

ANÁLISE DO CONTROLE DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO DE 1991 A 2012

José Martins Pinto Neto¹
Haroldo Teófilo de Carvalho²
Leonardo Elias Silveira da Cunha³
Alex Jones Flores Cassenote⁴
André Wilian Lozano⁵
Ana Paula de Sousa Martins⁶

Analysis of control household contacts of people affected by leprosy in brazil and the state of São Paulo de 1991 a 2012

RESUMO

A hanseníase constitui um relevante problema de Saúde Pública no Brasil, e o controle dos comunicantes é fundamental para o controle da endemia e o alcance das metas de eliminação. Objetivo: Descrever e analisar a evolução das medidas de controle dos comunicantes intradomiciliares das pessoas atingidas pela hanseníase e seu impacto prático no Brasil e no estado de São Paulo, entre 1991 a 2012. Métodos: Trata-se de revisão narrativa, realizada em teses, portarias, manuais, dissertações, artigos de periódicos e boletins informativos, disponíveis em Bases de Dados on-line, de relevância no meio científico, filtrando apenas publicações entre 1991 a 2012. Os dados foram inicialmente catalogados e, posteriormente aplicadas técnicas de leituras/fichamento com a formação de um banco de dados. Resultados e Discussão: Todas as normatizações aqui citadas, com relação à vigilância dos contatos que foram sendo expedidas e revogadas a partir de 1991, não causaram impacto significativo no controle dos comunicantes. O controle não foi incrementado e/ou priorizado pelos órgãos oficiais e unidades de saúde, contribuindo

Neto JMP, Carvalho HT, Cunha LES, Cassenote AJF, Lozano AW, Martins APS. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo de 1991 a 2012. *Hansen Int.* 2013; 38 (1-2): p. 68-78.

para que dezenas de comunicantes intradomiciliares continuem alimentando o "iceberg" da endemia. Conclusão: Defendemos a ampliação do conceito de comunicante para além dos contatos intradomiciliares. As intervenções devem ser constantes e mantidas, para que se assegure a redução da ocorrência dos casos, que não serão alcançadas caso as atividades de eliminação fiquem restritas apenas ao diagnóstico e tratamento dos casos novos, deixando para segundo plano a vigilância epidemiológica, o exame rotineiro dos comunicantes, a vacinação, o tratamento, a educação do paciente, da família e da comunidade..

Submetido em 14/10/2014

Aprovado em 04/11/2014

- 1 Doutor. Professor Titular e Supervisor do Módulo de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UNICASTELO de Fernandópolis e Docente das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FEF.
- 2 Médico Residente do Serviço de Pediatria da Santa Casa de Fernandópolis.
- 3 Mestrando do Curso de Promoção em Saúde da Universidade de Franca - UNIFRAN.
- 4 Mestre. Coordenador do Centro de Dados do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e da base de dados da Coorte Brasil de HIV/AIDS.
- 5 Enfermeiro do Serviço de Gestão e Qualidade do Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto.
- 6 Farmacêutica e Nutricionista. Especialista em Nutrição Funcional.

Palavras-chave: Controle; Hanseníase; Contaminação

ABSTRACT

Leprosy is still a significant public health problem in Brazil, and the control of household contacts is primordial to control this endemic and achieve the elimination goal. Objective: To describe and analyze the evolution of the control measures of household contacts of people affected by leprosy and its practical impact in Brazil and in the state of São Paulo, from 1991 to 2012. Methods: This was a narrative review, held in thesis, ordinances, manuals, dissertations, journal articles and newsletters, available in online databases, of relevance in scientific circles, filtering out only publications from 1991 to 2012. The data were first cataloged and subsequently it was applied reading techniques, forming a database. Results and Discussion: All standardizations cited here, related to the surveillance of contacts that have been issued and revoked since 1991, did not have significant impact on the evaluation of the contacts. The control was not incremented and/or prioritized by official agencies and health units, contributing to dozens of household contacts continue feeding the problem of endemics. Conclusion: We support the expansion of the concept of communicating beyond the household contacts. Interventions should be constant and maintained to ensure the reduction of cases that will not be achieved if elimination activities remain restricted only to the diagnosis and treatment of new cases, leaving behind the epidemiological surveillance, routine examination of communicating, vaccination, treatment, patient education, family and community.

Keywords: Control; Leprosy; Contamination.

INTRODUÇÃO

Após 25 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos 23 anos da implantação oficial da Poliquimioterapia no Brasil a hanseníase ainda se constitui em um relevante problema de Saúde Pública no Brasil, pois ele não conseguiu cumprir o compromisso firmado com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991 e nem em 2005 de eliminá-la como problema de Saúde Pública até o ano 2010, ou seja, alcançar a meta e reduzir a prevalência para menos de 1 caso/10 mil habitantes em todos municípios do país¹.

Diante de todo espectro de possibilidades de estudo sobre a hanseníase, escolhemos como objeto

de estudo a problemática do controle dos contatos (também denominados de comunicantes ou contactantes), que constituem um importante elo da cadeia epidemiológica da doença, mas que não tem sido dada a devida importância, pois não há um monitoramento de forma sistemática pelos serviços de saúde, mesmo sabendo, como afirmam Carrasco e Pedrazzani², “que todo portador de hanseníase foi primeiramente um comunicante”.

Na rede dos serviços de saúde pública do país que desenvolvem as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, o controle dos comunicantes tem sido pouco valorizado e até mesmo negligenciado; pois privilegia o espaço para o controle da doença e do doente, reelegendo a um plano secundário as ações de controle dos comunicantes^{2,4}.

Pinto Neto⁵, coloca que, de forma geral, o controle dos comunicantes de hanseníase recebeu pouca atenção no processo histórico do controle desta doença no Brasil, nos diferentes modelos de atenção à saúde, apesar dos grandes avanços terapêuticos advindos, primeiramente, do uso do Óleo de Chaulmoogra até a década de 40, depois do uso das Sulfonas como principal droga anti hanseníase até o início da década de 90 e, por último, do estabelecimento do esquema Poliquimioterápico.

Tratando-se uma doença de notificação compulsória para todo o território nacional, conforme a Portaria nº. 5 de 21 de fevereiro de 2006, todo caso suspeito deve ser examinado, e, uma vez confirmado o diagnóstico deve-se proceder à notificação do caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SISVAN) e a investigação epidemiológica além da adoção das medidas de controle de acordo com a normatização do Ministério da Saúde e/ou da Secretaria de Estado da Saúde de cada estado⁵.

A investigação epidemiológica, segundo Ura e Oromolla⁶, deve incluir o exame das pessoas que convivem ou conviveram no domicílio ou fora dele com o doente de hanseníase, qualquer que fosse a sua forma clínica, com o objetivo de descobrir a fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos da mesma fonte.

A definição do tipo de contato é geralmente pouco clara, buscando-se muitas vezes qualificações como contato íntimo e prolongado; mas o tempo de duração e o grau de intimidade do contato capazes de propiciar a transmissão de infecção e a ocorrência da doença ainda dependerão da susceptibilidade do contactante⁷.

A clássica afirmativa da necessidade de um contato íntimo e prolongado parece ser parcialmente verdadeiro quando existem fatores socioeconômicos

desfavoráveis e os relacionados ao ambiente social, pois, de acordo com Lombardi e Ferreira⁸, não há mais dúvidas de que haja um fator de risco para a hanseníase relacionado à pobreza, e que, geralmente, os doentes são adultos jovens oriundos das classes sociais mais pobres da população e que referem a existência de um outro caso de hanseníase na família.

Lombardi e Gil Suarez⁹, afirmam que o risco maior de contrair a doença, em ordem decrescente, está entre os “contatos familiares de doentes de formas multibacilares; contatos extradomiciliares de doentes de formas multibacilares e contatos de doentes de formas paucibacilares”.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS¹⁰, o risco de os contatos adquirem a doença segue a seguinte ordem: primeiramente os contatos intradomiciliares de primeira ordem ou, conviventes atuais, ou seja, as pessoas que vivem com um doente de hanseníase antes que esse inicie o tratamento; em seguida, os contatos intradomiciliares de segunda ordem ou conviventes antigos, ou seja, as pessoas com quem o doente viveu ou viveram com ele nos últimos cinco anos antes de iniciar o tratamento e os contatos extradomiciliares ou não conviventes, ou seja, aquelas pessoas que, sem conviver com o doente, mantêm relação estreita com ele nos cinco anos anteriores ao início do tratamento.

Outros estudos demonstram que os contatos intradomiciliares dos doentes paucibacilares estão duas vezes mais propensos a adquirir a doença do que aqueles que não possuem contato conhecido no domicílio e que os contatos de doentes multibacilares correm um risco quatro a dez vezes maior de adquirir a doença¹¹.

Um outro fator relevante para justificar a importância do controle dos comunicantes é a situação atual da endemia hanseníase no Brasil, o qual ocupa a segunda incômoda posição em números absolutos de detecção de casos só perdendo para a Índia e está classificado como o primeiro em números de casos das Américas. Em média, nos últimos sete anos, foram detectados 37.511 casos novos, sendo que em 2008 detectou-se 39.047 casos novos ficando somente atrás da Índia com 134.184 casos detectados¹².

O país apresenta uma distribuição desigual da hanseníase entre as cinco macro regiões, entre os estados e seus 5.564 municípios. Em relação ao indicador mais recomendado atualmente para monitorar a endemia que é o coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase ainda existem municípios classificados como hiperendêmicos (>40,00/100.000 hab.), muito alto (20,00 a 39,99/100.000 hab.), alto (10 a 19,99/100.000 hab.), médio (2,00 a 9,99/100.000

hab.) e baixo (<2,00/100.000 hab.). Dados de 2012 do coeficiente de detecção dos casos mostram que a hanseníase tem grande importância na região da Amazônia Legal. Com 12,32% da população do Brasil, a região concentra 48,8% dos casos novos detectados no Brasil. O estado do Mato Grosso apresentou, em 2012, o coeficiente mais alto do país 81,64/100.000 habitantes e o estado de São Paulo, Santa Catarina e o Rio Grande do Sul apresentaram as menores taxas de detecção: 4,27-3,38-1,37/100.000 habitantes respectivamente¹²⁻¹⁵.

Oficialmente a principal meta do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase era que em 2010, todos os municípios do país atingissem uma prevalência de menos de um caso para cada 10.000 habitantes, o que não aconteceu, e a prevalência foi de 1,56 em 2010 e de 1,51 em 2012¹⁴.

Além disso, também consideramos como sendo uma dificuldade para eliminação da hanseníase no Brasil a pouca valorização do controle dos comunicantes enquanto elo da cadeia epidemiológica da doença e como atores sociais que estão mais sujeitos às repercussões negativas que permeiam a história da hanseníase do ponto de vista social e psicológico^{3,4}.

Carrasco e Pedrazzani², colocam que na convivência intradomiciliar o comunicante desempenha um papel fundamental, pois além de estar ligado ao doente afetiva, social e economicamente, compartilham os seus problemas e necessidades, tendo um maior acesso ao mesmo e, conseqüentemente, uma maior participação no tratamento e controle desta doença causadora de sofrimento as pessoas.

Dessa forma esta revisão justifica-se no sentido de contribuir para o conhecimento das medidas de controle dos comunicantes intradomiciliares das pessoas atingidas pela hanseníase, no Brasil no período de 1991 a 2010.

OBJETIVOS

Descrever e analisar a evolução das medidas de controle dos comunicantes intradomiciliares das pessoas atingidas pela hanseníase e seu impacto prático no Brasil e no estado de São Paulo, no período de 1991 a 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada em livros, teses, portarias, manuais, dissertações, artigos de periódicos e boletins informativos,

de alta relevância no meio científico, disponíveis em bibliotecas da Universidade de São Paulo e Bases de Dados on-line do Portal de Periódicos da CAPES, BIREME/OPAS/OMS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, BDNF e DEDALUS, usando como descritores, Medidas de controle, contatos intradomiciliares e Hanseníase, filtrando apenas os publicados entre 1991 a 2012, encontrando 125 publicações, as quais foram inicialmente catalogadas e, posteriormente aplicadas técnicas de leituras/fichamento com a formação de um banco de dados em editor de texto Word, que obedecesse a ideia central do tema, referenciando 47 trabalhos, descritos de forma cronológica e relevante para a compreensão e entendimento.

RESULTADOS

A implantação da PQT é estabelecida como sendo um marco fundamental no tratamento medicamentoso da hanseníase e na evolução das medidas de controle dos comunicantes intradomiciliares, pois de acordo com Lana e Rocha ¹, ela também possibilitou, além da redução drástica do tempo de tratamento, o surgimento de uma nova filosofia assistencial e de organização dos serviços de saúde, compreendendo a instituição adequada da terapêutica com a dose supervisionada, a realização oportuna de ações de prevenção de incapacidades, educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade e a introdução de outros agentes.

É oportuno mencionarmos que após a implantação oficial da Poliquimioterapia (PQT) no Brasil em 1991, a qual Lana ¹⁶, considerou como um novo modelo tecnológico de assistência à hanseníase; e da criação do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase em 1992, sucessivas modificações vão sendo implementadas em relação às atividades de controle e eliminação da hanseníase, e dentre elas, as referentes ao controle dos comunicantes.

Em 1991, ano em que ocorreu a 44ª Assembleia Mundial da Saúde, onde o Brasil se comprometeu a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2000, reduzindo a prevalência a nível inferior a um caso por 10.000 habitantes, foi expedida a Portaria nº 1.401 que, em relação aos comunicantes, definiu para fins operacionais que o contato intradomiciliar deve ser considerado como todo e qualquer pessoa que reside ou tenha residido nos últimos cinco anos com o doente ¹⁷.

Já em 1992, fora expedida a Portaria Ministerial nº864, de 7/8/92, que traz modificações em relação à vigilância dos contatos, ao estabelecer que os conta-

tos intradomiciliares dos casos Virchowianos e Dimorfa deveriam ter dois comparecimentos, para exames dermatoneurológicos, vacinação BCG-id e orientação educativa, com intervalo de doze meses e que após isto, o contato deveria ser liberado, reduzindo assim, o período de vigilância de cinco anos para dois anos, mantendo os demais itens ¹⁸.

O Estado de São Paulo não adotou esta última modificação, mantendo a conduta de vigilância de contatos intradomiciliares dos casos multibacilares pelo período de cinco anos, com revisões anuais, findo os quais o contato seria liberado com as devidas orientações.

Além disso, deste 1989, o Estado de São Paulo recomendou que a vacinação BCG-id deveria ser estendida a todos os contatos de hanseníase, independente de forma clínica, justificando que a inclusão dos contatos de casos paucibacilares na vacinação BCG-id se deve ao fato de que estes podem estar expostos à mesma fonte de infecção, e que a vacinação parece proteger contra o aparecimento das formas multibacilares a partir da 2ª dose ¹⁹.

As instruções normativas do Ministério da Saúde recomendavam que os contatos de doentes paucibacilares, que não apresentassem nenhuma suspeita, fossem liberados após o primeiro exame dermatoneurológico e não recebessem a vacina BCG-id. No entanto, o Estado de São Paulo adotou para todos os contatos intradomiciliares, inclusive os contratos de paucibacilares também deveriam ser submetidos à vigilância correspondente ao período das duas aplicações, e caso não apresentassem sinais suspeitos de hanseníase poderiam ser dispensados após a segunda dose do BCG-id ¹⁹.

Ainda em 1992, o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) DA Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, publicou um Manual de Vigilância Epidemiológica sobre "Hanseníase: normas e instruções", que vem nortear as condutas e ações das unidades de saúde em relação à hanseníase, principalmente na área da vigilância epidemiológica e medidas de controle, entre elas, a vigilância dos contatos ¹⁹. Neste manual, encontramos entre os indicadores operacionais, um indicador para medir a eficiência das medidas de vigilância, que fora elaborado para verificar a proporção de vacinados com BCG-id entre os contatos intradomiciliares de doentes Virchowianos e Dimorfos antigos. Neste indicador consta no numerador os contatos em registro ativo de doentes Virchowianos e Dimorfos antigos que receberam a 2ª dose de BCG-id no ano e no denominador o total de contatos em registro ativo de doentes Virchowianos e Dimorfos antigos; sendo considerado bom o resultado maior

ou igual a 80%, regular de 50 a 79% e precário o resultado menor de 50% ¹⁹.

No ano de 1993, é expedida a Portaria Ministerial nº 814, que também traz novas instruções normativas em relação ao controle dos comunicantes, ao “simplificar” os critérios de vigilância, determinado que após o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas, o contato indene deveria ser liberado com orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase e se necessário, retornar ao serviço ²⁰.

Esta Portaria, a exemplo do que já estava preconizado no Estado de São Paulo, passa a recomendar a aplicação de duas doses da vacina BCG-id a todos os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, independente de forma clínica.

Ainda em 1993, no Estado de São Paulo, através da Resolução SS-220 de 13/7/93, foi aprovada a Norma Técnica que estabeleceu diretrizes e estratégias para as ações de controle de hanseníase. No entanto, este documento não faz qualquer menção entre suas diretrizes básicas quanto ao controle dos comunicantes, exceto quando coloca que a detecção de casos visando o diagnóstico precoce da doença, será feito através do atendimento da demanda espontânea, verificação de notificação e busca ativa pelo exame de contatos domiciliares; sem no entanto, especificar tal conduta ²¹.

A pouca importância dada ao controle dos comunicantes é também evidenciada no “Relatório da Situação da Endemia Hanseníase do Estado de São Paulo de 1993”, elaborado pela Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS/Hanseníase do CVE/SES de São Paulo, onde também não se encontram referências quanto à vigilância dos contatos, nem mesmo análises dos indicadores operacionais normatizados que aferem a eficiência das medidas de vigilância deste elo da cadeia epidemiológica da hanseníase ²².

A mesma falta de atenção em relação à vigilância dos contatos se reproduz em outros relatórios, como no “Relatório da Vigilância Epidemiológica sobre a Situação da Endemia Hanseníase no Estado de São Paulo de 1994”, que é bastante detalhada, abordando sobre recidivas, efeitos adversos aos medicamentos do PQT, Plano de Eliminação da Hanseníase, cadastro geral dos doentes, cobertura do Programa de Controle, situação dos casos novos, tendência da endemia, situação das incapacidades físicas, inclusão em PQT/OMS dos casos novos, prevalência, situação dos abandonos, não fazendo referências à vigilância dos contatos ²³.

Em outro documento de maio de 1994, da Secretaria de Estado da Saúde, intitulado “Diretrizes para o

Plano de Eliminação da Hanseníase no Estado de São Paulo até o ano 2000”, encontramos uma breve avaliação do controle dos comunicantes, onde se coloca que em relação ao exame dos mesmos, a cobertura permaneceu em valores muito abaixo do desejado e que nem mesmo a implantação da vacinação BCG-id, contribuiu para melhorar o desempenho da rede de serviços junto aos contatos domiciliares, uma vez que a cobertura dessa vacina permaneceu em níveis muito insatisfatórios ²⁴.

Ainda neste ano, foi publicado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde um Guia de Controle da Hanseníase, que entre outros aspectos, aborda sobre as medidas gerais de controle, onde consta que a investigação epidemiológica a partir do caso índice e o exame clínico **periódico** (*grifo nosso*) dos contatos intradomiciliares, constituem-se em uma das principais atividades na busca do diagnóstico clínico precoce da hanseníase. No entanto, há contradição no próprio Guia em relação à periodicidade do exame clínico dos contatos, pois a norma nacional vigente à época (Portaria nº. 814, de 22/7/93), recomendava um único exame dermatoneurológico dos mesmos, liberando-os a seguir, caso estivessem sadios ⁷.

Neste Guia, entre os indicadores operacionais utilizados para avaliação anual do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase em Nível Nacional, não são mencionados indicadores referentes ao controle dos comunicantes, apenas indicando o uso dos mesmos segundo a necessidade do nível local, regional, municipal e estadual ⁷.

No entanto, ele ainda destaca que para o planejamento das atividades de controle da hanseníase é indispensável conhecer o número de contatos intradomiciliares de casos novos, e para tal, recomendou-se estimar o número de contatos a serem examinados e vacinados, multiplicando-se o número de casos novos por 4, pois admite-se que cada paciente convive no domicílio, em média, com 4 pessoas ⁷.

Em todas legislações aqui citadas sobre o controle dos comunicantes de hanseníase, podemos verificar que apensar de classificar os contatos segundo o tipo de convivência em intradomiciliar e extradomiciliar, nenhum legislação, guia, manual ou qualquer outro material expedido pelos órgãos oficiais conceituam para fins operacionais e/ou epidemiológicos quem são estes contatos, assim como não especificam os critérios que deveriam ser adotados em relação à vigilância dos mesmos.

Ainda na década de 90, outros importantes documentos evidenciam a pouca atenção dada explicitamente ao controle dos comunicantes. Um deles foi o Plano de Emergência Nacional (PEN), em nível

federal, e o Plano de Metas para o Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo que foi elaborado no final de 1990; e operacionalizado no período de 1990 a 1994, os quais realizaram uma avaliação da situação existente do ponto de vista epidemiológico e operacional, através dos respectivos níveis, mas pouco informaram sobre a vigilância dos contatos²⁵.

No “Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil para o Período de 1995-2000”, tinha-se como objetivo geral atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil até o ano 2000. No entanto, apesar de elencar entre seus objetivos específicos, o objetivo de diagnosticar precocemente todos os casos novos esperados, não especifica como operacionaliza-lo e qual seria a participação da vigilância de contatos na captação destes casos novos²⁵.

Em 1996, a Secretaria de Estado da Saúde emitiu outro Relatório da Endemia Hanseníase no Estado de São Paulo, que em relação ao Relatório de 1994 é ainda mais detalhada, pois apresenta as perspectivas de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Estado de São Paulo até o ano 2000, e aspectos relevantes da organização de serviços de saúde em relação à hanseníase, além de trazer uma avaliação detalhada das atividades de Vigilância Epidemiológica sobre a endemia, entretanto, não faz análise de indicadores sobre vigilância de contatos, fazendo apenas menção sobre a importância do controle dos comunicantes quando descreve sobre as ações sociais no controle da hanseníase, onde é colocado que “ O trabalho junto à população em geral ou junto a seus segmentos representativos, tem como objetivo socializar o conhecimento sobre hanseníase, facilitando a aceitação do paciente, a procura do diagnóstico precoce, o controle dos comunicantes, contribuindo consequentemente para a construção de um novo referencial coletivo sobre a doença”²⁶.

Os relatórios no Estado de São Paulo, divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/C.V.E, referentes aos anos de 1996 e 1997, também não trouxeram informações e/ou avaliações sobre o controle dos comunicantes^{27,28}.

Em 10/12/1997 por meio da Lei nº 9.880, é instituído o Dia Estadual de Combate à Hanseníase, comemorado no último domingo do mês de janeiro, data esta já considerada Dia Mundial de Combate à Hanseníase pelos movimentos sociais organizados²⁹. Esta data é importante para que no calendário de eventos da área da saúde, possa ser um dia de divulgação, educação em saúde e reflexões sobre a hanseníase e a melhoria da assistência aos doentes de hanseníase, seus comunicantes e familiares.

Em fevereiro de 1998, foram expedidas novas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, que promove alterações na classificação operacional dos casos de hanseníase para fins de tratamento em multibacilares e paucibacilares, baseada no número de lesões, implantou os esquemas PQT/ROM e PQT 12 doses em unidades de referência, mantendo os esquemas atuais da Poliquimioterapia nas demais unidades de saúde e a normatização em relação à vigilância de contatos³⁰.

Também não foi modificada a normalização em relação à vacinação BCG-id, pois todos os contatos domiciliares de doentes de hanseníase, independentemente da forma clínica do caso índice, devem continuar sendo vacinados com duas doses de BCG intradérmico, com intervalo mínimo de 6 meses entre 1ª e 2ª dose; no entanto, traz algumas recomendações especiais para não contradizer a norma nacional para o controle da tuberculose, mantendo as contra indicações da aplicação da mesma em contatos de hanseníase que apresentarem sinais e sintomas da AIDS e/ou estiverem recebendo tratamento antirretroviral³⁰.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde lançou o “Guia Para Implantar/Implementar as Atividades de Controle da Hanseníase nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde”³¹, no qual constam poucas informações quanto ao controle dos comunicantes, evidenciando, mais uma vez, a pouca valorização destes sujeitos na cadeia epidemiológica da hanseníase pelo órgão federal, dando ênfase aos dados epidemiológicos e operacionais, aos doentes e ao tratamento poliquimioterápico, perdendo a oportunidade de propor uma avaliação sobre a participação dos comunicantes intradomiciliares dos municípios brasileiros.

No estado de São Paulo, neste mesmo ano, é publicado a Resolução SS-31 que estabelece a norma técnica sobre diretrizes e estratégias para as ações de controle da hanseníase, a qual em relação à vigilância dos contatos, traz novas recomendações, determinando que todos os conviventes domiciliares devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico, sendo que os contatos de doentes multibacilares devem ser examinados pelo menos uma vez por ano durante cinco anos e os contatos paucibacilares devem ser examinados pelo menos uma vez por ano durante dois anos. Também recomendou que os mesmo sejam vacinados com duas doses da vacina BCG-id, com intervalo mínimo de seis meses, que como já foi citada, esta medida já estava preconizada neste Estado desde 1989³².

Em 2000, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/CVE publicou um “Relatório do Sistema de Informação da Hanseníase no Estado, referentes aos

anos de 1988 e 1999”, no qual é apresentado uma avaliação da epidemia, principalmente sobre a situação epidemiológica e operacional obtidos com as informações fornecidas pelo SINAN, das vinte e quatro Direções Regionais de Saúde do Estado ³³. No entanto, este relatório também não traz informações e/ou avaliações sobre o controle dos comunicantes de hanseníase, possivelmente porque, como já foi mencionado, após a implantação do SINAN neste Estado, os dados relacionados aos comunicantes foram excluídos da Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase, sendo que os mesmos reaparecem na “nova” ficha implantada neste Estado nos meados deste ano.

Neste mesmo ano, é publicada a Portaria Ministerial nº 816/GM que aprova as diretrizes destinadas a orientar, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde – SUS, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hanseníase, que foram regulamentadas pela Portaria Ministerial nº 1.073/GM de 26/9/2000, cujas instruções normativas, contemplavam a Vigilância dos Contatos, que para fins operacionais, continua recomendando considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos cinco anos com o doente; assim como mantém a recomendações de “dispensar” o contato sadio após o exame dermatoneurológico, com orientações necessárias e quanto à aplicação das duas doses da vacina BCG-id em todos os contatos intradomiciliares de todos os casos novos de hanseníase, independente da forma clínica, conforme já estavam normatizadas desde 1993 ³⁴.

Esta Portaria Ministerial também apresenta, entre os indicadores operacionais, um indicador para avaliar a execução da atividade de vigilância de contatos que é a porcentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, onde no numerador colocam-se os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados e no denominador, o total de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, sendo considerado bom o resultado maior ou igual 75%, regular de 50 a 70% e precário o resultado menor que 50% ³⁴.

Ainda em 2000 a Portaria nº 817 é expedida para regulamentar as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 816 e revogar a Portaria nº 814/GM de 22 de julho de 1993 já mencionada; no entanto, ela não alterou as recomendações da Vigilância dos Contatos.

Já em março de 2001, o Ministério da Saúde lançou o “Controle da Hanseníase na Atenção Básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família”; que traz informações sobre várias aspectos, entre elas, sobre as ações de Vigilância Epidemiológica da Hansení-

ase, enfatizando os métodos de descobertas de casos, visando o diagnóstico precoce inclusive por meio do exame de todos os contatos do caso diagnosticado e sobre a investigação epidemiológica onde aborda sobre a vigilância dos contatos, mantendo as recomendações da Portaria Ministerial anteriormente citadas ³⁵.

Também em 2001 o Ministério da Saúde publicou outro material denominado “*Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos*”, que não modifica as informações dos manuais anteriores sobre a vigilância dos contatos intradomiciliares ³⁶.

Ainda neste ano, no Estado de São Paulo, é publicada a Resolução SS-130, que aprova a norma técnica que estabelece as diretrizes e estratégias para as ações de controle da hanseníase e preconiza os esquemas de tratamento, a qual, em relação à vigilância de contatos, mantém as recomendações da Resolução SS-31 de 19/2/1999, agora revogada ³⁷.

Em novembro de 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. Este plano é uma parceria do Ministério com as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde e ONGs, e está inserido na proposta da Atenção Básica à Saúde, cuja normatização sobre a vigilância dos contatos já estava preconizada no guia citado acima ³⁸.

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o “Guia para o controle da hanseníase”³⁹ e também lançou a quinta edição do “Guia de Vigilância Epidemiológica”⁴⁰, que constitui-se em um importante instrumento de pesquisa para os profissionais de saúde, cujo capítulo destinado a hanseníase é bastante detalhado, contemplando o conteúdo do Guia já citado, onde é dado destaque a importância da investigação epidemiológica, da vigilância dos contatos intradomiciliares e da vacinação BCG, trazendo também a construção de um indicador operacional de porcentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano. Este Guia continua conceituando contato intradomiciliar como toda e qualquer que resida, ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos e reafirma que a vigilância dos contatos intradomiciliares é muito importante em função do maior risco que eles têm de serem contaminados quando comparados com a população em geral, mas não acrescentam outras medidas de controle, além da vacinação com a BCG em todos os comunicantes independentemente de serem pauci ou multibacilares ⁴¹, ou seja, estes guias não trazem alterações significativas na descrição das medidas de controle dos comunicantes em relação aos guias e manuais anteriormente citados.

Em outubro de 2002, o Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº1.838, que redefine as diretrizes e estratégias para estimular e consolidar as ações voltadas à eliminação da hanseníase, em que, entre outras medidas, cria um bônus incentivo para a ampliação da detecção da prevalência oculta da hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde, principalmente para os 607 municípios considerados prioritários, esperando ampliar em 30% a detecção de casos novos no país ⁴¹.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde pública a Portaria nº 586 que institui conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase com o objetivo de garantir a proteção das gerações futuras da hanseníase, a qual não traz, entre os seus oitos objetivos, nenhuma menção sobre a vigilância dos contatos ⁴².

Em 2006 o Ministério da Saúde lançou o “Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010”, que apresenta as ações a serem desenvolvidas para o alcance da meta de eliminação da hanseníase nos municípios brasileiros até o ano de 2010, onde reconhece que “A pedra angular na eliminação e no controle da doença como problema de saúde pública continuará sendo o aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede básica de saúde, integrando as atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e **vigilância de comunicantes** em todos os municípios em todos os municípios que possuam pelo menos um caso de hanseníase nos últimos cinco anos” ¹³.

No período entre 2004 a 2006, o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase publicou cinco Cartas de Eliminação da Hanseníase por estados. As do Estado de São Paulo nada trouxeram sobre os comunicantes ¹³.

Em junho de 2006 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou um movimento de valorização do controle dos comunicantes na rede de serviços de saúde do SUS ao implantar a “Ficha de Comunicante” e os impressos do “Relatório Trimestral de Contatos dos Casos de Hanseníase Notificados” e o Relatório Anual de Acompanhamento dos Contatos Intradomiciliares”, o que trouxe esperanças para que os serviços de saúde iniciassem ou implementassem a busca ativa de casos por meio do controle efetivo dos comunicantes e avaliassem epidemiologicamente a participação real destes sujeitos na endemia hanseníase, o que, na maioria das vezes, nem sempre ocorreu.

Em 2008 foi divulgada, pelo Ministério da Saúde, a situação epidemiológica da hanseníase, que mostra a tendência de estabilização dos coeficientes de de-

tecção no Brasil, mesmo ainda sendo muito alto nas regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste. Em relação ao controle dos contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no Brasil, por regiões, de 2001 a 2007 os dados mostram que, considerados os valores regionais médios, os percentuais registrados podem ser enquadrados na faixa definida como regular pelo Programa Nacional de Controle de Hanseníase, ou próximos desta classificação que abrange proporções de 50,0% a menos de 75,0% ¹⁷.

Nesse ano é também publicado o Caderno de Atenção Básica nº 21 ⁴³, que no capítulo sobre Hanseníase traz as recomendações sobre o controle dos contatos. No entanto, não altera em nada o que já estava recomendado na 6ª edição do Guia de Vigilância Epidemiológica de 2006 ⁴⁴.

No ano de 2009 o Ministério da Saúde publicou a Portaria Conjunta nº 126 de 26 de março que define ações de controle da hanseníase para orientação aos gestores, gerentes e profissionais de saúde de diferentes complexidades do SUS “visando fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, a organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação em mobilização social” ⁴⁵. No entanto, essa portaria não modifica a normatização vigente sobre a Vigilância dos Contatos, pois mantém a definição de contactantes e prescreve apenas o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, sem indicação de outros exames clínicos ⁴⁵.

Nela continua-se preconizando a vacina BCG, dependendo da história vacinal, indicando que os contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG, que os contatos intradomiciliares com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem receber mais uma dose se estiver sem cicatriz, receber uma dose com uma cicatriz e que na incerteza de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose, independentemente da idade. Nela consta também um indicador de Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase notificados no ano considerado os resultados como: Bom > 75%, Regular de 50 a 74,9% e precário <50% de contatos examinados. Não há menção sobre a conduta quanto aos contatos extradomiciliares ⁴⁵.

Em novembro de 2009 a Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo em uma Carta endereçada aos Interlocutores do Programa na rede SUS estadual afirmou que o estado de São Paulo havia conseguido

atingir as metas pactuadas com o Ministério da Saúde, com exceção do exame de contatos. E que “este é um dos pontos mais frágeis da linha de cuidado da hanseníase”, mostrando como exemplo que das 75 crianças registradas em 2008, 45% delas foi diagnosticadas por meio do exame de contatos. Esse dado reforça a importância desse exame para o aumento do diagnóstico precoce dos casos de hanseníase.

Também em 2009 é lançada a 7ª edição do Guia de Vigilância Epidemiológica pelo Ministério da Saúde⁴⁶, o qual em relação aos comunicantes não reporta mudanças do que já havia sido recomendado na 6ª edição do mesmo e na Portaria Conjunta nº 126 de 26 de março de 2010⁴⁴⁻⁴⁶.

Em 2010 foi lançada pela Organização Pan Americana de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil o livro “Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase 2011-2015: diretrizes operacionais atualizadas, que em relação ao controle dos contatos intradomiciliares, não traz alterações apesar de reafirmando que eles tem risco significativamente maior de desenvolver a doença do que os contatos que não residem na mesma casa e que devem ser examinados em busca de sinais precoces da doença e a importância deles, e orientados a retornar ao serviço diante do aparecimento de qualquer lesão cutânea ou de qualquer lesão cutânea ou de qualquer mudança motora ou de sensibilidade⁴⁷. Como em outras legislações aqui apresentada esse documento também simplifica o controle dos contatos a um único encontro com serviço de saúde transferindo-se a eles a responsabilidade da suspeição diagnóstica.

Enfim, todas as normatizações, aqui citadas, com relação à vigilância dos contatos que foram sendo expedidas e revogadas a partir de 1991, não causaram impacto significativo no controle dos comunicantes, pois não podemos garantir que todos os gestores de serviços de saúde e os responsáveis pela operacionalização das ações do Programa de Eliminação da Hanseníase tenham tido conhecimento sobre as mesmas, resultando em um grande descompasso entre as ações normatizadas e as executadas em nível das unidades de saúde que desenvolvem as ações do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase.

CONCLUSÕES

Assim, acreditamos na importância do comunicante intradomiciliar como elo da cadeia epidemiológica da doença, e principalmente, como ator social que vivencia a experiência de estar na condição de **comunicante** de uma doença permeada pelo medo,

estigma e preconceito de forma, geralmente, superlativa em relação aos outros agravos à saúde e diante da magnitude deste agravo para a sociedade brasileira, e que também merece mais atenção dos formuladores das políticas de saúde, dos docentes/pesquisadores, dos gestores e dos profissionais de saúde que desenvolvem as ações do Programa de Controle da Hanseníase. Acreditamos que mesmo com a implantação da Poliquimioterapia e da acentuada urbanização da endemia hanseníase e de suas consequências para a coletividade, **o controle dos comunicantes** não foi incrementado e/ou priorizado pelos órgãos oficiais e unidades de saúde, contribuindo para que dezenas de comunicantes intradomiciliares continuem alimentando o “iceberg” da endemia.

Defendemos a ampliação do conceito de comunicante para além dos contatos intradomiciliares, incluindo os vizinhos e os contatos sociais, descrevendo o modelo “*stone-in-the-pond*” como base para a intervenção no controle dos comunicantes como vem sendo defendido por pesquisadores da áreas. As intervenções devem ser constantes e mantidas, para que se assegure a redução da ocorrência dos casos, que não serão alcançadas caso as atividades de eliminação fiquem restritas apenas ao diagnóstico e tratamento dos casos novos, deixando para segundo plano a vigilância epidemiológica, o exame rotineiro dos comunicantes, a vacinação, o tratamento, a educação do paciente, da família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Lana FCF, Rocha SMM. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo, Cortez; 1997. p. 113-150.
- 2 Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. Rev Esc Enferm USP, 1993; 27 (2): 214-228.
- 3 Pinto JM Neto. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no C.S. I de Fernandópolis (1993 a 1997) [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
- 4 Pinto JM Neto,, Villa TCS, Mencaroni DA, Gonzáles RC, Gazeta CE. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. Hansen Int. 2002; 27(1): 23-28.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 5 de 21 de fevereiro de 2006. Diário

- Oficial da União, Brasília, p. 34-35, 22 de fev. 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006, p. 34-35, 22 de fev. 2006. Seção 1.
- 6 Ura S, Opromolla DVA. Controle. In: Opromolla DVA, editor. *Noções de hansenologia*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p. 109-112.
 - 7 Fundação Nacional de Saúde (BR), Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Guia de controle da hanseníase*. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
 - 8 Lombardi C, Ferreira J. História natural da hanseníase. In: Lombardi C, coordenador. *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1990. p. 13-20.
 - 9 Lombardi C, Gil Suárez RE. Epidemiologia da hanseníase. In: Talhari S, Neves RG. *Hanseníase*. 3. ed. Manaus: Tropical; 1997. p. 127-136.
 - 10 Organização PanAmericana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. *Hanseníase Hoje. Boletim de eliminação da Hanseníase das Américas 1999*.
 - 11 Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual para o controle de lepra*. 2a ed. Washington, DC, USA: Organização Mundial da Saúde; 1989.
 - 12 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Coordenação Geral de Hanseníase e doenças em eliminação. Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2001 - 2012*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2013 Ago 03]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/09/Tabela-geral-de-indicadores-operacionais-e-epidemiologicos-Brasil-2001-2012.pdf>
 - 13 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
 - 14 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Coordenação Geral de Hanseníase e doenças em eliminação. Indicadores Epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2001-2012*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 2013 Ago 03]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/09/Tabela-geral-de-indicadores-operacionais-e-epidemiologicos-Brasil-2001-2012.pdf>
 - 15 Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (BR). *Saúde discute ações para a eliminação da hanseníase*. In: Reunião nacional de Avaliação e Monitoramento do Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase (PNECH); 23-25 jul 2007; Brasília. [local desconhecido]: [editor desconhecido]; 2007. [citado em 2007 Ago 9]. Disponível em <http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/lep-bra-ms-julho-07.pdf>
 - 16 Lana FCF. *Organização tecnológica do tratamento em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia*. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1992.
 - 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.401, de 14 de agosto de 1991. Expede novas instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas a orientação e ao acompanhamento de execução do Programa de controle da Hanseníase em todo o território nacional. Revoga a Portaria DNDS nº 1 de 7 de novembro de 1989. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 ago. 1991. Seção 1, p. 16707.
 - 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 864, de 7 de agosto de 1992. Expede novas instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas a orientação e ao acompanhamento de execução do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase, de acordo com a Portaria MS/GM nº 862, de 7.8.92, publicada no Diário Oficial de 10.8.92 e revoga a Portaria MS/GM nº 1.401, de 14. 8.91. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 1992. Seção 1, p. 11480.
 19. Secretaria de Estado da Saúde (SP). *Manual de vigilância epidemiológica. Hanseníase: normas e instruções*. São Paulo: [editor desconhecido]; 1992.
 - 20 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 814, de 22 de julho de 1993. Expede novas instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas a orientação e ao acompanhamento de execução do programa de controle e eliminação da hanseníase em todo o território nacional, de acordo com a Portaria MS/GM nº 862, de 7.8.92, publicada no Diário Oficial de 10.8.92. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 ago. 1993. Seção 1, p. 11167.
 - 21 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Ementa da resolução. Resolução SS-220, de Julho de 1993*. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 14 jul. 1993. Seção 1, p. 14.
 - 22 Secretaria de Estado da Saúde (SP), Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS/Hanseníase-CVE. *Relatório da situação da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1993*. São Paulo: [editor desconhecido]; 1994. 16 p. (mimeografado).
 - 23 Secretaria de Estado da Saúde (SP). *Situação da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1994*. São Paulo: [editor desconhecido]; 1995. 25 p. (mimeografado).

- 24 Secretaria de Estado da Saúde (SP). Diretrizes para o plano de eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo até o ano 2000. São Paulo: [editor desconhecido]; 1994. 12 p. (mimeografado).
- 25 Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde, Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Plano de eliminação da hanseníase no Brasil para o período de 1995-2000. Brasília: [editor desconhecido]; 1994. 9 p. (mimeografado).
- 26 Secretaria de Estado da Saúde (SP). Relatório da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1995. São Paulo: [editor desconhecido]; 1996. 26 p. (mimeografado).
- 27 Secretaria de Estado da Saúde (SP). Relatório da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1996. São Paulo: [editor desconhecido]; 1997. 18 p. (mimeografado).
- 28 Secretaria de Estado da Saúde (SP). Relatório da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1997. São Paulo: [editor desconhecido]; 1998. 14 p. (mimeografado).
- 29 SÃO PAULO. Lei nº 9.880 de 10 de dezembro de 1997. Institui o Dia Estadual de Combate à Hanseníase. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 11 de dez. 1997. Seção 1, p. 30.
- 30 Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. Alterações nas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- 31 Pereira GFM, Leboeuf MA, Magalhães MCC, Tardin RT, Gil Suárez R, Glatt R, et al. Guia para implantar/implementar as atividades do controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- 32 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Ementa da resolução. Resolução SS-31 de 19 de fevereiro de 1999. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 20 fev. 1999. Seção 1, p. 17-20.
- 33 Secretaria de Estado da Saúde (SP). Relatório da Endemia Hanseníase no Estado de São Paulo. 1998/1999. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2000. 11 p.
- 34 Ministério da Saúde (BR). Normas técnicas para a eliminação da hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 43 p.
- 35 Moreira MB, Costa MM Neto. Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 36 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 178 p.
- 37 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS - 130, de 08/10/2001. Aprova a Norma Técnica que estabelece as Diretrizes e Estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase e Preconiza Esquemas de Tratamento. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, SP, 10 out. 2001, p. 19-22. [citado em 2013 Ago 03]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hans/resolucao_hans.pdf.
- 38 Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 39 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 90 p.
- 40 Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5a ed. Brasília: FUNASA, 2002. 842 p.
- 41 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.838, de 9 de outubro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o cumprimento da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde no Brasil até 2005. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2002. [citado em 2002 Out. 20]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1838_09_10_2002.html
- 42 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 586 de 6 de abril de 2004. Institui conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2004. Seção 1, pág. 87.
- 43 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2a ed rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 44 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 45 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 125 de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2009. [citado em 2013 Ago 03]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html
- 46 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 47 Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. 70 p.