

Luana Laís Femina¹
Susilene Maria Tonelli Nardi²
Priscila Donda³
André Willian Lozano⁴
Heloisa da Silveira Paro Pedro²
Vânia Del'Arco Paschoal¹

Home contacts: information available in medical records and acquired through interviews with case leprosy indices

| Contatos domiciliares: informações encontradas nos prontuários e nas entrevistas com caso índice de hanseníase

ABSTRACT | Introduction:

The surveillance of leprosy contacts is essential to eliminate leprosy; therefore, it must be intensified.

Objectives: *Characterizing individuals who had leprosy and their household contacts; comparing the number of contacts registered in medical records to the current number of contacts.*

Methods: *Cross-sectional descriptive study carried out in two counties in Northwestern São Paulo State. A specific instrument was used for data collection, namely: information in medical records and collected during interviews conducted with patients assisted between 2001 and 2013. These data were registered in the Brazilian Information System of Notifiable Diseases (SINAN). Individuals were invited to participate in interviews conducted through three phone calls or home visits. Results: Of the 103 cases reported in the period, 57 (55.3%) were interviewed - of them, 24.5% reported to have lived with a former leprosy patient: father, sons or brothers, mostly. In total, 56.7% of the household contacts identified in the medical records had dermatologic evaluations, 49.3% took the BCG-ID vaccine and seven (4.7%) became ill. Most of the treated leprosy patients lived with low income and had little schooling - mean number of household contacts per patient was 2.6 family members. The number of household contacts was different from that recorded in the medical records of 43.9% of the interviewed index cases - 24.6% of them had more household contacts.*

Conclusion: *Information available in medical records and that recorded through the interviews did not match. Contacts that are not evaluated by the healthcare service have higher risk of becoming ill. Deepening the commitment of health professionals with the fight against leprosy means contributing to eliminate this disease in Brazil.*

Keywords | *Leprosy; Epidemiological surveillance; Preventive health services.*

RESUMO | Introdução: A vigilância de contatos de hanseníase é um pilar para a eliminação da doença e precisa ser intensificada. **Objetivos:** Caracterizar as pessoas que tiveram hanseníase e seus contatos domiciliares, confrontando o número de contatos registrados nos prontuários com a quantidade real de contatos existentes. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, realizado em dois municípios do noroeste paulista, que coletou, por meio de um instrumento próprio, informações de prontuários e entrevistas de pacientes registrados no SINAN, tratados nos anos de 2001 a 2013. Os indivíduos foram convidados para entrevista por até três ligações telefônicas ou visitas domiciliares. **Resultados:** Dos 103 casos notificados no período, 57 (55,3%) foram entrevistados e, destes, 24,5% relataram ter morado com indivíduo acometido por hanseníase, sendo o pai, o filho e o irmão os mais frequentes. Dos contatos domiciliares identificados nos prontuários analisados, 56,7% passaram por avaliação dermatológica, 49,3% tomaram a vacina BCG-ID e sete (4,7%) adoeceram. A maioria dos pacientes com hanseníase tratados possuía baixa renda e escolaridade, e a média de contatos domiciliares por paciente foi de 2,6 familiares. Dos casos índices entrevistados, em 43,9%, a quantidade de contatos domiciliares era diferente da registrada nos prontuários, sendo que 24,6% tinham mais contatos domiciliares. **Conclusão:** Há discordância entre as informações contidas nos prontuários e as obtidas por meio da entrevista. Os contatos não avaliados pelo serviço de saúde evidenciam maior risco de adoecimento. Ampliar o envolvimento dos profissionais de saúde com a hanseníase contribuirá para a eliminação da doença no país.

Palavras-chave | Hanseníase; Vigilância epidemiológica; Serviços preventivos de saúde.

¹Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

²Instituto Adolfo Lutz. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

³União das Faculdades dos Grandes Lagos. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

⁴Universidade Brasil. Fernandópolis/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A hanseníase é uma doença crônica contagiosa, e o Brasil continua como o segundo país mais afetado no mundo, com 26.875 casos detectados em 2017¹. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda intensificar a busca ativa de casos, em especial, por meio do exame dermatoneurológico de todos os contatos domiciliares do caso² para melhorar o diagnóstico precoce da doença. Contatos domiciliares devem ser examinados, independentemente do tempo de convívio³.

O controle dos contatos intradomiciliares é considerado um dos pilares para o controle da doença⁴, sendo obrigatório, inclusive, no preenchimento da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrar o número de contatos que residem com o paciente na ocasião do diagnóstico e os que residiram⁵.

Esses contatos devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e, se diagnosticados com a doença, devem receber tratamento específico precoce. Os que não possuem o diagnóstico devem receber uma dose de vacina BCG-ID e informações quanto ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase³.

A vacina Bacille Calmette-Guerin (BCG) tem sido amplamente utilizada em países endêmicos para a proteção contra a hanseníase. A primeira dose de BCG fornece 14% a 80% de proteção contra a doença, enquanto a segunda dose fornece proteção entre 0 e 50%⁶.

De acordo com os parâmetros estabelecidos na Diretriz para vigilância, atenção e controle da hanseníase, entre 2012 e 2016, 77% dos contatos foram examinados no Brasil, o que está dentro dos limites esperados (75% a 89,9%). Sete por cento desses contatos intradomiciliares foram diagnosticados com hanseníase⁷. Entre os anos de 2001 e 2008, houve uma variação entre 43,9% e 68% dos contatos intradomiciliares examinados³. A vigilância dos contatos domiciliares é importante como elo da cadeia epidemiológica da doença⁸.

Para que a cadeia de transmissão seja interrompida, é necessário o diagnóstico precoce e gratuito, a cura dos que adoecem, o estabelecimento de um fluxo de atendimento organizado e eficaz, a capacitação de profissionais, a prevenção das deformidades físicas, a eliminação do preconceito e, especialmente, a avaliação e a vacinação dos contatos intradomiciliares³.

Para o eficiente controle dos contatos intradomiciliares, estes devem ser conhecidos e reconhecidos pelos serviços de saúde para que as ações pertinentes sejam iniciadas. Sabemos que há dificuldades, principalmente quando os programas de controle estão centralizados em um único serviço no município e longe do acesso da população. Nesses casos, comumente ocorre a ausência de visitas domiciliares, a falta de aplicação de vacina nos contatos e o distanciamento entre os profissionais e a população-alvo (portadores, ex-portadores, família e comunidade). Diante disso, este trabalho se presta a sugerir uma metodologia que pode colaborar na identificação dos casos e contatos intradomiciliares, aprimorando os registros e a busca ativa dos casos.

O objetivo do estudo foi caracterizar as pessoas que foram tratadas por hanseníase e verificar se os seus contatos domiciliares foram examinados, se foram vacinados, se adoeceram e qual foi o grau de parentesco com o caso-índice, além de confrontar o número de contatos registrados nos prontuários com a quantidade real de contatos existentes na área estudada.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (Parecer: 386.555). Os pacientes que aceitaram participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A população de referência foram todos os pacientes que tiveram hanseníase entre os anos de 2001 e 2013 em duas cidades do interior paulista, Jaci e Mirassol, e que foram atendidos no programa de hanseníase.

Inicialmente, no ano de 2013, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), levantou-se o número de 103 pacientes, sendo esses os casos-índices.

Do SINAN, foram coletados os dados de número de contatos intradomiciliares, parentesco e avaliação. Depois disso, foram coletados os dados de prontuários referentes a uma ficha de avaliação de enfermagem de acompanhamento dos contatos intradomiciliares relatados.

Em 2014, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa por até três ligações telefônicas. Quando não foi possível obter resposta, foram realizadas até três visitas domiciliares para encontrá-los.

As informações detalhadas sobre os contatos domiciliares foram obtidas por meio de entrevista com o caso-índice.

Utilizou-se instrumento próprio para coleta de dados no prontuário, com variáveis clínico-epidemiológicas que incluíam: se o contato intradomiciliar passou por avaliação dermatoneurológica e, se sim, quantas vezes foi avaliado; qual o grau de parentesco com o caso-índice; se o contato recebeu a dose de BCG e, se sim, quantas; quantas pessoas moram no mesmo domicílio; se já havia morado com alguém que tinha a doença; se os profissionais de saúde explicaram devidamente a importância da avaliação das pessoas que moram com o indivíduo acometido.

Para entrevistas com os pacientes, também foi utilizado um impresso próprio, sendo composto por dados referentes aos contatos domiciliares, como: número, situação vacinal, avaliação dermatoneurológica, parentesco com o caso-índice e tratamento.

Foram incluídos pacientes com registro no SINAN referente a caso novo, em qualquer faixa etária, com ou sem contatos intradomiciliares descritos, sendo excluídos os indivíduos que mudaram de município, os que evoluíram para óbito e os que não foram localizados (endereços/ telefones incorretos, mudança de domicílio e domicílio desconhecido, entre outros motivos).

Foram considerados contatos domiciliares, os indivíduos que residissem ou tivessem residido com o paciente. Contatos familiares recentes ou antigos de pacientes multibacilares (MB) e paucibacilares (PB) deveriam ter sido examinados, independentemente do tempo de convívio³.

Realizou-se uma descrição dos achados por meio de frequências (absolutas e relativas) e médias.

RESULTADOS |

Dentre os 103 casos de hanseníase notificados no período, encontraram-se, registrados nos prontuários, 270 contatos domiciliares, com uma média de 2,6 contatos por caso-índice variando de nenhum residente para no máximo seis. Do total de casos (n=103), foi possível entrevistar 55,3% (n=57).

Os motivos dessa exclusão foram: 27 pacientes não foram localizados (endereço e telefone disponíveis incorretos,

mudança de cidade, detenção); seis evoluíram para óbito; um paciente, apesar de notificado no SINAN, não possuía relato da doença no seu prontuário; seis se recusaram a participar da pesquisa; e seis foram excluídos por inconsistência dos dados apresentados nos prontuários.

Dos 57 casos-índices entrevistados, pela análise dos prontuários, verificou-se a existência de 140 contatos domiciliares, sendo a média de 2,5 por indivíduo tratado por hanseníase. Porém, ao realizar-se a entrevista com os casos-índices, identificaram-se 150 contatos domiciliares, ou seja, 10 pessoas a mais que as registradas no prontuário, passando a média a ser de 2,6 contatos domiciliares.

Dos entrevistados (n=57), 29 compareceram à Unidade Básica de Saúde, e 28 foram entrevistados por meio de visita domiciliar. Do total, 49,1% (n=28) foram tratados como paucibacilares, e 50,9% (n=29) como multibacilares.

As características sociodemográficas e clínicas dos casos (n=57) estão apresentadas na Tabela 1.

Para cada entrevistado, foi questionado se havia convivido com alguém que teve a doença antes dele. Dez (17,5%) informaram que moraram com um indivíduo acometido e quatro (7,0%) tinham tido contato com algum indivíduo de forma extradomiciliar (Tabela 2).

Dos casos entrevistados (n=57), constatou-se que 25 (43,9%) relataram quantidade de contatos domiciliares diferentemente do que havia sido registrado no prontuário, sendo que 14 tinham mais contatos domiciliares do que os registrados no prontuário, cinco possuíam menos contatos relatados na entrevista, dois o mesmo número, porém contatos diferentes, e em quatro prontuários havia registro de ausência de contatos intradomiciliares, mas, na entrevista, foi relatado existirem.

Dos 57 pacientes entrevistados, 52 (91,2%) relataram ter contatos domiciliares e, destes, 39 (75%) afirmaram que todos eles passaram por avaliação dermatoneurológica.

Segundo as anotações do prontuário, dos 150 contatos domiciliares dos casos-índice, para 56 (37,3%) não havia informação sobre o grau de parentesco. Para aqueles em que havia tal informação, filho foi o parentesco mais frequente, correspondendo a 41 (27,3%), sendo a menor frequência de pai e tio (1,3%) (Tabela 3).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos indivíduos que tiveram hanseníase nos municípios de Jaci e Mirassol, no período de 2001 a 2013

CARATERÍSTICAS	n=57	%
Gênero		
Masculino	27	47,4
Feminino	30	52,6
Formação escolar		
Analfabeto	7	12,3
Ensino fundamental incompleto	35	61,4
Ensino fundamental completo	5	8,8
Ensino médio incompleto	1	1,7
Ensino médio completo	7	12,3
Ensino superior incompleto	2	3,5
Estado Matrimonial		
Nunca foi casado	3	5,3
Atualmente casado	31	54,4
Divorciado	6	10,5
Viúvo	10	17,5
Coabitação	7	12,3
Ocupação		
Emprego assalariado	18	31,6
Autônomo	11	19,3
Prendas domésticas	5	8,7
Aposentado	18	31,6
Desempregado (outra razão)	1	1,8
Outros	4	7,0
Renda Pessoal – Salário Mínimo		
Até um	29	50,9
De um a três	22	38,6
De três a 10	5	8,7
Não respondido	1	1,8
Renda Familiar – Salário Mínimo		
Até um	13	22,8
De um a três	32	56,1
De três a 10	11	19,3
Não respondido	1	1,8

Tabela 2 - Grau de parentesco do caso-índice entrevistado (n=57) com os contatos domiciliares que tiveram hanseníase no passado. Municípios de Jaci e Mirassol, período de 2001 a 2013

Conviveu com alguém que fez tratamento de hanseníase	n=57	%
Sim	14	24,5
Não	43	75,5
Grau de Parentesco do caso-índice com outro indivíduo acometido		
n=14		
Pai	3	21,5
Filho	2	14,4
Irmão (ã)	2	14,4
Esposo (a)	1	7,1
Esposo (a) e Irmão (ã)	1	7,1
Esposo (a) e Pai	1	7,1
Irmão (ã) e Sobrinho (a)	1	7,1
Mãe	1	7,1
Cunhado (a)	1	7,1
Vizinho (a)	1	7,1

Tabela 3 - Grau de parentesco dos contatos domiciliares com os casos-índices, segundo prontuário dos entrevistados. Municípios de Jaci e Mirassol, período de 2001 a 2013

Grau de parentesco dos contatos domiciliares com os casos-índices segundo anotação de prontuário	N=150	%
Sem relato do tipo de parentesco	56	37,4
Filho	41	27,3
Esposo	22	14,7
Neto (a)	12	8,0
Genro/ Nora	5	3,3
Irmão (ã)	4	2,7
Enteado (a)	3	2,0
Sogro (a)	3	2,0
Pai	2	1,3
Tio (a)	2	1,3

Pelas anotações dos prontuários, não foi possível verificar se havia indicação para uma ou duas doses da vacina BCG-ID aplicadas nos contatos domiciliares.

Na Tabela 4, apresenta-se a situação da avaliação dermatoneurológica e vacinal dos contatos domiciliares, segundo informação dos casos índices entrevistados.

Tabela 4 - Situação da avaliação dermatoneurológica e vacinal dos contatos domiciliares dos casos índices entrevistados (N=150). Municípios de Jaci e Mirassol, período de 2001 a 2013

Passaram por avaliação dermatoneurológica	N=150	%
Sim	85	56,7
Não	63	42,0
Sem relato em prontuário	2	1,3
Quantidade de avaliação(ões) dermatoneurológica(s)		
1	43	28,6
2	32	21,3
3	10	6,7
Sem avaliação	65	43,3
Situação vacinal (BCG-ID)		
Sim	74	49,3
Não	76	50,7
Quantidade de dose BCG-ID		
1	30	20
2	35	23,3
Sem relato no prontuário	9	6
Não tomou BCG-ID	76	50,7

Dos 150 contatos domiciliares registrados na entrevista, 70 (46,7%) eram contatos dos casos-índice que foram tratados como paucibacilares, e 80 (53,3%) eram contatos dos casos tratados como multibacilares. Do total de contatos intradomiciliares identificados, sete (4,7%) adoeceram.

Tabela 5 - Contatos domiciliares que adoeceram e seu grau de parentesco com o caso-índice de hanseníase. Municípios de Jaci e Mirassol, período de 2001 a 2013

Contatos domiciliares que adoeceram e grau de parentesco	N=7	%
Filho(a)	3	42,8
Neto (a)	2	28,6
Genro	1	14,3
Mãe	1	14,3

DISCUSSÃO |

A maioria dos indivíduos entrevistados possuía ensino fundamental incompleto e baixa renda pessoal e familiar. Estudo anterior comprova a relação entre o número de anos estudados e a rentabilidade^{3,7,8}, ou seja, quanto menor o número de anos estudados, menor a renda. Assim como em outras doenças transmissíveis, fatores como nível educacional, qualidade na alimentação e condições precárias de moradia podem desencadear problemas de saúde.

A média de contatos domiciliares por residência, neste estudo, foi menor do que o encontrado em um estudo realizado em 2015, com média de 5,3 contatos⁹, sendo semelhante àquela de estudo realizado no Pará, com 2,5 por domicílio¹⁰. Em cinco residências, não foi localizado qualquer contato e, nas demais, até seis pessoas. Houve adoecimento de 4,7% dos contatos, abaixo do registrado no Brasil entre 2012 e 2016, um percentual de 7%. Porém, esse fato evidencia a importância da vigilância que os profissionais devem exercer em relação aos contatos domiciliares.

Neste estudo, o número de contatos domiciliares registrados no prontuário foi diferente do relatado pelos casos-índice entrevistados. Esse fato corrobora a literatura, a qual revela que, apesar dos avanços no controle da doença, há de se garantir a melhoria nos serviços, em especial na vigilância dos contatos, haja vista que os registros ainda carecem de aprimoramento e melhoria da qualidade^{10,11}. A visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde ou profissionais de saúde e o cuidado no registro dos prontuários, nesses casos, poderiam eliminar ou minimizar a incoerência dos achados.

A literatura evidencia a necessidade de busca ativa das pessoas que conviveram com o caso-índice nos últimos 20 (vinte) anos⁹. Essa ação parece ser possível, mas é difícil de ser realizada, haja vista que nem sempre a possível fonte de infecção encontra-se na mesma residência do caso-índice.

Esses contatos devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e, se diagnosticados com a doença, devem receber tratamento específico precoce. Os que não forem diagnosticados devem receber uma dose de vacina BCG-ID (Bacilo Calmette-Guérin) e orientação para procurar o serviço de saúde caso ocorra o aparecimento de sinais e sintomas de hanseníase³. Os contatos domiciliares

devem ser acompanhados pelos serviços de saúde até cinco anos após o diagnóstico do caso-índice.

A hanseníase, apesar de ter cura por meio do tratamento poliquimioterápico, precisa de outros recursos e ações para sua eliminação. Devido à complexidade da doença, mesmo com a implantação do tratamento, a detecção, por si só, não diminuiu a intensidade da endemia. A diretriz da OMS propõe, como estratégia, promover a detecção precoce de casos com busca ativa em áreas de maior endemicidade e manejo dos contatos, além de assegurar o início imediato e a adesão ao tratamento¹².

Há necessidade de vigilância contínua que inclui diferentes variáveis, como a vacinação BCG, embora esta não seja uma vacina específica e não garantida, por si só, prevenção contra a hanseníase¹³. Os nossos resultados mostraram que, de acordo com os registros de prontuário, um pouco mais da metade dos contatos passaram por avaliação dermatoneurológica e, em menos da metade, a BCG foi administrada. Esse fato revela uma fragilidade no controle dos contatos e a possibilidade de existirem casos sem diagnóstico. Há também a necessidade de estudos para melhorar as ferramentas de diagnóstico, por exemplo, novos marcadores¹⁴ ou novas tecnologias.

Apesar de não existir nenhuma vacina contra hanseníase com altos níveis de proteção, a BCG-ID oferece proteção variável. Estudos experimentais atribuem à BCG proteção de 26% e estudos observacionais, 61%¹⁵. No Brasil, um estudo revelou que a proteção conferida pela vacina BCG de reforço foi de 56%¹⁶.

O indivíduo que é contato domiciliar tem oito vezes mais chances de adoecer do que quem não convive com o acometido por hanseníase. Por isso, a recomendação é que os contatos domiciliares devem receber uma dose de BCG e passar por exame dermatoneurológico por cinco anos consecutivos². Duas cicatrizes de BCG-ID associam-se a quase três vezes mais proteção contra hanseníase e contra as formas multibacilares da doença¹⁷.

Neste estudo, a frequência de adoecimento pelo convívio familiar foi maior em filhos e netos. A literatura afirma que há maior frequência de adoecimento entre os filhos, os cônjuges¹⁷ e os contatos sociais¹⁸.

Para o controle da doença em regiões endêmicas, com alta densidade populacional ou onde há maior prevalência de multibacilares, com alto índice de incapacidades físicas, também é necessário avaliar contatos extradomiciliares. Estudos trazem evidências sobre essa possibilidade de transmissão^{19,20}.

Quanto à avaliação dos contatos, um estudo²¹ mostra que há várias justificativas para a não avaliação, dentre elas, incompatibilidade com o horário de funcionamento dos serviços de atenção primária. Os motivos citados para a não avaliação em nosso estudo foram: recusa, mudança de município, mudança de residência, não encontrado na residência, transferido de município e falecimento.

Os estudos epidemiológicos estão sujeitos a erros que podem interferir nos resultados. Neste estudo, deve-se considerar que, apesar de fidedigna, a coleta dos dados e a entrevista podem ter sofrido viés de informação. A hanseníase é uma doença cercada de preconceitos. Desta forma, informações sobre a quantidade de pessoas residentes no domicílio podem ter sido ocultadas pelas pessoas que foram tratadas pela doença, no momento da coleta dos dados no prontuário ou durante a entrevista.

É necessário enfatizar a busca ativa de pacientes faltosos ao programa de hanseníase e de contatos domiciliares para resgate da demanda que não foi atingida pelo acompanhamento na unidade de saúde²².

No presente estudo, não havia dados no prontuário do paciente sobre o acompanhamento dos contatos, tais como a avaliação dermatoneurológica e as doses de vacinação BCG-ID. Esse fato denota uma falta grave no acompanhamento de contatos e na vigilância de controle da hanseníase. Ademais, os pesquisadores encontraram dificuldade na coleta de dados dos prontuários, pois não havia organização cronológica, e as anotações dos profissionais de saúde eram escassas, incompletas e, por vezes, incompreensíveis ou inexistentes.

O acompanhamento dos contatos domiciliares pelo serviço de saúde reflete a ação que necessita de maiores investimentos e atenção. Deve-se ampliar o conhecimento e o envolvimento dos profissionais de saúde com a hanseníase, a fim de contribuir para a sua eliminação do país²³, além de estimular a formação dos profissionais²⁴.

CONCLUSÃO |

A maioria dos pacientes de hanseníase tratados possuía baixa renda e escolaridade, com média de 2,6 familiares em situação de contato domiciliar.

Dos casos entrevistados, 43,9% relataram quantidade de contatos domiciliares diferente do que havia sido registrado no prontuário, e 24,6% tinham mais contatos do que os registrados no prontuário.

Dos contatos domiciliares identificados nos prontuários analisados, 56,7% passaram por avaliação dermatológica e menos da metade (49,3%) recebeu a vacina BCG-ID. Dentre todos, 4,7% adoeceram.

De acordo com as anotações no prontuário, o filho é o contato domiciliar mais registrado, embora as anotações referentes ao seu grau de parentesco com o caso-índice estivessem incompletas.

Dentre os pacientes tratados no período do estudo e entrevistados, 24,5% relataram ter morado com outro indivíduo acometido pela doença, sendo o pai, o filho e o irmão os mais frequentes.

O adoecimento dos contatos intradomiciliares é conhecido na literatura, contudo o grau de parentesco é pouco explorado. A obtenção do registro fiel e preciso dos contatos domiciliares é um desafio para os gestores. Este estudo pretende alertar os profissionais de saúde sobre a importância de tal registro e do controle adequado desses contatos.

REFERÊNCIAS |

1. World Health Organization. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *WER*. 2018; 35(93):445-56.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
4. Pinto Neto JM, Villa TCS, Oliveira MHP, Barbeira CBS. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. *Hansen Int*. 2000; 25(2):163-76
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para controle de hanseníase. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002
6. van Brakel W, Cross H, Declercq E, Deepak S, Lockwood D, Saunderson P, et al. Review of leprosy research evidence (2002-2009) and implications for current policy and practice. *Lepr Rev*. 2010; 81(3):228-75.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. *Boletim epidemiológico*. 2018; 49(4):1-10.
8. Cunha MHC, Silvestre MPSA, Silva AR, Rosário DDS, Xavier MB. Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase utilizando variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2017; 8(2):23-30.
9. Araujo TM, Sonsini MI, Scarpelli Filho AS; Fonte primária na cadeia de transmissão da hanseníase: história progressiva e visita domiciliar. *Hansen Int*. 2015; 40(Supl. 1):25.
10. Lobato DC, Neves DCO, Xavier MB. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2016; 7(1):45-53
11. Paschoal VD, Soubhia RMC, Cordeiro RM, Cury MRCO, Kubotta RMM, Rossit ARB, et al. Perfil epidemiológico dos comunicantes de hanseníase: uma década. *Hansen Int*. 2007; 32(nº esp).
12. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem hanseníase. Genebra: OMS; 2016.
13. Legendre DP, Muzny CA, Swiatlo E. Hansen's disease (leprosy): current and future pharmacotherapy and treatment of disease-related immunologic reactions. *Pharmacotherapy*. 2012; 32(1):27-37.
14. Hungria EMH. Hanseníase: pesquisa de marcadores para diagnóstico e prognóstico. Goiânia. Tese. [Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública] - Universidade Federal de Goiás; 2016.

15. Setia MS, Steinmaus C, Ho CS, Rutherford GW. The role of BCG in prevention of leprosy: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6(3):162-70.

16. Carvalho FM, Rodrigues LS, Duppre NC, Alvim IMP, Alves MR, Pinheiro RO, et al. 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):1-16.

17. Gomes RR, Souza DOB, Antunes DE, Nicchio MVC, Goulart IMB. Associação entre BCG-ID e adoecimento de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência nacional no período de 1998 a 2014. *Hansen Int.* 2015; 40(Suppl1):23.

18. Souza EA, Boigny RN, Melo TP, Ferreira AF, Oliveira JS, Silva KN. Recorrência de casos de hanseníase entre contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e sociais no município de Vitória da Conquista, sudoeste da Bahia. *Hansen Int.* 2015; 40(Suppl1):32.

19. Lopes VAS, Rangel EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde Debate.* 2014; 38(103):817-29.

20. Lima LNGC, Frota CC, Mota RMS, Almeida RLF, Pontes MAA, Gonçalves HS, et al. Widespread nasal carriage of *Mycobacterium leprae* among a healthy population in a hyperendemic region of northeastern Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2015; 110(7):898-905.

21. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(esp):682-8.

22. Souza GS, Silva RLF, Xavier MB. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde Debate.* 2017; 41(112):230-42.

23. Gomes MP, Pinto MH, Nardi SMT, Paschoal VDA. Hanseníase: a visão do profissional da saúde no discurso do sujeito coletivo. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2014; 16(1):41-8.

24. Paschoal VDA. A formação profissional e a hanseníase. *Hansen Int.* 2015; 40(2):1.

Correspondência para/Reprint request to:

Luana Laís Femina

Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, Avenida Eliezer Magalhães, 2440, apto. 31D, Mirassol/SP, Brasil

CEP: 15135-002

E-mail: femina.luana@gmail.com

Recebido em: 10/02/2019

Aceito em: 08/05/2019