

O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura¹

The control leprosy contacts in Brazil: a review¹

José Martins Pinto Neto²

Tereza Cristina Scatena Villa³

Maria Helena Pessini de Oliveira³

Claudia Benedita dos Santos Barbeira⁴

RESUMO

O presente trabalho é a sinopse de uma revisão da literatura sobre o Controle dos Comunicantes de Hanseníase no Brasil, de acordo com o estabelecimento de três periodizações a partir do ano da Proclamação da República até a atualidade. Nesta revisão procuramos recuperar a cronologia dos fatos que envolvem as medidas de Controle dos Comunicantes de Hanseníase, dando ênfase às publicações científicas, às legislações e às normas e diretrizes do Programa de Controle da Hanseníase em nível Federal e Estadual.

Descritores: Controle de Comunicantes, Hanseníase, Legislação, Programas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, ao longo deste século, muito foi pesquisado e publicado sobre Hanseníase, que infelizmente, apesar de importantes progressos, ainda se constitui em um relevante problema de Saúde Pública, pois o país não conseguiu cumprir o compromisso firmado com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1991 de eliminá-la como problema de Saúde Pública até o ano 2000, ou seja, alcançar a meta de reduzir a prevalência para menos de 1 caso/10.000 habitantes; prorrogando essa meta para o final do ano de 2005, conforme novo compromisso firmado com a OMS por ocasião da Terceira Conferência Internacional para a Eliminação da Hanseníase realizada em novembro de 1999 na Costa do Marfim (África). No entanto, poucos foram os estudos publicados, principalmente nas três últimas décadas sobre a situação do controle dos comunicantes de hanseníase nas unidades de saúde e/ou sua participação na endemia hanseníase dos municípios do interior do país.

Apesar da importância do comunicante (também denominado de contato, contactante ou convivente) na cadeia epidemiológica da hanseníase, apontados por vários estudos^{6,23,24,25,29,34,41,42,58,59} como sendo o indivíduo que apresenta um risco maior de adquirir a doença; e no contexto familiar e social, as atividades relacionadas ao controle dos mesmos tem sido pouco valorizado pelos serviços e profissionais de saúde e pelos pesquisadores que se interessam pela temática da hanseníase; pois estes parecem privilegiar o espaço para o controle da doença e do doente (Pedrazzani et al., 1986; Pinto Neto, 1999)^{37,38}. Vários podem ser os fatores determinantes para que isso ocorra, entre eles poderíamos citar o pequeno número de estudos epidemiológicos sobre os comunicantes no Brasil e o desconhecimento das medidas de controle preconizadas na legislação. Pensando nesse último aspecto, consideramos oportuno elaborarmos uma

¹ A maior parte desse artigo foi extraído de uma dissertação de mestrado defendida em agosto de 1999, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Título: Características Epidemiológicas dos Comunicantes de Hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis (1993 a 1997).

² Docente do Curso de Enfermagem e Obstetrícia dos Estabelecimentos de Ensino Superior Integrados da Fundação Educacional de Fernandópolis — SP. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP. Endereço: Rua Minas Gerais, 1339 — Centro, CEP: 15600-000, Fernandópolis — SP, Telefone (0XX17) 442-2299, e-mail: pintoneto@acif.com.br

³ Livres docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP. Área de Enfermagem em Saúde Pública.

⁴ Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Doutora em Estatística.

revisão sucinta da cronologia dos fatos que envolvem as medidas de controle dos comunicantes de hanseníase de acordo com o estabelecimento de três períodos compreendidos entre a Proclamação da República e a atualidade.

DISCUSSÃO

Comunicantes de Hanseníase: as primeiras informações no Brasil

No Brasil, durante quatro séculos a única medida empregada no combate à hanseníase foi o isolamento dos doentes em asilos e leprosários, responsáveis pela desintegração familiar, estigmatizações sociais, aterrorização e afugentamento de doentes que passaram a criar focos ocultos (Moreira, 1997)³², que se davam quase exclusivamente no seio familiar.

As primeiras informações sobre os focos familiares de hanseníase foram fornecidas por pesquisas do documentário do Censo mais antigo realizado na então Capitania de São Paulo, em 1820, pelo Visconde de Oeynhausen. Ele evidenciou a ocorrência de muitos casos de hanseníase em pessoas da mesma família, mostrando que focos familiares seriam "verdadeiros ninhos de Lepra" (Maurano, 1939, p. 55)³⁰. Esse mesmo autor coloca que naquela época existia uma crença popular sobre a possibilidade da transmissão da doença dos pais para os filhos e do contágio entre os membros da família, evidenciando assim a importância dos comunicantes na expansão da hanseníase.

No decorrer da história da hanseníase desse período, algumas medidas de controle de cunho segregacionista já eram adotadas em relação aos comunicantes, principalmente aos filhos dos doentes, com recomendações especiais, como ser amamentado por amas sadias, usar bom regime alimentar e praticar exercícios afim de modificar o estado geral do organismo. Além disso, alguns preconizavam que os filhos do doente de hanseníase deveriam ser separados de seus progenitores desde o nascimento, assim como preconizavam que deveria ser evitado o casamento entre um doente de hanseníase e uma pessoa sã e entre enfermos. O divórcio era cabível entre os cônjuges, desde que um deles fosse doente de hanseníase, apesar de não haver legislação alguma no Brasil que regulamentasse essas recomendações (Maurano, 1939; Souza-Araujo, 1956)^{30,53}

Já na era científica da hanseníase, após a descoberta do bacilo em 1873, por Gerhard Henrik Armauer Hansen, que demonstrou que a doença era contagiosa e não hereditária, aconteceram eventos internacionais e nacionais que causaram impactos nos rumos da profilaxia da hanseníase, principalmente quanto aos doentes, trazendo

também algumas recomendações em relação aos comunicantes, como veremos.

O controle dos comunicantes de hanseníase: da Proclamação da República ao aparecimento da sulfona (1889-1944).

Carrasco (1997)⁷⁸ relata que, em fins do século XIX e início do século XX, a hanseníase ainda não se constituía em preocupação para as oligarquias, devido essa doença ser considerada incurável e a não se saber ao certo como se dava sua transmissão; sendo assim, a orientação geral era confinar o doente em lazaretos, pois, devido ao fato de a doença ser tida como incurável e apresentar deformidades irreversíveis, não havia expectativa de o doente ser incorporado ao processo produtivo e reintroduzido na sociedade.

De acordo com Souza-Araujo (1956)⁵³, no Brasil, nenhuma providência oficial contra a "endemia leprosa" foi adotada pela Legislação Sanitária Federal nos dez primeiros anos após a Proclamação da República, evidenciando, assim, a omissão governamental em relação ao controle da hanseníase nesse período, tanto em relação aos doentes quanto aos comunicantes. Segundo esse autor, na Reforma da Saúde Pública de Oswaldo Cruz, no Governo de Rodrigues Alves, foi baixado o Decreto nº 5.156 de 8 de março de 1904, que aprovou o novo Regulamento Sanitário da União. Este trouxe importantes medidas no que se refere à profilaxia da hanseníase, como, por exemplo, considerá-la doença de notificação compulsória; determinar o isolamento domiciliar do doente; proibir que ele residisse em casas de habitações coletivas; fazer a desinfecção do domicílio, principalmente nos aposentos do doente, nos objetos e roupas que tivessem tido contato direto ou indireto com o mesmo.

Esse mesmo autor ainda coloca que em 1906, no 6º Congresso de Medicina e Cirurgia, foram propostas como medidas profiláticas da hanseníase, o isolamento dos doentes em asilos colônias e a criação e educação de seus filhos em orfanato do Estado. No entanto, a separação dos filhos de doentes de hanseníase, de acordo com Agrícola (1954)¹, foi oficializada pela primeira vez na 2ª Conferência Internacional de Lepra, em Bergen (Noruega), no ano de 1909.

Em 1916, Emílio Ribas proferiu uma memorável conferência sobre "A lepra - sua freqüência no Estado de São Paulo - meios profiláticos aconselháveis"; na qual, resumindo sua exposição, concluiu pela necessidade da adoção de 11 medidas profiláticas, das quais duas se referiam mais diretamente aos comunicantes, mantendo a proposta da Conferência de Bergen, no que se refere ao isolamento imediato dos recém-nascidos. filhos dos

doentes de hanseníase, para serem criados em lugares livres das fontes de contágio e a proibição do doente em exercer profissão que o colocasse em contato imediato com outras pessoas ou com objetos a elas destinados, entre outras restrições.

Dessa maneira, podemos concluir que, no período compreendido entre 1889 a 1920, as medidas de controle da hanseníase eram voltadas à questão da notificação compulsória e do isolamento dos doentes; não sendo dada atenção ao controle dos comunicantes, pois ainda não havia consenso entre os hansenólogos da época quanto ao modo de transmissão, tendo em vista a discussão, entre os contagiosistas (que acreditavam que a propagação da hanseníase ocorria pela transmissão do "bacilo de Hansen" entre os contatos das populações doentes com as populações sadias) e os não-contagiosistas (que acreditavam que a transmissão da hanseníase eram de origem hereditária).

De acordo com Agrícola (1960)² no ano de 1920, por meio do Decreto nº 14.354 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública e com ele a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que se constituiu no primeiro órgão federal destinado para o controle da hanseníase.

Em relação aos comunicantes de hanseníase, vamos encontrar, nessa primeira Lei Nacional de Profilaxia da Lepra, vários artigos regulamentando que as pessoas da família, os domésticos e todos os que residissem ou permanecessem no domicílio deveriam, por exemplo, ser submetidos a exames para verificar se estavam contaminados, principalmente se fossem cônjuges sadios ou crianças; não deveriam utilizar qualquer objeto ou utensílio que tivesse servido ao doente; não guardar roupas limpas junto às do enfermo; a criança, filha de mãe doente de hanseníase, isolada em domicílio, não deveria ser nutrida pela própria mãe (Souza Campos et al., 1944)⁵⁶

Esses mesmos autores ainda relatam que essa legislação também regulamentou a vigilância dos comunicantes suspeitos, como portadores de germens, por um prazo de até cinco anos após desaparecerem os motivos da suspeição, sendo que as visitas às pessoas suspeitas poderiam ser executadas por "enfermeiras" sob a superintendência dos inspetores sanitários, com intervalos de três a seis meses, a juízo da autoridade sanitária que poderia fixar prazos, dentro dos quais os comunicantes suspeitos deveriam comparecer à sede dos serviços para serem reexaminados.

Em 1923 ocorreu a 3ª Conferência Internacional de Lepra, em Strasburgo (França), onde foi recomendado que os membros da família de doentes de hanseníase deveriam ser submetidos a exames periódicos, mantendo a recomendação de separar os filhos dos doentes desde o

seu nascimento, mantendo-os em observação; medida essa já contemplada na legislação brasileira (Agrícolas, 1954)¹.

Para o desenvolvimento das atividades preconizadas na legislação vigente, começaram a ser criados os asilos-colônias, os dispensários e os preventórios a partir do final da década de 20. Essas estruturas foram oficializadas e passaram a constituir o tripé profilático da hanseníase, cada um com suas funções e com conseqüências diretas para o controle dos comunicantes, que serão descritas a seguir, para resgatar as implicações desses "equipamentos de saúde" para o controle de comunicantes neste período.

O isolamento compulsório dos doentes em Asilos-Colônias, que se expandiram a partir de 1928, acarretou sérios problemas e deu ensejo ao ocultamento dos casos, criando focos subterrâneos alimentadores da endemia, principalmente no meio intradomiciliar; também concorreu muitas vezes para quebrar a unidade familiar, o que aumentava ainda mais o sofrimento dos doentes e de seus familiares, comunicantes ou não.

O internamento dos filhos sadios de doentes de hanseníase em preventórios, que foram sendo inaugurados a partir de 1927, também concorreu para a quebra da unidade familiar e estigmatização das crianças lá internadas. Os dispensários que surgiram desde a criação das Inspeções de Profilaxia da Lepra também trouxeram problemas aos doentes e comunicantes, que geralmente se recusavam a procurá-los, por medo da internação compulsória e dos preconceitos e estigmas a que eram submetidos.

Assim, o tripé profilático desenvolvido neste período trouxe conseqüências muitas vezes desastrosas sob o ponto de vista social e resultados ineficazes quanto à profilaxia da hanseníase. Alguns autores, como Agrícola (1954)¹, colocam que o dispensário deveria ser um órgão essencialmente dinâmico e que entre suas atribuições estavam previstas atividades relacionadas ao controle dos comunicantes como, por exemplo, o exame, o fichamento e o reexame dos mesmos; a educação sanitária dos focos familiares e da população em geral e o afastamento das crianças comunicantes dos focos.

Nesse íterim da organização e expansão desses "equipamentos de saúde" referidos acima, estávamos ainda em plena "Era Chaulmoogrica". Os efeitos do óleo de Chaulmoogra sobre a hanseníase possibilitou a um grupo de hansenólogos da época concluir que "a lepra não é uma moléstia incurável" (Silveira et al., 1936, p.328)⁵².

Na década de 30, foram publicados trabalhos envolvendo os comunicantes. Um dos primeiros trabalhos foi um estudo epidemiológico intitulado "Da Frequência da Lepra nos Focos Familiares", em que foram estudados

os comunicantes registrados na Seção de Contatos do Departamento da Profilaxia da Lepra, de 7/7/28 a 30/7/36, onde haviam sido matriculados 9.239 comunicantes. Desse total 456 comunicantes adoeceram, perfazendo um índice contágio de 4,9%, traduzindo, assim, a importância do controle dos focos familiares (Pateo & Pereira, 1936)³⁵

Nesse estudo há uma citação que exemplifica o conceito que se fazia da doença, do contágio, do doente e dos comunicantes nessa época:

"A lepra nasce da lepra e o homem é a única fonte de infecção até agora conhecida. O contágio geralmente se dá pela convivência do individuo doente com o individuo são, por um contacto íntimo e prolongado, geralmente na mesma casa, influido ainda algumas circunstancias especiais, tais como, solução de continuidade da pele ou mucosa para que a inoculação se torne fácil e certa. No meio domestico um individuo leproso constitui um foco familiar de infecção dada a promiscuidade e os costumes nelle reinante, sendo a miséria e pobreza, a falta de hygiene e educação sanitaria, os responsáveis pela predominancia e expansão rapida do mal. A lepra não é moléstia hereditária, mas sim moléstia familiar, da infância e da indigência, constituindo o meio doméstico fonte de propagação do mal. É rarissimo existir uma família que tenha no seu seio um leproso, sem que existam outros membros também infectados. E isto por varias gerações. Tal facto não deve ser atribuído a uma herança mórbida, mas, às numerosas oportunidades de contágio pela convivência íntima e prolongada no foco familiar, onde a promiscuidade domina ao par da miséria, da pobreza, da ausencia de hygiene e de educação sanitária" (Pateo & Pereira, 1936, p.243)³⁵.

Nesse mesmo estudo também há a explicação de que após o doente ser fichado no Dispensário, era solicitado a ele o comparecimento de todas as pessoas de suas relações íntimas para o exame médico na Seção de Comunicantes, onde era preenchida uma ficha para cada contato, inclusive com a fotografia do examinado.

Nessa Seção, após a matrícula, o comunicante era examinado minuciosamente. Se fosse considerado suspeito ou doente, ele era encaminhado respectivamente para a Seção de Elucidação de Diagnóstico ou a Seção de Fichamento e Vigilância Médica. Se fosse considerado caso negativo, ficaria fichado na Seção de Comunicantes, onde semestralmente seriam realizados exames especializados, como o exame de laboratório do muco nasal (Pateo & Pereira, 1936)³⁵

Também nesse período, tanto em nível internacional quanto nacional, houve um outro fato marcante na

patologia e epidemiologia da hanseníase: o aprofundamento dos estudos sobre a reação de Mitsuda, denominada lepromino-reação e, aliada a ela, a avaliação do fator resistência. Um dos primeiros estudos sobre o uso da lepromina no Brasil foi realizado em 1938, entre as crianças, filhas de doentes de hanseníase, internadas em dois Preventórios de São Paulo, o Asilo Santa Terezinha e o Jacaré (Souza Campos, 1938)⁵⁴.

Os estudos realizados sobre a utilização do BCG (Bacilo de Calmette Guerin) na viragem do teste de Mitsuda e como proteção contra a hanseníase foram relevantes nesse período, colocando em evidência o comunicante de hanseníase como um elemento importante na epidemiologia dessa doença, pois foi com eles, que muitos outros estudos foram realizados, desvendando aspectos inteiramente novos, que vieram preencher a enorme lacuna que existia na epidemiologia, na imunologia e na clínica da hanseníase.

Em 1941, cria-se o Serviço Nacional de Lepra, que fortaleceu e expandiu as estruturas de saúde já existentes (os dispensários, preventórios e os asilos-colônias). No entanto, podemos concluir que os comunicantes de hanseníase não eram adequadamente controlados pelos serviços de saúde nesse período, o que sem dúvida também concorreu para a expansão da endemia hanseniana.

O Controle dos comunicantes de hanseníase: da sulfona à poliquimioterapia (1944-1991).

Após o advento da terapêutica sulfônica em 1941, e sua utilização no Brasil a partir de 1944, as medidas de controle da hanseníase sofreram importantes modificações tanto em relação aos doentes quanto aos comunicantes.

Em 1946, ocorreu a II Conferência Pan-Americana de Lepra, onde foram apresentados vários trabalhos epidemiológicos envolvendo os comunicantes de hanseníase, como a de Pateo Júnior sobre um Estudo Epidemiológico da Lepra nos Focos Familiares (Pateo Júnior, 1946)³⁶.

Outro importante evento no final da década de 40 foi a realização em Havana, em 1948, do V Congresso Internacional de Lepra, que em relação aos comunicantes, preconizou a observação periódica e regular dos mesmos, mantendo a recomendação da separação dos filhos dos doentes contagiantes.

Houve ainda a divisão dos comunicantes em duas grandes classes: os Mitsuda negativos ou duvidosos e os Mitsuda positivos. Os primeiros deveriam merecer atenção especial e ser reexaminados a cada seis meses durante cinco anos, a contar da data do último contato conhecido com o caso contagiante. Os segundos poderiam ser reexaminados com intervalos maiores e o período

de observação poderia ser diminuído a critério das autoridades sanitárias (Bechelli & Rotberg, 1951; Diniz, 1960)^{5,20}

Muitas das recomendações desse Congresso, de acordo com Bechelli & Rotberg (1951)⁵, foram adotadas na legislação brasileira mediante a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, que fixou normas para a profilaxia da hanseníase, trazendo no seu texto, vários artigos sobre o controle dos comunicantes, como exemplo:

"Artigo 3º - Todo contato ou comunicante é obrigado duas vezes, pelo menos, em cada ano, a submeter-se a exame dos técnicos nos serviços oficiais de lepra;

§ 1º - Os reexames semestrais dos comunicantes de casos contagiantes serão feitos nos dispensários ou nos domicílios, durante período não inferior a 6 anos, contados da data em que os mesmos se tiverem afastado da fonte de infecção;

§ 2º - Poderá ser menor, a juízo da autoridade sanitária, o período por que se deverão estender os reexames semestrais dos comunicantes de casos não contagiantes; 5 3º - O intervalo entre os reexames dos comunicantes leprominosos positivos poderá ser maior, desde que nisto não haja inconveniente, a juízo da autoridade sanitária;

Artigo 15 - Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos pais;

Artigo 16 - Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivem com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais; Artigo 26 - Às crianças comunicantes de doentes de lepra, internadas em preventórios ou recebida em lares, será proporcionada assistência social, principalmente sob a forma de instrução primária e profissional, de educação moral e cívica, e de prática de recreação apropriadas."

A organização clássica do tripé profilático já citado, continuou existindo e se expandindo nesse período, no entanto, não estavam dando o resultado esperado e desejável, que era a redução da endemia hanseníase. Os Asilos-Colônias estavam lotados, os Preventórios continuavam como local de isolamento exclusivo dos filhos de doente de hanseníase, constituindo-se antes um meio de estigmatização do que centro de educação das crianças, e os Dispensários não estavam preenchendo suas finalidades profiláticas, principalmente porque o controle dos comunicantes não estava sendo realizados como deveria, já que os mesmos eram revistos em número reduzido (Baptista, 1959)⁴.

Fonte (1951)²¹, analisando dados de Serviço Nacional de Lepra no quinquênio 1946/1950, observou que a incidência da hanseníase entre os comunicantes intradomiciliares era elevada, e que o fichamento e o reexame periódico e sistemático de todas essas pessoas

que conviviam ou conviveram com os doentes, era considerada pelos sanitaristas medida de maior relevância para o controle e profilaxia da hanseníase. No entanto, na prática, não vinha sendo realizada com o rigor e regularidade preconizada pela legislação em vigor, devido às dificuldades estruturais e operacionais dos serviços especializados da época.

O fichamento dos comunicantes, preconizado na legislação de 1949 (o prazo mínimo estabelecido era de 6 anos para o controle dos comunicantes), freqüentemente não era executado por vários motivos, entre eles, a natural repulsa dos comunicantes em comparecer a um serviço de controle da doença, o pouco número de unidades sanitárias e de pessoal para essa tarefa e a falta de recursos materiais nos dispensários, principalmente, o transporte do médico até a residência do comunicante para examiná-lo e fichá-lo (Fonte, 1951)²¹.

Em 1952, foi publicado um artigo intitulado "Meios e Modos Para o Descobrimto de Casos de Lepra", em que o autor afirma que o modo mais adequado para contribuir com maiores valores no descobrimto de novos casos seria o reexame periódico e sistemático dos comunicantes. Mas isso não estava sendo realizado, assim como fracassara o instrumento de notificação compulsória, devido a vários fatores: desconhecimento dos sinais e sintomas e das formas iniciais da doença por grande número de médicos; interesse de ordem material ou sentimental do médico em ocultar os casos das autoridades sanitárias; adoção de medidas policiaescom com grandes prejuízos materiais e morais aos doentes e seus familiares e mesmo ao médico notificante; e receio do próprio doente em procurar o médico para escapar à notificação e à ação das autoridades sanitárias. Tudo isto, evidentemente, afastava os comunicantes, prejudicando o controle dos mesmos (Fonte, 1952)²².

Na literatura pesquisada nesse período, há unanimidade ao se considerar que a profilaxia da hanseníase deveria ter sido alicerçada com os exames periódicos e regulares dos comunicantes e que o conceito de comunicante (apesar de a maioria dos casos novos serem intradomiciliares) vai se ampliando para aqueles que convivem ou conviveram intimamente com casos reconhecidamente contagiantes, parentes ou não, "no mesmo quarto, na mesma casa, ou no mesmo local de trabalho" (Rabello, 1955, p.14)⁴⁰

Em 1953, ocorreu o VI Congresso Internacional de Leprologia em Madri, cuja principal recomendação foi a de abandonar o isolamento compulsório como o pilar central da profilaxia, tornando mais seletivo o internamento, enfatizando o tratamento ambulatorial, o trabalho de assistência social aos doentes e famílias e o controle dos comunicantes (Lana, 1997)²⁷.

Nesse Congresso, de acordo com Diniz (1960)²⁰, no

que diz respeito à proteção e controle dos comunicantes, a Comissão aconselhou a indução da lepromino-reação pelo BCG e o tratamento preventivo dos comunicantes lepromino-negativos, após calmetização a partir da idade de dez anos. Ainda foram prescritas as seguintes normas para o controle dos comunicantes:

- a) Os comunicantes lepromino-positivos dos casos indeterminados e tuberculóides não necessitam vigilância;
- b) Os comunicantes lepromino-positivos de casos contagiosos requerem vigilância periódica, ainda que não freqüente;
- c) Os comunicantes lepromino-negativos devem ser controlados periodicamente, com a maior freqüência possível" (Diniz, 1960, p.24)²⁰.

Em relação às crianças, a Comissão recomendou que os filhos de doentes de hanseníase, separados imediatamente após o nascimento, fossem colocados em meio familiar ou em instituições públicas ou privadas, destinadas à proteção da infância em geral, ou seja, recomendava-se que os Preventórios deixassem de ser estabelecimentos estanques de só recolher recém-nascidos, filhos de doentes de hanseníase e/ou os seus conviventes menores e se transformassem em órgãos de assistência às crianças de quaisquer procedências, com o objetivo de facilitar a reintegração das crianças na sociedade e diminuir o estigma social (Diniz, 1960)²⁰.

Mello (1958)³¹ acrescenta que nesse Congresso Internacional de Lepra, em Madri, chegou-se a preconizar o tratamento preventivo com sulfonas dos susceptíveis expostos ao contágio, que já havia sido objeto de investigação no Brasil desde 1947, quando foi realizado um estudo sobre o emprego das sulfonas nos comunicantes Mitsuda-negativos nas crianças do Preventório Santa Terezinha, em São Paulo. Nesse estudo concluiu-se que, com o uso das sulfonas, foi possível converter crianças Mitsuda-negativo em Mitsuda-positivo (Souza Campos, 1948)⁵⁵

Em 1956, o Serviço Nacional de Lepra, instituiu, sob a forma de Campanha em nível nacional, um novo estilo de ação profilática, dinâmico e quantitativo, objetivando finalidades essencialmente preventivas, no qual o controle dos comunicantes foi considerado o principal objetivo na luta contra a hanseníase, pela adoção de medidas que viabilizassem a detecção de um maior percentual de casos na forma inicial da doença (Diniz, 1958; Moreira, 1999)⁷⁹. No ano de 1958, ocorreu o Congresso de Tóquio que, em relação ao controle dos comunicantes, preconizou que a supervisão dos mesmos deveria ser praticada devido à importância da fonte de infecção e às condições de contato, sendo mais exigente para com os comunicantes intradomiciliares de doentes contagiantes. Recomendou, ainda, a vacinação das crianças pelo BCG,

sem necessidade do Teste de Mitsuda preliminar (Diniz, 1960)²⁰.

Baptista (1959)⁴ coloca que, ainda em 1958, durante a realização do Seminário de Profilaxia da Lepra em Belo Horizonte, o que se discutia em relação aos comunicantes era a questão referente ao uso ou não da vacina BCG como medida de proteção efetiva dos mesmos, pois, mesmo reconhecida a importância desse meio para aumentar a resistência contra à hanseníase, não havia uniformidade de opinião entre os participantes.

Nessa ocasião, o diagnóstico precoce continuou sendo o fator profilático primordial, pois essa medida já era entendida há muito tempo como instrumento capaz de quebrar o elo da cadeia epidemiológica, protegendo assim os comunicantes. A educação sanitária também era tida como fator de mais alta relevância profilática, principalmente para o comparecimento dos comunicantes para a realização de exames nos dispensários, pois já era aceita a idéia de que o comparecimento seria tanto mais fácil, quanto mais eficiente fosse a educação sanitária do doente (Baptista, 1959)⁴.

Quagliato & Veitiekka (1958)³⁹ referem que, no Estado de São Paulo, o controle dos comunicantes de hanseníase era realizado, nessa época, em 35 dispensários no interior e 12 na capital, e que existiam muitas dificuldades para a realização das atividades inerentes a esta tarefa dentro e fora dos dispensários.

Esses mesmos autores consideram que um dos fatores que dificultava o controle dos comunicantes era a visita domiciliar, devido ao pavor, do doente e seus familiares, da divulgação da doença entre os vizinhos. A simples presença de um médico despertava a curiosidade de toda a vizinhança que não ficava satisfeita enquanto não descobrisse o motivo da visita, o que criava uma situação de constrangimento para o doente e sua família.

Como alternativa, os dispensários convocavam os interessados por carta ou por terceiros (guardas, parentes) para reunião em dia e horas determinados, no centro sanitário de mais fácil acesso, onde os médicos pudessem atuar mais à vontade e onde o comparecimento do interessado passasse despercebido.

Mas, de maneira geral, o controle dos comunicantes nos dispensários era precário e a maior parte deles não era examinada, com exceção dos cônjuges de doentes, devido à exigência de um "visto" em suas cadernetas para realizar visitas aos Asilos-Colônias.

No final da década de 50, Baptista (1959)⁴, publicou um artigo intitulado "Novos Rumos para o Problema da Profilaxia da Lepra", no qual afirma que o isolamento compulsório, que juntamente com o dispensário e o preventório constituía o tripé sobre o qual se baseava a profilaxia clássica da hanseníase, não preencheu suas finalidades porque incentivou a ocultação dos focos,

restringiu o problema aos médicos dos serviços públicos especializados, executou as medidas de natureza policial e dificultou a detecção de novos casos e o controle dos comunicantes.

Tinoco (1960, p.163)⁵⁷, em um trabalho sobre Profilaxia, conceitua comunicante de hanseníase como "o indivíduo que coabita ou tem contato freqüente com o doente de lepra, bem como aquele que coabitou ou teve contato freqüente com caso de lepra nos 5 anos que antecederam o descobrimento do mesmo".

Esse autor, recomenda que, em regiões de elevado coeficiente de prevalência, a procura de casos em outros grupos populacionais deveria ser realizada, mesmo nos não qualificados como comunicantes, por ser possível surgir a doença em pessoas que não tinham ou não tiveram contato freqüente com doentes. Quanto aos comunicantes, indica o exame periódico, com intervalo de seis meses a um ano, dependendo da periculosidade da fonte de infecção, da idade, da natureza da convivência e da resposta ao teste de Mitsuda dos respectivos contatos. Preconiza, ainda, que os comunicantes deveriam ser alertados sobre os sinais e sintomas da doença e sobre a importância dos exames diagnósticos das formas incipientes, pelo exame dermatológico e pesquisa da sensibilidade superficial e de amiotrofias (Tinoco, 1960)⁵⁷.

Uma nova Política de Controle da Hanseníase foi implementada no Brasil, em 1962, baixada pelo Decreto nº 968, o qual revogou o isolamento compulsório; conjugou medidas de controle e intervenção social com as de assistência e fixou regras para a vigilância dos enfermos não internados, dos casos suspeitos e dos contatos, para a verificação de notificações e denúncias, para a realização de exames em grupos populacionais de interesse epidemiológico e para a investigação de focos (Antunes et al., 1988)³.

Essa legislação determinava, no artigo 4^a, as medidas de controle em relação aos comunicantes e colocava a obrigatoriedade dos contatos de hanseníase serem examinados periodicamente, com intervalos máximos de um ano. Além disso, os exames dos comunicantes deveriam se estender por um prazo não inferior a seis anos, contados a partir da data do último contato com a fonte de infecção, e, a juízo da autoridade sanitária, poderiam ser dispensados dos exames os contatos de doentes com baciloscopia negativa e aqueles com Mitsuda-positivos (Brasil, MS, 1962)⁷.

Ainda, em relação aos comunicantes, manteve a determinação de que as crianças nascidas em focos de hanseníase deveriam ser afastadas de seus pais, assim como as crianças nascidas nos Leprocômios (Asilos- Colônias).

No ano seguinte, no VIII Congresso Internacional de Lepre, ocorrido no Rio de Janeiro, recomendou-se que os

filhos de doentes de hanseníase deveriam permanecer com seus pais e que outros meios de proteção deveriam ser tentados (Lessa, 1986)²⁸.

Em nível federal, a legislação de 1962 somente vai ser revogada em 1976, através do Decreto nº 77.513, e poucos dias depois é expedida a Portaria BSB nº 165, do Ministério da Saúde, que inaugura uma nova fase da Política de Controle da Hanseníase no Brasil (Antunes et al., 1988)¹.

Essa portaria, evidentemente, modifica algumas medidas de controle, tais como estimular o comparecimento voluntário dos comunicantes, além dos doentes e suspeitos, através de ações de educação para a saúde e de uma atenção médica de boa qualidade. Ainda prescreve que os comunicantes deveriam fazer, pelo menos uma vez por ano, a revisão dermatoneurológica, e recomenda que seja comunicado à autoridade sanitária as mudanças de endereço do doente e de seus contatos que se transferirem para outra cidade; recomendava também a busca ativa de casos e exames da coletividade. Além disso, recomendava a preservação da unidade familiar, abolindo a prática do afastamento dos filhos dos doentes de hanseníase salvo algumas exceções (Brasil, MS, 1976)⁸.

Nesse período, o Estado de São Paulo estava implantando a Programação e como componente deste novo modelo tecnológico foi elaborado o Sub-Programa de Controle da Hanseníase (SPCH), que fazia parte dos Programas de Saúde do Adulto, da Criança e da Gestante. E, em relação ao controle dos comunicantes, Nemes (1989)³³, em sua dissertação, afirma que o Sub-Programa recomendava o acompanhamento de todos os comunicantes, mas vários técnicos da Secretaria da Saúde recomendavam apenas o acompanhamento dos comunicantes das formas clínicas Virchowiana (V) e Dimorfa (D). Embora não fosse conduta oficial, isso era seguido em várias unidades. Afirma também que em nível central, não havia banco de dados específicos para comunicantes apesar das fichas epidemiológicas conterem campos para o preenchimento do número de familiares.

O controle dos comunicantes novos e antigos que, segundo o Sub-Programa, deveriam ser controlados por cinco anos também era ineficaz. Os comunicantes inscritos freqüentemente não eram submetidos aos exames previstos; além disso, as unidades computavam como existentes comunicantes em abandono. As consultas médicas só atingiam pouco mais da metade dos comunicantes e o atendimento de enfermagem jamais se concretizou como previsto no SPCH. Na maioria das unidades essa atividade resumia-se a perguntas sobre possíveis queixas e muitas unidades de saúde abandonaram esta atividade, mantendo apenas o agendamento para a consulta médica (Nemes, 1989)³³.

As atividades de visita domiciliar e trabalho de grupo

previstas para doentes e comunicantes foram pouco utilizadas, conduzindo à precariedade do controle dos comunicantes. Mais uma vez isso caracterizou a pouca atenção que esses contatos recebiam dos órgãos oficiais de controle da hanseníase.

A implantação de um novo modelo assistencial a partir de 1983 no Estado de São Paulo caracterizou-se por um abandono relativo da questão do controle da hanseníase em nível da Secretaria da Saúde. Em nível local ocorreu uma expansão da assistência médica, o que também não acarretou melhorias no controle dos doentes e dos comunicantes de hanseníase. Já que no período de 1984 a 1987 as informações quantitativas disponíveis sobre o SPCH são mais escassas do que as do período anterior, principalmente no que se refere aos dados sobre a cobertura e atividades relacionadas ao controle dos comunicantes (Nemes, 1989)³³.

Em 1987 é realizada uma revisão da Portaria Ministerial nº 165, de 1976, que ainda vigorava, que resultou na Portaria nº 001/DNDS, de 09/10/87 e que trouxe um elenco de normatização em relação aos comunicantes (Brasil, MS, 1987)⁹.

Nessa portaria encontramos classificações dos contatos segundo o tipo de convivência: intradomiciliar (considerado como toda e qualquer pessoa que resida com o doente) e extradomiciliar, e segundo a classificação do caso índice: paucibacilar e multibacilar. No entanto, casos da forma clínica indeterminada, com Mitsuda negativo, embora paucibacilar, estavam incluídos entre os multibacilares por serem potencialmente multibacilares.

A vigilância dos contatos preconizada consistia no exame dermatoneurológico com base nos seguintes critérios: exame de todos os contatos intradomiciliares de casos novos, de todas as formas clínicas, sendo que os contatos intradomiciliares dos casos multibacilares deveriam ser mantidos sob vigilância pelo período de cinco anos, com revisões anuais e, após esse período, deveriam ser liberados com as devidas orientações; os contatos intradomiciliares dos casos paucibacilares, após o primeiro exame, se fossem considerados contatos indenes também deveriam ser liberados com as devidas orientações.

Ainda nessa portaria, foi normatizado que todos os contatos que não apresentassem cicatriz vacinal pelo BCG-id deveriam ser vacinados. Entretanto, já não era mais exigida a utilização do Teste de Mitsuda nos contatos.

Esta legislação de 1987 manteve a normatização da prática de não afastar os filhos do convívio dos pais doentes de hanseníase, promovendo a preservação da unidade familiar já preconizada desde 1976.

Em 1988, a Portaria nº 01, de 31/08/88, revoga a Portaria citada anteriormente, mas não modifica a

normatização em relação à classificação e vigilância dos contatos e preservação da unidade familiar (Brasil, MS, 1988)¹⁰.

No ano de 1989, outra Portaria é expedida com novas instruções normativas (Portaria nº 01, de 7/11/89) que, em relação à vigilância dos contatos, modifica apenas o item referente à utilização da vacina BCG-id, passando a recomendar a aplicação de duas doses a todos os contatos intradomiciliares de pacientes Virchowianos e Dimorfos, independentemente da presença de cicatriz vacinal e da idade, com intervalo de um ano-calendário, visando a aumentar a proteção desse grupo de risco (Brasil, MS, 1990; São Paulo, SES, 1992)^{11,43}.

O controle dos comunicantes de hanseníase: da poliquimioterapia à atualidade (1991 – 2000).

Após a implantação oficial da Poliquimioterapia (PQT) no Brasil, em 1991, considerada por Lana (1992)²⁶ como um novo modelo tecnológico de assistência à hanseníase, e a criação do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase em 1992, sucessivas modificações foram sendo implementadas em relação às atividades de controle e eliminação da hanseníase, dentre elas, as referentes ao controle dos comunicantes.

Em 1991, houve a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, em que o Brasil se comprometeu a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000, reduzindo a prevalência a um nível inferior a um caso por 10 mil habitantes. Nesse mesmo ano foi expedida a Portaria nº 1.401 que, em relação aos comunicantes, acrescentou para fins operacionais que o contato intradomiciliar deveria ser considerado o contato de toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos cinco anos com o doente. Nessa portaria foram mantidos os demais itens normatizados na Portaria nº 1, de 7/11/89, agora revogada (Brasil, MS, 1991)¹².

Já em 1992, fora expedida a Portaria nº 864, de 7/8/92, que também trouxe modificações em relação à vigilância dos contatos, ao estabelecer que os contatos intradomiciliares dos casos Virchowianos (V) e Dimorfos (D) deveriam ter dois comparecimentos, para exames dermatoneurológicos, vacinação BCG-id e orientação educativa, com intervalo de 12 meses e que, após isso, o contato deveria ser liberado, reduzindo assim o período de vigilância de cinco para dois anos, mantendo os demais itens (Brasil, MS, 1992)¹³.

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, a partir de 1989, o Estado de São Paulo

já recomendava que a vacinação BCG-id deveria ser estendida a todos os contatos de hanseníase, independentemente da forma clínica, justificando que a inclusão dos contatos de casos paucibacilares na vacinação BCG-id se deve ao fato de que eles poderiam estar expostos à mesma fonte de infecção, e que a vacinação parece proteger contra o aparecimento das formas multibacilares a partir da segunda dose (São Paulo, SES, 1992)⁴³

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. O Estado de São Paulo, no entanto, não só a adotou para todos os contatos intradomiciliares, como também determinou que os contatos de paucibacilares 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 (São Paulo, SES, 1992)⁴³.

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, determinando 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 (Brasil, MS, 1993)¹⁴.

Essa 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 da forma clínica.

Ainda em 1993, no Estado de São Paulo, pela 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, esse documento não faz qualquer menção, entre suas diretrizes básicas, ao controle dos comunicantes, exceto quando coloca que a detecção de casos, visando ao diagnóstico precoce da doença, será feito por meio do atendimento da demanda espontânea, verificação de notificações e busca ativa pelo exame de contatos domiciliares; sem no entanto especificar tal conduta (São Paulo, SES, 1993)⁴⁴.

A pouca importância dada ao controle dos comunicantes é também evidenciada nos Relatórios da Situação da Endemia Hanseníaca do Estado de São Paulo de 1993 e 1994 (São Paulo, SES, 1994 a; São Paulo, SES, 1995)^{45,47}. Em um 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", há uma breve avaliação do controle dos comunicantes, quando se coloca que, em relação ao exame dos mesmos, a cobertura permanece 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 (São Paulo, SES, 1994 b)⁴⁶.

Ainda nesse ano, foi publicado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde um Guia de Controle da Hanseníase, ainda em vigor, que entre outros aspectos, trata das medidas gerais de controle. Nele consta que a investigação epidemiológica a partir do caso índice e o exame clínico periódico (grifo nosso) dos contatos intradomiciliares constitui uma das principais atividades na busca do diagnóstico clínico precoce da hanseníase. Apresenta, no entanto, uma contradição em relação à periodicidade do exame clínico dos contatos, pois a norma nacional vigente na época (Portaria nº 814, de 22/7/93) recomendava um único exame dermatoneurológico dos mesmos, liberando-os a seguir, caso estivessem sadios (Brasil, MS, 1994 a)¹⁵.

Nesse Guia, destaca-se ainda, que para o planejamento das atividades de controle da hanseníase é indispensável conhecer o número de contatos intradomiciliares de casos novos, e para tal, recomenda estimar o número de contatos a serem examinados e vacinados, multiplicando-se o número de casos novos por quatro, pois admite-se que cada paciente convive no domicílio, em média, com quatro pessoas (Brasil, MS, 1994 a)¹⁵.

Em 1994 é expedida outra Portaria revogando a de nº 814, de 22/7/93, mas mantém a normatização referente à classificação e vigilância dos contatos e dos aspectos sociais relacionados aos mesmos.

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, elaborado no final de 1990 e operacionalizado no período de 1990 a 1994. Os dois realizaram uma avaliação da situação existente do ponto de vista epidemiológico e operacional dos respectivos níveis, mas pouco informaram sobre a vigilância dos contatos (Brasil, MS, 1994 b)¹⁶.

Um outro documento refere-se ao "Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil Para o Período de 1995-2000", que tinha como objetivo geral atingir a meta da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil até o ano 2000. No entanto, apesar de elencar entre seus objetivos específicos o de diagnosticar

precocemente todos os casos novos esperados, não especifica como operacionalizá-lo e qual seria a participação da vigilância de contatos na captação destes casos novos (Brasil, MS, 1994 b)¹⁶

Em 1996, a Secretaria de Estado da Saúde emitiu o Relatório da Endemia Hansênica no Estado de São Paulo do ano-base de 1995, que, em relação ao Relatório de 1994, é ainda mais detalhado, pois apresenta as perspectivas de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Estado de São Paulo até o ano 2000, bem como os aspectos relevantes da organização de serviços de saúde em relação à hanseníase, além de trazer avaliação detalhada das atividades de Vigilância Epidemiológica sobre a endemia hansênica. Entretanto, não faz análises de indicadores sobre vigilância de contatos, mencionando apenas a importância do controle dos comunicantes, quando descreve sobre as ações sociais no controle da hanseníase (São Paulo, SES, 1996)⁴⁸.

Os relatórios da endemia hansênica no Estado de São Paulo, divulgados pelo C.V.E./Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, referentes aos anos de 1996 e 1997, também não trouxeram informações e/ou avaliações sobre o controle dos comunicantes (São Paulo, SES, 1997; São Paulo, SES, 1998)^{49,50}

A partir de fevereiro de 1998, foram expedidas novas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, que promoveram alterações na classificação operacional para fins de tratamento em multibacilar e paucibacilar baseada no número de lesões. Foram implantados 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 contatos (Brasil, MS, 1998)¹⁷.

Também não foi modificada a normatização 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 seis meses entre a primeira e segunda dose. No entanto, traz algumas recomendações especiais para não contradizer a norma nacional do Programa de 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 antiretroviral (Brasil, MS, 1998)⁷⁷.

Mais recentemente, a Secretaria da Saúde de São Paulo, publicou a Resolução SS-31 de 19/02/99 que

estabelece as Diretrizes e Estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase, a qual, diferentemente das instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, preconiza que a vigilância dos contatos seja realizada em todos os conviventes domiciliares, sendo que os contatos dos doentes multibacilares devem ser submetidos a pelo menos um exame dermatológico por ano durante cinco anos e os contatos de doentes paucibacilares a pelo menos um exame por ano durante dois anos (São Paulo, SES, 1999)⁵¹.

Em todas as legislações aqui citadas sobre o controle dos comunicantes de hanseníase, podemos verificar que, apesar de classificar os contatos segundo o tipo de convivência em intradomiciliar e extradomiciliar, nenhuma legislação, guia, manual ou qualquer outro material expedido pelos órgãos oficiais conceituam para fins operacionais e/ou epidemiológicos quem são estes contatos extradomiciliares, assim como não especificam os critérios que deveriam ser adotados em relação à vigilância dos mesmos, pois como afirmam Van Beers et al. (1999, p. 128)⁵⁸:

"Um contacto de un paciente com lepra es el principal determinante de la lepra incidente; el tipo de contacto no está limitado al entorno intrafamiliar, también contribuyen las relaciones vecinales y sociales."

Todas estas normatizações em relação à vigilância dos contatos que foram sendo expedidas e revogadas a partir de 1987, possivelmente, não causaram impacto significativo no controle dos comunicantes, pois não podemos garantir que todos os gerentes de serviços de saúde e os responsáveis pela operacionalização das ações do Programa de Controle da Hanseníase tenham tido conhecimento de todas essas legislações. Isso se deve a vários fatores que envolvem desde dificuldade de acesso ao Diário Oficial da União e do Estado até problemas de gerenciamento e organização dos serviços, baixa qualificação dos recursos humanos, reestruturação da organização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, municipalização da saúde, inoperância dos Conselhos Municipais de Saúde, entre outros fatores não menos importantes, como afirma Pinto Neto, 1999³⁸

Esse autor ainda coloca que mesmo diante da urbanização da endemia hansênica e de suas conseqüências para a coletividade, o controle dos comunicantes não tem sido incrementado e/ou priorizado pelos órgãos oficiais e unidades de saúde, contribuindo para que dezenas de comunicantes intradomiciliares e extradomiciliares conti-

* O esquema PQT/ROM consiste na administração em dose única de uma combinação de três antibióticos: 600 mg de Rifampicina, mais 400 mg de Ofloxacina e 100 mg de Minociclina, a ser utilizado no tratamento da hanseníase paucibacilar com uma única lesão de pele. BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde. Alterações nas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. Brasília, 1998.

nuem alimentando o "iceberg" da endemia hanseníase, promovendo, assim, a expansão da mesma.

Assim, até hoje encontramos os próprios órgãos governamentais, em nível estadual, elaborando manuais ou material teórico para treinamentos, contendo informações desatualizadas de portarias e outras legislações, já revogadas. E, em nível das unidades de saúde, encontramos, empiricamente, as mais diversas formas de controle dos comunicantes de hanseníase, que são realizadas conforme a dinâmica da própria unidade de saúde, sem interferência direta da legislação federal e/ou estadual, que normatiza tais ações de controle.

Exemplificando esta afirmação, recentemente constatamos que a Resolução SS-31, de 19/02/1999, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo no dia 20/02/1999, só chegou ao conhecimento dos profissionais de saúde de uma das 24 Divisões Regionais de Saúde (DIR-SUS) do Estado de São Paulo, no final do mês de maio do corrente ano, o que demonstra que há um descompasso entre as ações normatizadas e as executadas em nível das unidades de saúde que "desenvolvem" as ações do Programa de Controle da Hanseníase.

Todos esses aspectos poderão comprometer as metas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, pois, o controle de comunicantes, quando desenvolvido de maneira satisfatória pelas unidades de saúde, torna-se um instrumento importante para a detecção precoce dos casos e a prevenção das incapacidades físicas, diminuindo o sofrimento físico-psicológico, o preconceito e o estigma, enfim, diminuindo os custos sociais e econômicos dessa doença (Pinto Neto, 1999)³⁸

CONCLUSÃO

O levantamento bibliográfico, possibilitou constatar que, de forma geral, o controle dos comunicantes de hanseníase tem recebido pouca atenção no processo histórico dessa 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 (PQT).

A introdução de cada uma dessas terapêuticas foi considerada por alguns autores como um novo modelo tecnológico de assistência à hanseníase. No entanto, na prática, o enfoque ficou centralizado no tratamento e cura dos doentes de hanseníase, e a questão do controle dos comunicantes, apesar de estar contemplada nas

legislações, ficou em plano secundário, não sendo privilegiada como as terapêuticas medicamentosas.

O Programa de Controle da Hanseníase em vigor, assim como outros programas existentes na rede de serviços de saúde, é verticalizado e suas ações ainda não estão integradas às demais ações das unidades de saúde.

Acreditamos que essas questões merecem ser repensadas e deve ser retomada uma prática que também privilegie a prevenção, as medidas de controle e as ações integradas no desenvolvimento do Programa de Controle da Hanseníase.

Este estudo também nos remete para uma proposta de trabalho em que as equipes de saúde devem ser capacitadas para desenvolver um processo educativo nas ações de hanseníase, contando com a participação do doente, do comunicante e da comunidade nas decisões que os envolvam, no diagnóstico precoce, na prevenção de incapacidades físicas e no combate ao preconceito e ao estigma.

A equipe de enfermagem e, em especial, o enfermeiro, por estarem inseridos e envolvidos com o desenvolvimento das ações do Programa de Hanseníase nas unidades de saúde, devem garantir, com qualidade, a execução das normas do programa, tanto em relação ao doente quanto em relação ao controle dos comunicantes, pois, como já citamos, estes últimos constituem um elo da cadeia epidemiológica da doença, que merecem mais atenção, não somente pelo risco a que estão expostos, mas também pelas repercussões biopsicossociais e econômicas que esta doença traz aos doentes e comunicantes (Pinto Neto, 1999)³⁸.

Acreditamos que, com "doente tratado e comunicante controlado", os serviços de saúde podem contribuir para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. No entanto, não acreditamos que, com a estratégia de um único encontro com os comunicantes, conforme normatização federal em vigor, podemos controlá-los e interromper a cadeia epidemiológica. Como Vijayakumaran et al. (1998)⁵⁹ afirmam, mesmo pondo o caso índice em tratamento poliquimioterápico, não se elimina a transmissão da doença dentro de uma casa, sendo necessárias outras intervenções para minimizar o risco da hanseníase entre os contatos intradomiciliares.

Assim, este estudo aponta para a necessidade de os serviços de saúde valorizarem o controle dos comunicantes, rediscutirem o que está normalizado, e fazerem estudos epidemiológicos para verificar a participação destes comunicantes na endemia hanseníase, pois cada realidade epidemiológica pode exigir um novo dimensionamento em relação à periodicidade dos exames, entre outras estratégias de controle.

SUMMARY

This work is a synopsis of a literature review about *The Control of Leprosy Contacts in Brazil according to Three periods from the year of Republic Proclamation up to-day. Along this review we try to rescue the cronology of facts which concerns to means of Leprosy Contacts Control,*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGRICOLA, E. Combate ao mal de Hansen. **Bol Serv. Nac. Lepra**, v.13, n.3/4, p.16-28, 1954.
2. AGRICOLA, E. A lepra no Brasil: resumo histórico. **Bol Serv. Nac. Lepra**, v.19, n.2, p.143-155, 1960.
3. ANTUNES, J. L. F.; COSTA, O. V.; AUGUSTO, M. H. O. Hanseníase: a lepra sob a mira da lei. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, v.48, n.1/2, p.29-36, 1988.
4. BAPTISTA, L. Novos rumos para o problema da profilaxia da lepra. **Rev. bras. Leprol**, v.27, n.1, p.3-8, 1959.
5. BECHELLI, L.M.; ROTBERG, A. **Compêndio de leprologia**. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra, 1951.
6. BELDA, W. Epidemiologia. In: TALHARI, S.; NEVES, R.G. **Hansenologia**. Manaus, Calderaro, 1984. cap.10, p.93-100.
7. BRASIL. Leis etc. Decreto nº 968 de 7 de maio de 1962. Baixa normas técnicas especiais para o combate à lepra no país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de maio 1962. p.5113-5114.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 165/Bsb de 14 de maio de 1976. **Diário Oficial da União**, Brasília, maio de 1976. /mimeografado/.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº 1, de 9 de outubro de 1987. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out .1987. Seção 1, p.17306.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº 1 de 1 de Agosto de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 set.1988. Seção 1, p.17843.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº 1 de 7 de novembro de 1989. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jan.1990.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria na 1.401, de 14 de agosto de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 ago.1991. Seção 1, p.16707.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 864, de 7 de agosto de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 ago.1992. Seção 1, p.11480.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 814, de 22 de julho de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 ago.1993. Seção 1, p.11167.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle da hanseníase**. 2.ed. Brasília, 1994 a.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Plano de eliminação da hanseníase no Brasil para o período de 1995-2000**. Brasília, 1994 b. 9p. /mimeografado/.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Alterações nas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase**. Brasília, 1998.
18. CARRASCO, M.A.P. **O saber de enfermagem na assistência à hanseníase no Estado de São Paulo**. Campinas, 1997. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
19. DINIZ, O. Profilaxia da lepra no Brasil: plano atual da campanha e sua execução. **Rev. bras. Leprol**, v.26, n.3/4, p.141-154, 1958.
20. DINIZ, O. Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil. **Bol. Serv. Nac. Lepra**, v.19, n.1, p.5-135, 1960.
21. FONTE, J. Vigilância de doentes e comunicantes pelos serviços de lepra das unidades federadas. **Bol. Serv. Nac. Lepra**, v.10, n.4, p.201-207, 1951.
22. FONTE, J. Meios de modos para o descobrimento de casos de lepra. **Bol. Serv. Lepra**, v.11, n.1, p.7-16, 1952.
23. GERGE, K. et al. The role of intrahousehold contact in the transmission of leprosy. **Leprosy Rev.**, v.61, n.1, p.60-63, 1990.

emphasizing scientific publications, the laws on it, and directives about *The Program of Leprosy Control at state and national level.*

Uniterms: Control of Contacts, Leprosy, Legislation, Programs.

24. JESUDASAN, K. et al. Incidence rates of leprosy among household contacts of primary cases. **Indian J. Leprosy**, v.56, n.3, p.600-614, 1984 a.
25. JESUDASAN, K. et al. Time trends in the analysis of incidence rate of leprosy among household contacts. **Indian J. Leprosy**, v.56, n.3, p.792-806, 1984 b.
26. LANA, F.C.F. **Organização tecnológica do tratamento em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia**. Ribeirão Preto, 1992. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo..
27. LANA, F.C.F. **Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania**. Ribeirão Preto, 1997. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.
28. LESSA, Z.L. **Hanseníase e educação em saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e teológico**. São Paulo, 1986. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.
29. MATOS, H.J. et al. Epidemiologia da hanseníase em coortes de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987 - 1991). **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.13, 1999
30. MAURANO, F. **História da lepra em São Paulo**. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939. v.1.
31. MELLO, A. Tratamento em massa na lepra. **Rev. Bras. Leprol**, v.27, n.1, p.26-29, 1958.
32. MOREIRA, T.M.A. **As campanhas de hanseníase no Brasil**. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
33. NEMES, M.I.B. **A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de Sub-Programa de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)**. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.
34. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para o controle de lepra**. 2.ed. Washington, DC, USA, 1989.
35. PATEO, D.; PEREIRA, S. Da frequência da lepra nos focos familiares. **Rev. bras. Leprol.**, v.4, p.241-259, 1936. n.especial.
36. PATEO JUNIOR, J.D. Estudo epidemiológico da lepra nos focos familiares. **Arq. Serv. Nac. Lepra**, v.4, n.2, p.37, 1946.
37. PEDRALIANI, E.S. et al. Controle dos comunicantes: sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase. **Hansen. Int.**, v.11, n.1/2, p.44-54, 1986.
38. PINTO NETO, J. M. **Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no C.S./ de Fernandópolis (1993 a 1997)**. Ribeirão Preto, 1999. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
39. QUAGLIATO, T.; VEITIEKA, J. Revisão dos focos de lepra: cadastro lepromínico e exames de comunicantes pelo sistema de convocação, viabilidade e aspecto econômico. **Rev. bras. Leprol**, v.26, n.3/4, p.273-294, 1958.
40. RABELLO, F.E. Morbus Hansen. **Bol. Serv. Nac. Lepra**, v.14, n.1/2, p.5-16, 1955.
41. RAO, P.S.S. et al. Transmission of leprosy within households. **Int. J. Leprosy**, v.43, n.1, p.45-54, 1975.
42. RAO, P.S.S. et al. Impact of MDT on incidence rates of leprosy among household contacts. **Int J. Leprosy**, v.57, n.3, p.647-651, 1989.
43. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica. Hanseníase: normas e instruções**. São Paulo, 1992.
44. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução 55-220, de Julho de 1993. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 14 jul.1993. Seção 1, p.14.
45. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS/Hanseníase/CVE. **Relatório da situação da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1993**. São Paulo, 1994 a. 16p. /mimeografado/.
46. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes para o plano de eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo até o ano 2000**. São Paulo, 1994 b. 12p. /mimeografado/.
47. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Situação da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1994**. São Paulo, 1995. 25p. /mimeografado/.
48. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1995**. São Paulo, 1996. 26p. /mimeografado/.
49. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório da endemia hanseníase no Estado de São Paulo, 1996**. São Paulo, 1997. 18p. /mimeografado/.

- 50.SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório da endemia hansênica no Estado de São Paulo, 1997**. São Paulo, 1998. 14p. /mimeografado/.
- 51.SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-31, de fevereiro de 1999. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 20 de fev. 1999. Seção 1, p. 17-20.
- 52.SILVEIRA, R.; BARROS, O. M.; GONZAGA, O. Epidemiologia da lepra na infância. **Rev. bras. LeproL**, v.4, n.3, p.307-332, 1936.
- 53.SOUZA-ARAÚJO, H.C. **História da lepra no Brasil: Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro, 1956. v.3.
- 54.SOUZA CAMPOS, N. Resultado do "leprolin-test" nos preventórios de filhos de leproso. **Rev. bras. LeproL**, v.6, n.1, p.31-45, 1938.
- 55.SOUZA CAMPOS, N. O emprego das sulfonas nos comunicantes mitsuda-negativos: interpretação imunobiológica de sua ação positivante. **Rev. bras. LeproL**, v.16, n.2, p.89-106, 1948.
56. SOUZA CAMPOS, N.; BECHELLI, L.M.; ROTBERG, A. Epidemiologia e profilaxia. **Tratado de Leprologia**, 1944. v.5. p.373-397.
- 57.TINOCO, D.G. **Profilaxia. Manual de leprologia**. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra, 1960. p.162-171.
- 58.Van BEERS, S.M. et al. Patient Contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. **Int. J. Leprosy**, v. 67, n. 2, p. 119128, 1999.
59. VIJAYAKUMARAN, P. et al. Does MDT arrest transmission of leprosy to household contacts? **Int. J. Leprosy**, v.66, n.2, p.125-130, 1998.