram-se, nos anos de 2013 e 2014, no SINAN, 101 casos de hanseníase no município; desses, dois prontuários não foram disponibilizados pela unidade de saúde, totalizando uma população de 99 doentes. Verificou-se, na busca pela transmissão da doença intradomiciliar, que, em 22 residências, houve mais de um caso de hanseníase após o caso índice ser notificado, sendo que, em 16 delas, foram diagnosticadas mais uma pessoa e, em outras seis, foram dois casos, totalizando 28 contatos intradomiciliares que adoeceram e, com eles, moravam 52 comunicantes, os quais são os sujeitos desta pesquisa.

Tabela 1. Distribuição dos contatos intradomiciliares de hanseníase segundo o grau de parentesco, o tipo de moradia, o número de cômodos, o grau de escolaridade e a renda familiar. Fernandópolis (SP), Brasil, 2013-2014.

Perfil dos contatos intradomiciliares		n	%
Grau de Parentesco	Esposo (a)	13	25,0
	Filho (a)	8	15,4
	Mãe/Pai	11	21,1
	Irmão (ã)	7	13,5
	Genro/Sogro (a)	5	9,6
	Neto (a)	4	7,7
	Outros	4	7,7
	Total	52	100
Tipo de moradia	Casa própria	28	53,8
	Casa alugada	8	15,4
	Casa cedida	4	7,7
	Casa financiada	12	23,1
	Total	52	100
Número de cômodos	Dois	1	1,9
	Quatro	4	7,7
	Cinco	9	17,3
	Seis	9	17,3
	Sete	21	40,4
	Oito/Nove	8	15,4
	Total	52	100
Escolaridade	Analfabeto	05	9,6
	1ª a 4ª séries incompleta do EF*	05	9,6
	4ª série completa do EF*	03	5,8
	5ª a 8ª séries incompleta do EF*	08	15,4
	EF* completo	04	7,7
	EM† incompleto	06	11,5
	EM† completo	14	27,0
	ES‡ incompleto	06	11,5
	ES‡ completo	01	1,9
	Total	52	100
Renda familiar (Salário Mínimo)	Até um	4	7,7
	De um a três	28	53,8
	Quatro a cinco	20	38,5
	Total	52	100,0

*Ensino Fundamental. † Ensino Médio. ‡ Ensino Superior

Levantou-se, em relação às moradias, que 28 (53,8%) comunicantes viviam em “casa própria”; oito (15,4%), em “casa alugada”; quatro (7,7%), em “casa cedida” e 12 (23,1%), em “casa financiada”; quanto à estrutura da moradia, 51 (98,1%) dos comunicantes viviam em casas de alvenaria; no que se refere ao número de cômodos, 21 (40, 4%) residiam em casas com sete cômodos; nove (17,3%), com cinco e nove (17,3%), com seis, sendo oito (15,4%) com oito ou nove. Aponta-se que outros quatro (7,7%) comunicantes viviam em imóveis com quatro cômodos e um (1,9%), com dois cômodos; quanto ao número de quartos de dormir, por domicílio, foi informado, pelos contatos, que 24 (46,2%) deles tinham até dois quartos; 22 (42,3%), três e seis (11,5%) disseram que possuíam quatro ou cinco dormitórios; em relação ao número de banheiros, por domicílio, 23 (44,2%) contatos confirmaram

que o imóvel tinha apenas um; 25 (48,1%) relataram ter dois banheiros; três (5,8) possuíam três, mas um (1,9%) entrevistado expôs não ter nenhum.

Relatou-se, pelos 52 (100%) contatos, que as casas possuíam ligação com a rede de energia elétrica; 52 (100%) informaram que o domicílio possuía abastecimento de água; 52 (100%) informaram que o domicílio estava conectado à rede coletora de esgoto e que o mesmo era servido pelo sistema de coleta de lixo da cidade; 48 (92,3%) contatos informaram que a rua possuía pavimentação asfáltica e 37 (71,1%) informaram que eles tinham acesso à internet.

Acentua-se que a média de contatos, nesta pesquisa, foi de 3,6 por domicílio, sendo que 46 conviviam há mais de dez anos com o doente caso índice; dois, de cinco a nove anos; dois, de três a cinco e dois, de um a três anos.

Tabela 2. Distribuição dos contatos intradomiciliares de hanseníase em relação ao acompanhamento do serviço de saúde. Fernandópolis (SP), Brasil, 2013-2014.

Acompanhamento do serviço de saúde		n	%
Vacinação conforme o Programa de Controle da Hanseníase?	Sim	18	34,6
	Não	34	65,4
	Total	52	100,0
Os profissionais de saúde explicaram sobre a importância da avaliação dos contatos?	Sim	19	36,5
	Não	33	63,5
	Total	52	100,0
Foi avaliado clinicamente pelo serviço de saúde?	Sim	20	38,5
	Não	32	61,5
	Total	52	100,0
Em qual situação foi avaliado pelo serviço de saúde?	Em visita ao serviço	20	100,0
	Em visita na sua casa	0	0
	Total	20	100,0
Quanto tempo após o início do tratamento foi avaliado?	< ou = a 15 dias	2	10,0
	16 a 45 dias	10	50,0
	46 ou + dias	8	40,0
	Total	20	100,0
Qual profissional o avaliou?	Enfermeiro	5	25,0
	Médico	7	35,0
	Fisioterapeuta	2	10,0
	Outras combinações	6	30,0
	Total	20	100,0

Observou-se, quando se perguntou aos contatos intradomiciliares sobre o conhecimento deles sobre a hanseníase, que a maioria já tinha ouvido

falar sobre a doença; quanto à variável preconceito, 21,2% relataram tê-lo sofrido por serem contatos.

Tabela 3. Distribuição dos contatos intradomiciliares de hanseníase em relação ao conhecimento sobre a doença. Fernandópolis (SP), Brasil, 2013-2014.

Conhecimento sobre hanseníase	n	%
Já tinha ouvido falar sobre hanseníase antes de ela se manifestar em seu domicílio?	Sim	37 71,2
	Não	15 28,8
	Total	52 100,0
Teve algum medo/receio por conviver com doente de hanseníase?	Sim	8 15,4
	Não	44 84,6
	Total	52 100,0
Sofreu algum tipo de discriminação/preconceito como contatos?	Sim	11 21,2
	Não	41 78,8
	Total	52 100,0

DISCUSSÃO

Mostra-se o domicílio como importante ambiente de transmissão da hanseníase. Torna-se a investigação epidemiológica, nesse cenário, fundamental para a descoberta de novos casos, sendo considerada uma estratégia para a redução da carga da doença,^{1,3,8} e, neste estudo, 28 casos foram diagnosticados após a notificação de um caso na residência.

Aponta-se, em relação ao grau de parentesco dos 52 contatos com o primeiro caso diagnosticado na residência, que houve o predomínio dos esposos (as) (25%), seguidos de mãe/pai (21,1%) e filhos/filhas (15,4%). Verifica-se em um estudo realizado no Maranhão, o parentesco consanguíneo de primeiro grau foi de 54,92%, seguidos de consanguíneos de segundo grau com 20,79%.¹⁶ Nota-se que em outro estudo realizado, em um município da zona da Mata Mineira constatou que 33,3% dos comunicantes não apresentaram parentesco consanguíneo com o caso.¹⁷

Encontraram-se, por pesquisadores, em relação à baixa escolaridade dos contatos, também, dados semelhantes ou piores. Cita-se, em estudo realizado no interior do Pará, que a maioria dos comunicantes tinha o Ensino Fundamental completo (42,1%), seguido do Ensino Fundamental incompleto (18,04%) e analfabetos, com 15,03%, e Ensino Superior completo com somente um (0,75%), de uma população de estudo de 133 contatos¹⁸. Demonstrou-se, em outro estudo paraense⁸, que 46,7% dos comunicantes tinham o Ensino Fundamental e 43,3% tinham o Ensino Médio. Verificou-se, em um estudo sobre os doentes de hanseníase e sua rede de convívio familiar, que abrangeu Estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil, que o Ensino Fundamental (272; 50,6%) predominou entre os sujeitos da pesquisa¹⁹ e, em um estudo realizado na Paraíba, de 2008 a 2012, com doentes de hanseníase, 9,35% eram analfabetos e 49,13% tinham o Ensino Fundamental incompleto²⁰. Revelou-se, em outro estudo da Paraíba, de 2001 a 2011, sobre casos de hanseníase diagnosticados por meio do exame de

contato, que 4,42% eram analfabetos e 67,31% tinham o Ensino Fundamental²¹.

Sabe-se que a escolaridade é uma barreira para o acesso ao SUS, portanto, os contatos com esse perfil podem ter dificuldade em aceitar o convite para o doente comparecer à unidade de saúde, assim como 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.

Averiguou-se, no que se refere à renda familiar, em salários mínimos, que quatro (7,7%) recebiam até um e 28 (53,8%) recebiam de um a três salários. Encontrou-se, também, em estudo anterior, que 60,15% dos comunicantes ganhavam menos de um salário mínimo¹⁹. Leva-se, pela baixa condição social, a desigualdades de condições de alimentação, moradia, escolaridade, trabalho, entre outros, que refletem, diretamente, nos padrões de qualidade de vida e de saúde da população. Apontaram-se, em estudo epidemiológico, as desigualdades socioeconômicas das diferentes regiões do país como sendo impeditivas para a eliminação da hanseníase no Brasil, pois as regiões mais pobres são as mais endêmicas²².

Percebe-se que a porcentagem de contatos intradomiciliares não avaliados neste estudo é precária (61,5%), pois outros estudos encontraram 42%¹⁷ e 63,16%¹⁸ dos contatos sem avaliação dermatoneurológica pelos serviços de saúde e, nesse último estudo, os pesquisadores também encontraram que a taxa de contatos não avaliados de casos paucibacilares e de multibacilares foi 33,3% (28/84) e 66,7% (56/84), respectivamente¹⁸.

Destaca-se que esses dados estão muito aquém dos demonstrados em dois outros estudos: um realizado em Cacoal/RO, onde 99,3% dos contatos foram examinados em 2013²³, e um outro do Ministério da Saúde, onde consta o percentual de exames de contato de hanseníase em todos os Estados e regiões brasileiras, de 2012 a 2016, cuja menor porcentagem foi no Rio Grande do Norte (59,6%) e a maior, no Paraná (94,2%); a região com menor percentual de avaliação de contatos foi a do Nordeste (71,8%) e a maior foi a do Sul (91,1%); em nível de país, a porcentagem foi de 77,0% dos contatos avaliados²⁴. Considera-se esse resultado bom pelo Ministério da Saúde (maior ou igual a 75%)⁴.

Mostrou-se, por este estudo, observando ainda esses fatores de manutenção da endemia, quanto ao tempo transcorrido da avaliação neurodermatológica após o diagnóstico do caso índice, que houve o predomínio de 16 a 45 dias, relatado por dez (50,0 %) pessoas, e que o médico foi o profissional de saúde que mais avaliou esses contatos (35%), seguido do enfermeiro (25%) e do fisioterapeuta (10%). Alertou-se, por autores, em outro estudo²³, que o (a) enfermeiro (a) foi quem

mais realizou o exame de contatos e que a realização, mesmo por profissionais não habilitados, conforme normativas do Ministério da Saúde, pode comprometer esse controle.

Adverte-se, quando se perguntou, aos 52 comunicantes entrevistados, se “os profissionais de saúde explicaram sobre a importância da avaliação clínica dos comunicantes”, que 33 (63,5%) afirmaram que não e isso reforça a pressuposição das falhas da vigilância dos contatos pelos profissionais das unidades de saúde.

Podem-se citar, entre os problemas relacionados ao controle de contatos, a falta de orientações sobre a doença e suas formas de transmissão e, também, que muitos contatos intradomiciliares não comparecem ao serviço de saúde para a realização da avaliação mesmo sendo solicitado o seu comparecimento.

Apontaram-se, em outra pesquisa, as dificuldades do exame dos contatos: falta de orientação dos profissionais de saúde; incompatibilidade de tempo com o serviço; o contato não quis realizar; não envolvimento da família e dificuldade de transporte²³.

Destaca-se que existem várias estratégias para garantir a realização da vigilância dos contatos, seja em regiões/municípios de baixa à alta endemicidade, entre elas, a da visita domiciliar, pois ela é uma das estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde^{1,4} mais mencionadas pelos enfermeiros que participaram de uma pesquisa sobre o conhecimento e a prática dos enfermeiros sobre hanseníase²⁵.

Preconiza-se, quanto à vacina BCG, pelo Ministério da Saúde, que ela deverá ser aplicada nos contatos familiares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. Acrescenta-se que, no caso indene, a aplicação depende da história vacinal e segue os seguintes critérios: na ausência de cicatriz, deve-se administrar uma dose da vacina BCG; na presença de uma cicatriz, faz-se uma dose de BCG; na existência de duas cicatrizes, não aplicar a BCG⁴.

Pontua-se que, apesar de não ser uma vacina específica para a prevenção da hanseníase, a eficácia dela já está bem estabelecida na literatura, como cita o mais recente documento sobre a vacina BCG elaborado pela Organização Mundial da Saúde²⁶.

Confirmaram-se, também, em estudos realizados no Brasil, 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^{1,9}.

Mostrou-se, em outra investigação, 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 a hanseníase⁷;

assim como novos autores apontaram que, dos 133 contatos domiciliares avaliados, apenas 19,55% possuíam duas cicatrizes de vacina BCG-id e 67,67% possuíam apenas uma cicatriz. Observou-se maior proporção de avaliação neurodermatológica entre os que possuíam duas cicatrizes e, entre os contatos não avaliados, predominou os que não apresentavam cicatriz (valor de $p < 0,0001$)¹⁹.

Pode-se influenciar, pela vacina BCG-id, na forma clínica que adoecerá o indivíduo, haja vista que os contatos intradomiciliares que possuam cicatriz vacinal têm mais chances de desenvolver as formas paucibacilares da doença¹.

Demonstra-se, pelos dados, em relação ao conhecimento sobre a hanseníase, que, apesar de a maioria dos contatos já ter ouvido falar sobre ela, ainda existem aqueles com receio de conviver com o doente e/ou que sofreram discriminação ou preconceito por ser contatos intradomiciliares, pois houve depoimentos de alguns contatos onde o estigma, o preconceito e a discriminação foram bastante impactantes na vida dessas pessoas e de suas famílias, trazendo sofrimento, principalmente, emocionais/psicológicos.

Acredita-se que o estigma e o preconceito são questões centrais na hanseníase e 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 e que o estigma associado a essa doença se deve à sua prevalência e intensidade nas mais diferentes sociedades e nos diversos períodos históricos. Sabe-se que a doença é estigmatizante e, com seus determinantes sociais e históricos, tem um passado de isolamento e discriminação dos doentes e familiares e a integração do programa de hanseníase na atenção básica é considerada uma estratégia eficaz para a eliminação da doença e a diminuição do estigma²⁵.

Surge-se, então, a importância de os serviços de saúde oferecerem assistência psicológica aos doentes e seus contatos, além da realização de atividades de educação em saúde para a população em geral.

Descreve-se, em relação às características dos domicílios, que 53,8% tinham casa própria, 44,2% tinham até seis cômodos e 40,4% tinham sete cômodos. Afirma-se, em um estudo realizado em Minas Gerais, que “moradias pequenas comportem famílias grandes, aumentando as oportunidades de transmissão da doença”²⁷. Apontou-se, em pesquisa realizada no Pará,⁸ que o número de cômodos influencia a transmissão da doença e um estudo, também já mencionado, aponta que cinquenta (50%) dos casos de hanseníase, em menores de 15 anos, tiveram contato com um portador do bacilo em sua residência³, por isso, essa variável é importante para conhecer a dinâmica dessa doença.

Recomenda-se que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem valorizar mais o controle de contatos intradomiciliares bem como estimular, por meio de capacitações dos profissionais de saúde, o diagnóstico precoce e garantir o abastecimento regular da poliquimioterapia e a prevenção das incapacidades físicas para todos os doentes diagnosticados.

Constituem-se os contatos intradomiciliares em um importante elo da cadeia epidemiológica da doença, mas se acredita, pelo que se levantou neste estudo, que não tem sido dada a devida importância, pois não há um monitoramento de forma sistemática e regular pelo serviço de saúde, mesmo sabendo que o controle dos contatos tem sido pouco valorizado e até mesmo negligenciado, pois, nos serviços de saúde, ainda se privilegia o controle da doença e do doente, relegando, a plano secundário, tudo o que se refere aos contatos^{5,8}.

Acredita-se que a vigilância dos contatos de hanseníase tem que ser contínua para que haja redução das taxas de incidência principalmente em regiões hiperendêmicas⁹ e, ao diagnosticar os portadores da doença, faz-se necessária uma detalhada busca pelas pessoas que convivem ou conviveram com o caso índice²⁸.

Deve-se o município, como o principal responsável pela gestão da atenção básica, estar atento aos principais indicadores operacionais e epidemiológicos em relação à hanseníase para implantar ou implementar ações que visam a 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.

Considera-se também 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 contatos 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 domiciliar, como verificado na realização desta pesquisa.

Sugerem-se entre as várias estratégias de controle dos contatos:

- Capacitar os profissionais de saúde sobre a epidemiologia da doença para o entendimento da importância do controle dos contatos intradomiciliares e do contato social, de acordo com as diretrizes⁴, como um dos pilares

fundamentais para a quebra da cadeia epidemiológica de transmissão da doença;

- Melhorar as anotações em prontuários e outros impressos de controle de contatos;

- Valorizar as orientações aos doentes e seus contatos quanto à importância da vigilância dos mesmos com a realização da avaliação neurodermatológica durante cinco anos e aplicação da vacina BCG-id de acordo as diretrizes⁴ em vigor;

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

- 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, os contatos para a avaliação neurodermatológica e vacinação BCG-id;

- Gerenciar e analisar, de forma crítica, os indicadores sobre a vigilância dos contatos, por parte das unidades de saúde e da vigilância em saúde municipal e estadual, e o desencadeamento de ações que possam melhorar a qualidade da assistência e o controle da endemia.

Deve-se incentivar também uma integração maior entre população e Atenção Básica, passo crucial para que a educação em saúde seja trabalhada em conjunto e se inicie o processo e eliminação da doença²⁹. Torna-se necessário que todas as ações da Atenção Básica de controle de uma doença de notificação compulsória, como a hanseníase, devem estar conectadas com a Vigilância em Saúde para que se possa analisar a situação de saúde da população e planejar ações eficazes de acordo com as necessidades²⁹.

Pontua-se que 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 hanseníase³⁰.

CONCLUSÃO

Identificou-se, neste estudo, o perfil dos domicílios e dos contatos intradomiciliares nas residências que apresentaram um ou mais casos de hanseníase após a notificação do primeiro caso da doença.

Entende-se que o controle dos contatos intradomiciliares é um dos pilares estratégicos para a quebra da cadeia de transmissão da doença no domicílio, associado ao diagnóstico precoce, tratamento e prevenção de incapacidades físicas de todos os doentes.

Devem-se as unidades de saúde se instrumentalizar, utilizando mecanismos de controle dos contatos, analisando os indicadores epidemiológicos e operacionais do programa e realizando ações de educação em saúde para empoderar os doentes e seus contatos na criação de vínculos com os profissionais de saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam como fonte de conhecimento, estimulando o surgimento de novas pesquisas sobre os contatos familiares e sociais dos doentes de hanseníase e o domicílio como fator de transmissão dessa doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenise.pdf
2. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para hanseníase 2016/2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [cited 2018 Aug 10]. Available From: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf;jsessionid=85E4348514DB3CAC29AAF26A3DD94ED5?sequence=17>
3. Santos SMF, Sousa MT, Santos LA, Jacob LMS, Figueira MCS, Melo MC. Epidemiological profile and perception about leprosy in children under 15 years old in the city of Santarém-PA. J Health Sci 2018;20(1):61-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n1p61-67>.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://portal.saude.gov.br/sites/portal.saude.gov.br/files/diretrizes_para_eliminacao_hansenise_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf
5. Pinto Neto JM, Carvalho HT, Cunha LES, Cassenote AJF, Lozano AW, Martins APS. Analysis of control household contacts of people affected by leprosy in Brazil and the state of São Paulo de 1991 a 2012. Hansen Int [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 10]; 38(1-2):68-78. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=789354&indexSearch=ID>
6. Ribeiro GC, Barreto JG, Bueno IC, Vasconcelos BF, Lana FCF. Prevalence and spatial distribution

of *Mycobacterium leprae* infection in a medium endemicity municipality. Rev RENE. 2019 Jan; 20:e39497. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039497>

7. Mattos 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. 2016 Mar; 10(3):e0004507. DOI: [10.1371/journal.pntd.0004507](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004507)

8. 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 June; 8(2):23-30. DOI: [10.5123/S2176-62232017000200003](https://doi.org/10.5123/S2176-62232017000200003)

9. 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):1054-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762012000800015](https://doi.org/10.1590/S0074-02762012000800015)

10. Margarido LC, Rivitti EA. Hanseníase. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 2006.

11. Smith WC, Aerts A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. Lepr Rev [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Aug 10]; 85(1):02-17. PMID: [24974438](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24974438/)

12. Bratschi MW, Steinmann P, Wickenden A, Gillis TP. Current knowledge on *Mycobacterium leprae* transmission: a systematic literature review. Lepr Rev [Internet]. 2015 June [cited 2018 Aug 10]; 86(2):142-55. PMID: [26502685](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26502685/)

13. Fabri ACOC, Carvalho APM, Vieira NF, Bueno, IC, Rodrigues RN, Monteiro TBM, et al. Integrative literature review of the reported uses of serological tests in leprosy management. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2018 Sept 09]; 49(2):158-64. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0031-8682-0226-2015](https://doi.org/10.1590/0031-8682-0226-2015)

14. Riberio GC, Barreto JG, Bueno IC, Vasconcelos BF, Lana FCF. Prevalence and spatial distribution of *Mycobacterium leprae* infection in a medium endemicity municipality. Rev RENE. 2019; 20:e39497. DOI: [10.15253/2175-6783.20192039497](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039497)www.periodicos.ufc.br/rene

15. Leturiondo AL, Noronha AB, Nascimento MOO, Ferreira CO, Rodrigues FC, Moraes MO, et al. Performance of serological test PDL 1 and NDO-LID in the diagnosis of leprosy in a reference Center in Brazil. BMC Infect Dis [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Sept 10]; 19(1):22. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-018-3653-0>

16. Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS, Santos LH. Epidemiological profile of in-house contacts of

leprosy cases in a Brazilian hypertendemic capital. J res fundam care online. 2019; 11(4):873-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.873-879](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.873-879).

17. Monteiro TBM, Laurindo CR, Vidal SL, Oliveira BMC, Santos TO, Fernandes GAB, et al. Clinical and sociodemographic aspects of household contacts of leprosy cases. J Nurs UFPE on line. 2018;12(3):635-41. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a24120p635-641-2018>

18. Lobato DC, Neves DCO, Xavier MB. Evaluation of surveillance actions of household contacts of patients with leprosy in the City of Igarapé-Açu, Pará State, Brazil. Rev Pan-Amazônica Saúde. 2016 Mar; 7(1):45-53. DOI: [http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232016000100006](https://doi.org/10.5123/S2176-62232016000100006)

19. Boigny RN, Souza EA, Romanholo HSB, Araújo OD, Araújo TME, Carneiro MAG, et al. Persistence of leprosy in household social networks: overlapping cases and vulnerability in endemic regions in Brazil. Cad Saúde Pública. 2019;35(2): e00105318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105318>

20. Campos MRM, Batista AVA, Guerreiro JV. Clinical and Epidemiological Profile of Patients Diagnosed with Leprosy in Paraíba State and Brazil, 2008 - 2012. R bras ci Saúde 2018;22(1):79-86, DOI: [10.4034/RBCS.2018.22.01.11](https://doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.01.11)

21. Brito KKG, Andrade SSC, Diniz IV, Matos SDO, Oliveira, SHS, Oliveira MJGO. Characteristics of leprosy cases diagnosed through the exam contact. J Nurs UFPE on line. 2016; 10(2):435-41. DOI: [10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201608](https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201608)

22. Ribeiro MDA, Silva JCA, Oliveria SB. Epidemiologic study of leprosy in Brazil: reflections on elimination goals. Rev Panam Salud Publica. 2018 June; 42(7). DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.42>

23. Romanholo HSB, Souza EA, Ramos Junior AN, Kaiser ACGCB, Silva IO, Brito AL, et al. Surveillance of intradomiciliary contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. Rev Bras Enferm. 2018 Jan/June; 71(1):163-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0607](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0607)

24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseníase-publicacao.pdf>

25. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva VM, et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. Rev

Bras Enferm. 2015 Mar/Apr; 68(2):297-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680216i>

26. World Health Organization. BCG vaccines. Report on BCG vaccine use for protection against mycobacterial infections including tuberculosis, leprosy, and other nontuberculous mycobacteria (NTM) infections [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/october/1_BCG_report_revised_version_online.pdf

27. Lima RSK, Oliveira LBP, Gama RS, Ferreira JAG, Grossi MAF, Fairley JK, *et al.* The importance of active surveillance as a strategy to control leprosy in endemic areas. Hansen Int [Internet]. 2016 [cited 2017 June 15]; 41(1-2):55-63. Available from: http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12779

28. Peneluppi LS, Moreira MAM, Tosta TJG, Bellato HR, Olivato GB, Ribeiro CSC. Epidemiologic Profile of Leprosy in a Southern City of Minas Gerais State in a Nine -Year Period: Retrospective Study. Rev Ciênc Saúde [Internet]. 2015 [cited 2019 July 15]; 5(4):1-7. Available from: http://186.225.220.186:8484/index.php/rcsfmit_zero/article/view/406/282

29. Femina LL, Nardi, SMT, Donda P, Lozano AW, Lazaro C, Paschoal VDA. Epidemiological profile of leprosy in a provincial city of Sao Paulo state. Arq Ciênc Saúde. 2016 Oct/Dec; 23(4) 15-20. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.4.2016.235>

30. Sousa GS, Silva RLP, Xaxier MB. Leprosy and Primary Health Care: program structure assessment. Saúde Debate. 2017 Jan/Mar; 41(112):230-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711219>

Correspondência

André Wilian Lozano

E-mail: lozanoenf@gmail.com

Submissão: 01/07/2019

Aceito: 01/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.