

Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico

Surveillance of intradomestic contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality

Vigilancia de contactos intradomiciliarias de lepra: perspectiva del usuario en municipio hiper endêmico

Helizandra Simoneti Bianchini Romanholo^I, Eliana Amorim de Souza^{II,III}, Alberto Novaes Ramos Júnior^{II}, Adélia Cileode Gomes Castelo Branco Kaiser^{IV}, Ismália Oliveira da Silva^V, Aline Lima Brito^{II}, Cídia Vasconcellos^{I,VI}

^I Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo / Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza-CE, Brasil.

^{III} Universidade Federal da Bahia, Instituto Interdisciplinar em Saúde Anísio Teixeira, Curso de Medicina. Vitória da Conquista-BA, Brasil.

^{IV} Governo do Estado de Rondônia, Hospital Regional de Cacoal. Cacoal-RO, Brasil.

^V Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, Curso de Bacharel em Medicina. Cacoal-RO, Brasil.

^{VI} Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

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

Submissão: 20-12-2016

Aprovação: 31-03-2017

RESUMO

Objetivo: Caracterizar padrões de abordagem de contatos intradomiciliares (CId) de casos de hanseníase residentes no Norte do Brasil, de 2001-2012. **Método:** Estudo transversal e descritivo no estado de Rondônia. Incluídos CId de casos de hanseníase diagnosticados/notificados no SINAN-Ministério da Saúde (MS), 2001-2012. Aplicou-se instrumento semiestruturado aos CId verificando-se seis intervenções: exame dermatológico completo; exame neurológico completo; vacinação BCG; orientação para retorno à unidade de saúde; orientação sobre BCG e orientação para mobilizar outros contatos. **Resultados:** Foram incluídos 459 CId. A não realização do exame dermatológico foi referida por 191 pessoas (41,6%) e o neurológico, por 252 (54,9%); 138 (30,1%) não tiveram a BCG indicada e 122 (26,6%) não receberam orientações; 257 (56,0%) não foram orientados a retornar para nova avaliação/seguimento e 186 (40,5%) não foram orientados para mobilização de outros contatos. **Conclusão:** Apesar dos indicadores favoráveis de cobertura de exame de CId no estado, o processo de avaliação apresenta padrões que indicam falhas operacionais de qualidade.

Descritores: Hanseníase; Vigilância; Busca de Comunicante; Prevenção & Controle; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To characterize approach methods for intradomestic contacts (IdC) of leprosy cases resident in Northern Brazil, during 2001-2012. **Method:** A cross-sectional and descriptive study in the state of Rondônia. Included IdC of leprosy cases diagnosed/reported in SINAN-Ministry of Health (MS), 2001-2012. A semi-structured instrument was applied to the IdCs, with six interventions: complete dermatological examination; complete neurological examination; BCG vaccination; instructions for return to the health unit; BCG guidance; and guidance to mobilize other contacts. **Results:** From a total of 459 IdCs included, failure to perform the dermatological examination was reported by 191 people (41.6%) and the neurological examination, by 252 (54.9%); 138 (30.1%) did not have BCG indicated and 122 (26.6%) did not receive guidelines; 257 (56.0%) were not advised to return for a new evaluation/follow-up and 186 (40.5%) were not asked to mobilize other contacts. **Conclusion:** Despite the favorable indicators of IdC examination coverage in the state, the evaluation process presents patterns that indicate operational quality failures.

Descriptors: Leprosy; Surveillance; Communicant Search; Prevention & Control; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar normas de abordagem de contactos intradomiciliares (Cid) de casos de lepra residentes em el Norte de Brasil, de 2001-2012. **Método:** Estudio transversal y descriptivo en el estado de Rondônia. Incluidos Cid de casos de lepra diagnosticados/notificados en SINAN-Ministerio de Salud (MS), 2001-2012. Se aplicó instrumento semi estructurado a los Cid verificándose 6 intervenciones: examen dermatológico completo; examen neurológico completo; vacunación BCG; orientación para retorno a la unidad de salud; orientación sobre BCG y orientación para movilizar otros contactos. **Resultados:** Fueron incluidos 459 Cid. La no realización del examen dermatológico fue referida por 191 personas (41,6%) y el neurológico, por 252 (54,9%), 138(30,1%) no tuvieron la BCG indicada y 122 (26,6%) no recibieron orientaciones, 257 (56,0%) no fueron orientados a retornar para nueva evaluación/seguimiento y 186 (40,5%) no fueron orientados para movilización de otros contactos. **Conclusión:** A pesar de los indicadores favorables de cobertura de examen de Cid en el estado, el proceso de evaluación presenta normas que indican fallos operacionales de calidad.

Descriptores: Lepra; Vigilancia; Busca de Comunicante; Prevención & Control; Epidemiología.

AUTOR CORRESPONDENTE Helizandra Simoneti Bianchini Romanholo E-mail: helizandrabianchini@msn.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença tropical negligenciada, de evolução longa com elevada carga de morbidade, sendo considerada um problema de saúde pública em diferentes países, incluindo o Brasil⁽¹⁾. Traduz-se por síndrome clínica dermatoneurológica que apresenta elevado potencial de provocar incapacidades físicas, podendo evoluir para deformidades, além de seus impactos sociais e psicológicos⁽²⁻⁵⁾.

Apesar da tendência de declínio na detecção de casos novos no mundo, reduzindo de 299.036 casos em 2005 para 210.758 em 2015⁽¹⁾, a hanseníase mantém-se em patamares e com tendências ainda distantes do controle⁽⁶⁾. Desse total em 2015, 74% dos casos ocorreram na Ásia e 13,6% nas Américas, sendo o Brasil o segundo país no mundo em termos de número absoluto, com 26.395 casos novos e o primeiro nas Américas⁽¹⁾. Em 2015, o coeficiente de detecção geral no Brasil foi de 14,07 casos por 100.000 habitantes, enquanto em menores de 15 anos foi de 4,46 casos por 100.000 habitantes⁽⁷⁾. Esses indicadores citados sinalizam um país com quadro de endemia sustentada em patamares elevados^(2,8-9).

Embora o Brasil também tenha registrado redução nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste mantêm-se com padrões de hiperendemicidade, com aglomerados (*clusters*) de importante manutenção da dinâmica de transmissão⁽⁹⁻¹¹⁾. O estado de Rondônia é considerado um dos estados brasileiros com maior nível de endemicidade, tendo apresentado em 2013 coeficiente de detecção geral de 42,24 casos para cada 100.000 habitantes e, em menores de 15 anos, coeficiente de detecção de 12,33 casos para 100.000 habitantes⁽¹²⁾. Dentre os 52 municípios do estado, o município de Cacoal é responsável por parte considerável desses casos, apresentando em 2013 coeficiente de detecção geral acima da média do estado, de 45,42 casos para 100.000 habitantes, e coeficiente de detecção em crianças menores de 15 anos de 19,06 para cada 100.000 habitantes⁽¹³⁾.

Uma das ações-chave para o controle da hanseníase é o desenvolvimento das ações de vigilância de contatos intradomiciliares, garantindo cobertura e qualidade adequadas^(8,9,14). De fato, os contatos intradomiciliares representam uma população com maior risco de adoecimento do que a população em geral devido à maior probabilidade de exposição ao bacilo⁽¹⁵⁾. No Brasil (até

fevereiro de 2016, conforme diretrizes vigentes no momento da pesquisa), considerou-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o caso de hanseníase nos últimos cinco anos, no momento do diagnóstico⁽⁸⁾. A partir de março de 2016, com a publicação das novas diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase, o MS considera contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase, independente da classificação operacional e tempo de convívio, e amplia a vigilância para o contato social, que é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada com o doente não tratado⁽¹⁶⁾.

Com o enfoque de detecção precoce e redução dos casos novos de hanseníase, o Ministério da Saúde^(8,14) propunha a investigação epidemiológica de todos os contatos intradomiciliares, incluindo: realização do exame dermatoneurológico (EDN) de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão, sinais e sintomas precoces da hanseníase, e orientações sobre a vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), além da aplicação da vacina, com orientações.

A despeito da importância desse conjunto de ações estratégicas, verificou-se no Brasil que ao longo dos anos 2002 a 2011 a proporção de contatos examinados entre os registrados não superou 60%. De 2012 a 2014, houve uma elevação para aproximadamente 74%⁽¹⁷⁾. Esse aspecto é relevante, pois contribui para a agenda inconclusa que o país tem de considerar para o real controle da doença⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

No estado de Rondônia, ressalta-se que a proporção de contatos examinados dentre os registrados variou de 72,9% em 2001 para 77,7% em 2013⁽¹²⁾. Por sua vez, o município de Cacoal apresentou em 2013 uma proporção de exame de 99,3%, considerada uma ótima cobertura no exame de contatos⁽¹³⁾.

Reconhece-se, entretanto, que, além do alcance de níveis satisfatórios de cobertura da avaliação de contatos intradomiciliares, é necessário que essa avaliação seja desenvolvida com foco na integralidade na atenção à saúde e com qualidade suficiente para que se consiga diagnosticar e tratar em momento oportuno^(2,19-20). Essa dimensão não tem sido abordada de forma sistemática, nem pelos serviços de saúde, nem por pesquisas sobre o tema. De forma adicional, há limitações de estudos integrando a perspectiva das pessoas acometidas pela hanseníase e de seus contatos⁽⁴⁾.

OBJETIVO

Caracterizar os padrões da abordagem de contatos intradomiciliares de casos de hanseníase diagnosticados no período de 2001 a 2012 no município de Cacoal, Rondônia, na perspectiva desses contatos.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC-PROPEQ). A pesquisa foi conduzida em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal. Ao longo de todo o processo estiveram envolvidos gestores e profissionais de saúde do referido município, além de professores e alunos de universidades locais.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, desenvolvido no município de Cacoal, estado de Rondônia, e conduzido nos meses de abril a outubro de 2014. É parte integrante do projeto multicêntrico nacional denominado IntegraHans-Norte/Nordeste, sob coordenação da Universidade Federal do Ceará.

O município de Cacoal é o quinto maior do estado de Rondônia com população em 2015 de 87.226 habitantes, com densidade demográfica de 20,72 habitantes/km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,718⁽²¹⁾. A cobertura populacional pelas equipes de saúde da família evoluiu de 14,0% em 1999 (posteriormente 23,3% em 2001) para 78,3% em 2015⁽²²⁾.

População do estudo

Contatos intradomiciliares de pessoas acometidas pela hanseníase diagnosticadas no período de 2001 a 2012 e residentes no município de Cacoal, Rondônia. Neste estudo, considerou-se contato intradomiciliar como toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o caso de hanseníase nos últimos cinco anos, no momento do diagnóstico⁽¹²⁾, dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

Foram incluídos no estudo aqueles contatos intradomiciliares cujos casos de referência (primeiro caso de hanseníase notificado no mesmo domicílio dentro do período de estudo) tinham autorizado previamente a abordagem por parte dos pesquisadores. Foram excluídos os contatos intradomiciliares não abordados em decorrência da não autorização pelos casos referência, os que não aceitaram participar da pesquisa, assim como os que não foram localizados.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi desenvolvida no período de abril a outubro de 2014. Em uma primeira etapa, para identificação dos casos de hanseníase, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal, sendo selecionados apenas os casos residentes nesse município e cujo diagnóstico de hanseníase ocorreu no período de 2001 a 2012.

A base populacional foi definida como sendo de 908 casos de hanseníase, a partir dos quais foram registrados 2.726 contatos intradomiciliares no Sinan. Para o alcance dos contatos intradomiciliares, os endereços foram atualizados utilizando-se o banco de dados do Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS), disponibilizado também pelo município sede do estudo.

As atividades de campo foram iniciadas com visita aos domicílios dos casos de hanseníase que foram referência, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido para abordagem dos contatos. Para essa atividade, pesquisadores de campo e profissionais das equipes de saúde da família (incluindo os agentes comunitários da saúde) foram treinados, com padronização do processo de trabalho com vistas à garantia de abordagem ética, tecnicamente adequada. As pessoas acometidas pela hanseníase foram orientadas a convidar seus contatos intradomiciliares para abordagem na unidade de saúde da família ou outro equipamento social definido, pertencente à sua área de abrangência.

Os contatos intradomiciliares foram entrevistados pelos pesquisadores utilizando instrumento estruturado padronizado contendo variáveis relacionadas a sexo, idade, raça, além de questões referentes à forma de abordagem realizada pelos profissionais de saúde na época do diagnóstico do caso de hanseníase referência no domicílio. As questões priorizaram o que está preconizado nas Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase de 2010⁽⁸⁾.

Para caracterizar os padrões relativos à abordagem dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase, na perspectiva do usuário, foram utilizadas como base as recomendações da Portaria 3.125 de 2010⁽⁸⁾, vigentes no momento da pesquisa, a partir da qual foram identificadas seis ações principais no processo de vigilância dos contatos intradomiciliares: a) exame dermatológico completo: inspeção da pele, em todos os seguimentos corporais, em busca de manchas, placas, nódulos, pápulas e outros sinais e sintomas de hanseníase; b) exame neurológico completo: palpação dos principais troncos nervosos frequentemente acometidos e na realização de testes para verificação de alterações térmica, dolorosa e tátil em lesões e áreas suspeitas; c) vacinação com BCG: indivíduos que foram avaliados e após descartar sinais e sintomas de hanseníase seguiu-se o protocolo estipulado pelo MS quanto à aplicação da BCG; d) orientação para retornar à unidade de saúde: indivíduos que foram orientados a retornar à unidade de saúde para avaliação anual e/ou caso surgissem sinais e sintomas da doença; e) orientação sobre a vacina BCG: indivíduos que foram orientados que a vacina BCG não é uma vacina específica para imunização contra hanseníase; e f) orientação para buscar outros contatos: indivíduos que foram orientados a levar outros contatos intradomiciliares para realização do exame de contato.

Análise dos resultados e estatística

Para consolidação e análise descritiva dos dados, com composição de frequências absolutas e relativas, foram utilizados os programas Epi-Info versão 7.1.5 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA*) e Stata versão 11.2 (*Stata Corp LP, College Station, TX, USA*).

RESULTADOS

Foram localizados e abordados na pesquisa 313 casos de hanseníase diagnosticados no período do estudo e notificados no Sinan. A população do estudo foi composta por 459 contatos, tendo sido excluídos 2.267 contatos intradomiciliares em virtude da não autorização à abordagem dos contatos intradomiciliares pelos casos referência, de os contatos residirem em outro município ou ainda terem ido a óbito.

Dos 459 (100%) contatos intradomiciliares entrevistados, a média de idade foi de 31,4 anos (desvio padrão de 20,5), 270 (59,1%) eram do sexo feminino e a raça predominante foi a parda, com 268 (58%) pessoas.

Tabela 1 – Caracterização da abordagem de contatos intradomiciliares de casos de hanseníase pela equipe de saúde, na época do diagnóstico do caso referência, Cacoal, Rondônia, Brasil, 2014

Variáveis de abordagem de contatos	n (459)	%
Exame Dermatológico		
Sim, completo (todo o corpo)	175	38,1
Sim, incompleto (parte do corpo)	56	12,2
Sim, não sabe se completo ou incompleto	12	2,6
Não realizado	191	41,6
Ignorado	25	5,5
Exame Neurológico		
Sim, completo (face e membros superior e inferior)	129	28,1
Sim, incompleto (face ou membro superior ou inferior)	31	6,8
Sim, não sabe se completo ou incompleto	17	3,7
Não realizado	252	54,9
Ignorado	30	6,5
Recebeu BCG		
Sim, 1 dose	292	63,6
Sim, 2 doses	23	5,0
Sim, não lembra número de doses	6	1,3
Teve casos de hanseníase, mas não recebeu BCG	101	22,0
Ignorado	37	8,1
Orientação para retornar para nova avaliação		
Sim, retorno se surgirem sinais ou sintomas	110	24,0
Sim, liberado após primeira avaliação	26	5,7
Sim, não sabe/não lembra quando	21	4,5
Sim, agendado retorno para reavaliação	13	2,8
Não	257	56,0
Não sabe/Não quer responder	32	7,0
Recebeu orientação sobre vacina BCG		
Sim	337	73,4
Não	103	22,4
Não sabe/Não quer responder	19	4,2
Orientação para mobilizar outros contatos		
Sim	252	54,9
Não	186	40,5
Ignorado	21	4,6

Nota: BCG - vacina *Bacilo de Calmette-Guérin*.

A tabela 1 refere-se aos procedimentos realizados pela equipe de saúde quanto à abordagem de contatos, durante o período em que o caso de referência esteve em registro ativo.

Dos 459 (100%) contatos entrevistados, 191 (41,6%) referiram não ter realizado o exame dermatológico e 252 (54,9%) não fizeram o exame neurológico. No que se refere à vacina BCG, 321 (69,9%) informaram ter sido vacinados. Quando questionados se receberam orientação para retornar na unidade para nova avaliação, 257 (56,0%) responderam que não receberam essa orientação. Com relação à orientação sobre a indicação e esquema da vacina BCG, 337 (73,4%) responderam que receberam essa orientação, observando-se ainda que 252 (54,9%) relataram que foram orientados para mobilizar outros contatos intradomiciliares para realização da avaliação.

Quando questionados sobre qual o profissional de saúde que realizou o EDN, dos 216 (100%) contatos que responderam essa questão, 139 (64,4%) relataram que foram avaliados pelo enfermeiro, seguido por técnico ou auxiliar de enfermagem 60 (37,8%), profissional médico 8 (3,7%), agente comunitário de saúde 1 (0,5%), cirurgião dentista 1 (0,5%) e auxiliar de consultório dentário 1 (0,5%). Registra-se que 6 contatos não se recordavam do profissional que realizou a avaliação.

Entre os contatos intradomiciliares que realizaram os exames dermatológico e/ou neurológico, 140 (54,7%) afirmaram que o principal fator motivador foi a mobilização familiar e 98 (38,3%) por ter recebido orientação. Entre os que relataram dificuldades, destaca-se a falta de orientação referida por 28 (58,3%) pessoas, seguidas de 7 (14,6%) que referiram incompatibilidade com o tempo de funcionamento do serviço de saúde para realizar essa avaliação, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Motivos que facilitaram ou dificultaram a realização do exame dermatoneurológico de contatos intradomiciliares de casos de hanseníase, Cacoal, Rondônia, Brasil, 2014

Motivo que facilitou a realização do EDN	n (256)	%
Mobilização da família	140	54,7
Foi orientado para isso	98	38,3
Vontade pessoal de realizar	15	5,9
Compatibilidade de tempo com o serviço	2	0,8
Realizada visita domiciliar	1	0,4
Motivo que dificultou a realização do EDN	n (48)	%
Não foi orientado para isso	28	58,3
Incompatibilidade de tempo com o serviço	7	14,6
Não quis realizar	4	8,3
Família não se envolveu	2	4,2
Dificuldade de transporte	2	4,2
Trabalho	1	2,1
Outros	4	8,3

Nota: EDN - exame dermatoneurológico.

DISCUSSÃO

O presente estudo, em área hiperendêmica do estado de Rondônia, revela que, a despeito de indicadores oficiais extensamente favoráveis de cobertura global de exame de contatos intradomiciliares, o processo de avaliação apresenta falhas

operacionais em termos da qualidade dessas ações. Reforça, portanto, a agenda ainda não concluída para controle da hanseníase no Brasil⁽¹⁹⁾, traduzindo-se a perspectiva dos contatos como um elemento significativo⁽⁴⁾.

A elevada perda de contatos intradomiciliares a serem abordados remete em grande parte à questão temporal entre a ação de avaliação e a realização do trabalho de campo. Foram inseridas coortes de casos no município de Cacoal de 2001 a 2012, com avaliação em 2014, o que justifica aspectos relativos à migração e óbitos⁽²³⁾. Ademais, a recusa pelos casos referência de hanseníase pode estar associada ao forte estigma relacionado com a doença^(3-4,19,24). Na população de estudo houve predomínio do sexo feminino, de pessoas com média de idade em faixa produtiva e com a raça parda. Esse perfil permite inferir, de forma preliminar, o menor peso de viés de memória neste estudo. Estudo abordando contatos faltosos no Brasil corrobora os aspectos gerais identificados neste estudo⁽²⁴⁾. Outros estudos reforçam o potencial de seguimento de contatos, a despeito das dificuldades operacionais⁽²⁵⁾.

A estratégia para redução da carga em hanseníase e alcance do controle da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional passa necessariamente pela abordagem qualificada de contatos de casos de hanseníase^(2,4,15,20,25). Torna-se essencial a investigação adequada dos contatos, pois contribui para a interferência decisiva na dinâmica de transmissão da doença⁽²⁰⁾. Ademais, o diagnóstico precoce possibilita um efeito positivo na história natural da doença, em especial nos níveis de prevenção primária e secundária^(2,18,20), reduzindo a chance de instalação de incapacidades e deficiências, que em última análise apresenta forte impacto social, econômico e psicológico⁽³⁾.

O exame dermatoneurológico qualificado é essencial para a detecção da hanseníase, tendo em vista que o diagnóstico dessa doença é eminentemente clínico^(2,8-9,14,25). Entretanto, observou-se neste estudo que a maior parte dos contatos entrevistados relatou não ter sido submetida a essa avaliação completa. É válido enfatizar que para diagnosticar a hanseníase é necessária a realização do exame minucioso da pele em busca de manchas, placas, nódulos, bem como alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil, além de exame minucioso dos troncos nervosos periféricos por meio da palpação, pois a hanseníase pode apresentar-se como alterações na pele e/ou com alteração de tronco nervoso^(2,8,14).

A realização de forma criteriosa desse exame é necessária também para que se faça a indicação correta de uso da vacina BCG, de acordo com o histórico vacinal^(2,8,14). Verificou-se que a principal ação desenvolvida na vigilância de contatos é a vacinação com BCG, sem a realização do exame dermatoneurológico completo. Somente há indicação da vacina BCG quando afastada qualquer suspeita de hanseníase; caso a pessoa apresente sinais e sintomas característicos da doença deve-se seguir com investigação e diagnóstico, e não administrar a BCG^(2,8,14,24-25).

Com relação à vacina BCG observou-se ainda que a maior parte dos contatos foi orientada sobre a sua indicação. Todo contato deve ser orientado sobre o fato de que a vacina BCG não é específica para a hanseníase^(2,8,14). Além disso, deve-se reforçar a questão de que o fato de receber a vacina não

impedirá o desenvolvimento da doença, mas sim reduzirá a chance de desenvolver as formas mais graves⁽²⁰⁾. Esse fato reforça a importância da longitudinalidade do cuidado dos domicílios e famílias com expressão de hanseníase^(2,14).

Nessa última perspectiva, a maior parte dos entrevistados respondeu que não foi orientada a retornar à unidade de saúde para nova avaliação. É válido destacar a relevância de avaliar anualmente os contatos intradomiciliares por um período de 5 anos, levando em consideração o período de incubação da doença, que é de 2 a 7 anos, e que os contatos intradomiciliares possuem importância epidemiológica significativa, sendo considerados com elevado risco e vulnerabilidade comparado à população geral^(2,8,14-15,19-20).

Com a avaliação anual, o profissional tem a oportunidade de diagnosticar precocemente a hanseníase, evitando deformidades ocasionadas pela doença, bem como reduzir a dinâmica de transmissão⁽⁴⁾. A orientação para mobilizar outros contatos para serem avaliados foi verificada com a maior parte dos contatos, o que é importante, pois o envolvimento familiar auxilia na eficácia da vigilância dos contatos. Entretanto, para além dessa ação de vigilância passiva, devem-se fortalecer outras estratégias mais ativas, considerando-se a relevância da ação⁽¹⁴⁾.

No que se refere à atribuição dos profissionais de Atenção Básica/Saúde da Família no controle da hanseníase, dentro das normativas do Ministério da Saúde do Brasil, apenas ao médico e ao enfermeiro compete a realização do exame dermatoneurológico^(2,8,14); neste estudo, porém, foi identificado que, embora a maior parte dos contatos tenham sido avaliados pelo enfermeiro e uma minoria por médicos, outros profissionais considerados não habilitados para exercer essa função também realizaram. É necessário que cada profissional de saúde reconheça e assumo o seu papel na prevenção, vigilância e controle da doença^(2,8,14), podendo a falta de qualidade identificada nesta pesquisa, no exame de contatos, estar diretamente ligada a esse cenário.

Dentre os motivos que facilitaram a realização do exame, o envolvimento familiar e a orientação dispensada aos casos de hanseníase sobre a importância de realizar o exame dermatoneurológico demonstram a importância do envolvimento mais ativo das famílias atingidas pela doença. Por outro lado, corroborando as questões anteriores, a maior parte dos contatos que relatou dificuldades na realização do exame reforçou como principal fator a falta de orientação. Esses dados reiteram a necessidade de realização de ações mais fundamentadas de educação em saúde, principalmente na atenção básica^(2,8,14). Uma das justificativas para esse aspecto pode estar associada à baixa cobertura da ESF no município de Cacoal durante o período considerado neste estudo, inferior a 35% até meados de 2014, com oito ou menos equipes de saúde da família⁽²²⁾. Entretanto, o cenário atual desde meados de 2014 de cobertura populacional das equipes de saúde da família é de aproximadamente 78%⁽²²⁾, com 18 equipes, podendo modificar esse cenário no futuro. Acresce-se a isso, ao grande potencial da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) incorporada na rede de saúde do município, o que pode qualificar as ações por meio do matriciamento junto às ESF.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações relativas, inicialmente, à base de dados secundária de referência com endereços para a identificação de contatos intradomiciliares a partir dos casos de referência (Sinan). Entretanto, a opção por inserir a base do CadSUS, mais atualizada em termos dos endereços, minimizou esses problemas, valorizando a utilização de uma base de dados populacional. Outro aspecto a ser considerado remete aos vieses de memória e de coorte: o estudo integrou pessoas com diagnóstico com um hiato de tempo para a coleta de 2 a 13 anos para a entrevista de seus contatos intradomiciliares. Além do aspecto relativo a migrações e óbitos, a negativa dos casos de referência em autorizar a abordagem de seus contatos intradomiciliares pode estar relacionada a questões relativas a estigma e preconceito ainda presentes, mesmo em áreas historicamente hiperendêmicas como a do estudo.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Reforça-se a importância deste estudo considerando-se sua abordagem pouco usual e as relevantes questões para qualificar a vigilância de contatos de hanseníase no Brasil; ainda, o atual estudo trouxe dados que mostram a fragilidade do serviço no que se refere ao exame dos contatos intradomiciliares de hanseníase. Abrem-se, portanto, novas perspectivas para estudos no tema, para além do cenário do estado de Rondônia.

CONCLUSÃO

O processo de avaliação de contatos intradomiciliares na realidade do município de Cacoal, avaliado por meio da perspectiva do usuário, apresenta falhas operacionais que traduzem claros padrões de insuficiência na qualidade dessas ações, que são

fundamentais para o controle da hanseníase. Observou-se baixa completude na realização da avaliação clínica dermatológica, mas sobretudo a neurológica, que, em conjunto, são essenciais para o diagnóstico da doença, bem como a indicação da vacina BCG sem a consideração da avaliação clínica. Ressalta-se ainda a falta de orientação pelos profissionais de saúde no que se refere à vacina BCG, retorno à unidade de saúde e orientação para mobilizar outros contatos.

Por fim, reitera-se a importância do fortalecimento das ações de vigilância de contatos intradomiciliares, a partir da garantia da cobertura do exame, mas sobretudo da qualidade de execução dessa abordagem, que é essencial para o controle da hanseníase como problema de saúde pública.

FOMENTO

Suporte Financeiro (Financial support): O presente trabalho insere-se como parte do estudo multicêntrico nacional "IntegraHans Norte e Nordeste", que inclui os estados de Rondônia, Tocantins e Bahia, sob coordenação da Universidade Federal do Ceará e financiamento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq), processo número 404505/2012-0 e pela NHR Brasil (Netherlands Hanseniasis Relief – Brasil, filial/escritório de representação da NLR – Netherlands Leprosy Relief).

AGRADECIMENTO

Prefeitura Municipal de Cacoal, Governo do Estado de Rondônia, Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Netherlands Hanseniasis Relief – Brasil (NHR Brasil), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Department of Control Neglected Tropical Diseases. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. WER [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 01];91(35):405-20. Available from: http://www.who.int/lep/resources/who_wer9135/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2008 [cited 2016 Jul 03]. 199 p. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd21.pdf
3. Barbosa JC, Ramos Jr AN, Alencar MJ, Castro CG. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [cited 2016 Jul 13];61(spec):727-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a12v61esp.pdf>
4. Ramos Jr AN, Oliveira MLW, Barbosa JC, Kerr LRS, Alencar CHM, Heukelbach J. Pesquisas em hanseníase: Contextos e agendas. In: Universidade de Brasília-UnB. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: NESPROM [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 13];455-90. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-30692>
5. Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. Glob Health Action [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 03];5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826694>
6. Schreuder PA, Noto S, Richardus JH. Epidemiologic trends of leprosy for the 21st century. Clin Dermatol [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 31];34(1):24-31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001996>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Taxas de detecção

- geral e em menores de 15 anos de hanseníase no Brasil, 1994 a 2015[Internet]. Portal da Saúde. 31 Maio 2016 [cited 2017 Feb 20]. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/Taxas-de-detec-o-geral-e-em-menores-de-15-anos-de-hansen-ase-94-a-2015.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo[Internet]. Brasília, DF. 15 Out. 2010 [cited 2016 Jul 13]; Seção 1, p.55. Available from: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hansenia_2010.pdf
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015[Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2012 [cited 2016 Jul 23]. Available from: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf
 10. Penna ML, Grossi MA, Penna GO. Country profile: leprosy in Brazil. *Lepr Rev*[Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 13];84:308-15. Available from: <http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec13/Lep308-315.pdf>
 11. Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna ML, Aquino R, Rodrigues LC, et al. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. *PLoS Negl Trop Dis*[Internet]. 2014[cited 2016 Jul 23];8(11):e3357. Available from: <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003357>
 12. Rondônia. Agência de Vigilância em Saúde de Rondônia. Boletim epidemiológico de hanseníase - 2014, Estado de Rondônia, Brasil. Governo do Estado de Rondônia: Porto Velho, Rondônia, 2014, 44 p.
 13. Cacoal. Secretaria Municipal de Saúde. Síntese de indicadores epidemiológicos e operacionais Município de Cacoal - 2014, Estado de Rondônia, Brasil. Prefeitura Municipal de Cacoal: Cacoal, 2014, 31 p.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 [cited 2016 Jun 04]. 812 p. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>
 15. Bratschi MW, Steinmann P, Wickenden A, Gillis TP. Current knowledge on *Mycobacterium leprae* transmission: a systematic literature review. *Lepr Rev* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 03];86:142-55. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Peter_Steinmann/publication/281030220_Current_knowledge_on_Mycobacterium_leprae_transmission_A_systematic_literature_review/links/55d1ace908ae502646aa5dc0.pdf
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [cited 2016 Jul 03]; 58 p. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hansenia-4fev16-web.pdf>
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, Brasil 2000-2014[Internet]. Portal da Saúde. 31 Maio 2016 [cited 2017 Feb 28]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/29/S-rie-Hist-rica-Hansen-ase-2000-2014.pdf>
 18. Alencar CH, Barbosa JC, Ramos Jr AN, Alencar MJ, Pontes RJ, Castro CG, Heukelbach J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 23];61(spec):694-700. Available from: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/12890>
 19. Alencar CH, Ramos Jr AN, Barbosa JC, Kerr LR, De Oliveira ML, Heukelbach J. Persisting leprosy transmission despite increased control measures in a endemic cluster in Brazil: the unfinished agenda. *Lepr Rev* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 03];83(4):344-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23614252>
 20. Smith WC, Aerts A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. *Lepr Rev* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 13];85(1):2-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24974438>
 21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, Rondônia-Cacoal [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 03]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=110004>
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família[Internet]. Portal da Saúde. 2015 [cited 2016 Sep 01]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
 23. Murto C, Ariza L, Alencar CH, Chichava OA, Oliveira AR, Kaplan C, Silva LF, Heukelbach J. Migration among individuals with leprosy: a population-based study in central Brazil. *Cad Saude Publica*[Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 13];30(3):487-501. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0487.pdf>
 24. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos falcosos de doentes com hanseníase. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 22];61(spe):682-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a05v61esp.pdf>
 25. Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Magnanini MMF, Oliveira MLW. Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. *An Bras Dermatol*[Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 22];85(3):339-45. Available from: http://www.scielo.org/pdf/abd/v85n3/en_a07v85n3.pdf