

Capítulo 5

Rastreamento de Hanseníase em contatos familiares de pacientes menores de 15 anos em município hiperendêmico¹

Leprosy Screening in Family Contacts of Patients Under 15 Years Old in a Hyperendemic Municipality

 DOI: 10.29327/5881828.4-9

Flávio Araújo Rodrigues²

 <https://orcid.org/0009-0004-4639-2844>

 <http://lattes.cnpq.br/2774066665357441>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: flavioaraujo21@gmail.com

Italo Hugo Almeida Antero³

 <https://orcid.org/0000-0002-1100-7035>

 <http://lattes.cnpq.br/1593759539771005>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: italoh083@gmail.com

Geovania Alencar de Sousa⁴

 <https://orcid.org/0009-0004-1339-3066>

 <http://lattes.cnpq.br/6022004124386044>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: geovania.alencar@discente.ufma.br

Jurandir Xavier de Sá Junior⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-9385-3309>

 <http://lattes.cnpq.br/9537890655623653>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: jurandir.xavier@ufma.br

Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-3226-6917>

 <http://lattes.cnpq.br/4836117951566709>

Centro Universitário do ABC-SP, SP, Brasil

E-mail: fjf.oliveira@ufma.br

Resumo

A hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta pele e nervos periféricos e se transmite por contato prolongado com pessoas doentes pelas vias aéreas superiores. O estudo teve como objetivo rastrear a doença em um município hiperendêmico, investigando clinicamente e por testes laboratoriais os contatos domiciliares de escolares menores de 15 anos. Foi um estudo descritivo e quantitativo realizado em escolas e domicílios de Imperatriz-MA, dentro do projeto Educar para Cuidar. Das 193 crianças avaliadas, 65 fizeram exame dermatoneurológico e testes rápidos, resultando em três reagentes, oito encaminhamentos e seis visitas domiciliares. Nessas visitas, foram avaliados 19 contatos: 18 com cicatriz de BCG, dois com lesões

¹ Este capítulo contou com a revisão linguística de Italo Hugo Almeida Antero.

² Graduanda em Enfermagem. Afiliação institucional: Universidade federal do Maranhão.

³ Graduando em Enfermagem. Afiliação institucional: Universidade federal do Maranhão.

⁴ Graduanda em Enfermagem. Afiliação institucional: Universidade federal do Maranhão.

⁵ Graduado em Enfermagem. Afiliação institucional: Universidade federal do Maranhão.

⁶ Doutora em Ciências da saúde. Afiliação institucional: Centro Universitário do ABC-SP.

suspeitas e nenhum com teste reagente. As famílias tinham de três a cinco moradores, e contatos de longa convivência, especialmente sem BCG, apresentam maior risco. Os achados ressaltam a importância da vigilância ativa para diagnóstico precoce, interrupção da transmissão e prevenção de incapacidades.

Palavras-chave: Hanseníase; Rastreamento; Contatos domiciliares; Diagnóstico precoce; Vigilância epidemiológica.

Abstract

*Leprosy is a chronic disease caused by *Mycobacterium leprae*, which affects the skin and peripheral nerves and is transmitted mainly through prolonged contact with infected individuals via the upper airways. The objective of this study was to track the disease in a hyperendemic municipality by conducting clinical and laboratory investigations of household contacts of schoolchildren under 15 years of age. This was a descriptive, quantitative study carried out in schools and households in Imperatriz-MA, within the Educar para Cuidar Extension Project. Of the 193 children assessed, 65 underwent dermatoneurological examinations and rapid tests, resulting in three reactive cases, eight referrals, and six household visits. During these visits, 19 contacts were evaluated: 18 had a BCG scar, two showed suspected lesions, and none had reactive rapid tests. Families consisted of three to five members, and long-term contacts, especially those without a BCG scar, presented a higher risk of infection. The findings highlight the importance of active surveillance for early diagnosis, interruption of transmission, and prevention of disabilities.*

Keywords: Leprosy; Screening; Household contacts; Early diagnosis; Epidemiological surveillance.

Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa e de evolução crônica que, mesmo sendo curável, ainda é endêmica em muitos países, principalmente no Brasil, Índia e Indonésia, está associada à pobreza, acesso precário à moradia, alimentação, cuidados de saúde e educação (Brasil, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2023 foram notificados 140.594 novos casos da doença no mundo, o que representa um aumento de 10,2% em comparação com o ano de 2020 (OMS, 2024). Desses 17.626 foram notificados no Brasil, tendo uma taxa de detecção de 8,21 casos por 100 mil habitantes. O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo, sendo o responsável por cerca de 90% das notificações de hanseníase somente no continente americano (OMS, 2023).

A Estratégia Global de Hanseníase 2021 a 2030 traz uma mudança significativa na abordagem ao enfrentamento da hanseníase no mundo. As estratégias anteriores estavam direcionadas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, tendo obtido avanços significativos na redução da carga global da hanseníase nas últimas três décadas. Contudo, a nova estratégia centraliza esforços para a interrupção da transmissão e a eliminação dos casos autóctones, cujo objetivo em longo prazo é o conceito de zero hanseníase: zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação (OMS, 2021).

Essa estratégia tem como foco principal reduzir a carga da doença no país até 2030, com as seguintes metas: 1) interrupção da transmissão em 99% dos municípios até 2030; 2) eliminação da doença em 75% dos municípios até 2030; 3) reduzir em 20% o número absoluto de casos novos em Grau de Incapacidade Física 2 (GIF2), no momento do

diagnóstico de hanseníase até 2030; e 4) dar providência a 100% das manifestações sobre práticas discriminatórias em hanseníase registradas nas ouvidorias do SUS (Brasil, 2024).

O Estado do Maranhão, ocupa a primeira posição em número de casos novos em menores de 15 anos (126), seguido do Pará e Pernambuco (Brasil, 2022). E o município de Imperatriz, por sua vez, e sendo o segundo maior centro socioeconômico e político do Estado do Maranhão, é a décima terceira cidade brasileira em número de casos novos de hanseníase (Serra *et al.*, 2019). Em 2023, foram notificados 918 casos novos da doença no estado do Maranhão, destes, 27 foram somente no município de Imperatriz, onde se teve um total de 76 contatos registrados (Brasil, 2023).

Portanto, alguns dos desafios para o controle e eliminação da hanseníase em regiões endêmicas incluem a continuidade da transmissão do bacilo na comunidade, com a presença de doentes não detectados e atraso no diagnóstico; a morosidade na identificação e exame dos contatos, que raramente são relatados; o conhecimento limitado a respeito da transmissão, o que reforça a necessidade de mais pesquisas na área (OMS, 2016).

A prevenção da hanseníase requer intervenções que tenham como foco os contatos dos pacientes, uma vez que o contato com indivíduos doentes é o principal determinante para a permanência dos níveis de incidência (Moet *et al.*, 2004). Uma pesquisa realizada na Indonésia verificou que contatos domiciliares de pacientes tiveram nove vezes mais risco de adoecerem quando comparados àqueles que não relataram contato (Van Beers; Hatta; Klatser, 1999).

Estudos têm evidenciado diferentes dimensões de risco ao adoecimento de contatos de casos de hanseníase, possibilitando a observação dos efeitos de variáveis preditoras, tais como características de contato, características clínicas do caso índice, cicatriz vacinal de BCG (bacilo Calmette-Guérin), escolaridade, sorologia positiva para antígenos do *M. leprae*, reação ao teste da lepromina, entre outros (Sales *et al.*, 2011; Araujo *et al.*, 2015).

Essas análises, apesar de informativas e com potencial, inclusive, para testes diagnósticos, possuem algumas limitações. Por exemplo, estudos com foco em biomarcadores têm se mostrado incapazes de identificar todos os indivíduos em risco de adoecer, uma vez que nem todas as formas clínicas se correlacionam a achados como presença de DNA bacilar em raspado dérmico, no sangue e vias aéreas ou soropositividade anti-PGL-1 (glicolípido-fenólico-1) (Klaster *et al.*, 1993; Banerjee *et al.*, 2010; Araujo *et al.*, 2015; Gama *et al.*, 2018).

Os primeiros testes sorológicos para hanseníase foram descritos na década de 1980, após a descoberta do antígeno glicolípido-fenólico 1 (PGL -1), um antígeno imunogênico específico do *M. leprae*. Desde então, diversas técnicas foram utilizadas para a detecção de anticorpos anti-PGL-1: o enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), o teste de hemaglutinação passiva (PHA) e o teste de aglutinação com partícula de gelatina (MLPA), além da criação de teste rápido de fluxo lateral (ML Flow). Desenvolvido em 2003, o ML Flow foi utilizado em diversas pesquisas, é um teste imunocromatográfico que detectar anticorpos IgM contra o antígeno PGL-1 do *M. leprae*, tanto em amostras de soro humano como em sangue total. É um teste rápido, de uso individual e de fácil execução, podendo ser utilizado diretamente pelos profissionais de saúde sem a necessidade de equipamentos laboratoriais. Os reagentes são altamente estáveis e podem ser armazenados em temperatura ambiente (Brasil, 2022).

Para a quebra de transmissão da doença, o exame de contato é essencialmente importante. O contato domiciliar é todo e qualquer pessoa que resida ou tenha residido,

conviva ou tenha convivido com o caso índice nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico e esse contato pode ser familiar ou não (Ferreira *et al.*, 2020).

A vigilância destes contatos é considerada uma das medidas mais eficazes para o diagnóstico e controle da hanseníase, tendo como finalidade a descoberta de novos casos entre aqueles que convivem e/ou conviveram domiciliarmente ou socialmente de forma prolongada com a pessoa infectada (Santos *et al.*, 2019).

O convívio por cerca de cinco anos com casos de hanseníase aumenta em até duas vezes as chances de adoecimento dos contatos, também pode-se observar um maior risco de contatos não vacinados que conviveram por um período igual ou superior a 21 anos com o caso de hanseníase de adquirir a doença. A convivência com mais de um doente também aumenta as chances de adoecer (Santos *et al.*, 2019).

O Brasil é o primeiro país do mundo a incorporar, no âmbito do SUS, um teste rápido para detecção de anticorpos anti-M. leprae como método auxiliar nas ações de controle da hanseníase. O teste rápido deve ser utilizado como ferramenta de apoio na avaliação de contatos, a fim de indicar o grupo a ser monitorado mais de perto quanto ao surgimento de sinais e sintomas da hanseníase e direcionar o encaminhamento à Atenção Especializada para avaliação (Brasil, 2022).

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi realizar o rastreamento da hanseníase em um município hiperendêmico, a partir da investigação clínico e laboratorial em contatos domiciliares de escolares menores de 15 anos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Estudos descritivos com abordagem quantitativa são pesquisas que visam descrever características de uma população ou fenômeno usando dados numéricos e estatísticas. Esses estudos não manipulam variáveis independentes, mas coletam dados que são quantificados e analisados para fornecer uma compreensão detalhada de um assunto específico.

Os estudos descritivos quantitativos são fundamentais em diversas áreas, como saúde pública, sociologia, economia e educação, pois fornecem informações essenciais para a compreensão de fenômenos e a formulação de políticas e intervenções baseadas em evidências (Gil, 2008; Marcone, & Lakatos, 2003; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006; Creswell, 2010; Silva, & Menezes, 2001).

Foi realizado no período de novembro de 2023 a fevereiro de 2024, em instituições de ensino público, na cidade de Imperatriz-MA. Este estudo faz parte do projeto de Pesquisa e Extensão Educar para cuidar: Rastreamento da hanseníase em menores de 15 anos submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer nº 5.780.868.

A escolha das escolas municipais para realização do estudo, ocorreu após estudo de (Lopes *et al.*, 2021), demonstrando que a hanseníase tem distribuição heterogênea, formando quatro aglomerados de alto risco na zona urbana do município. As taxas de prevalência foram classificadas de altas a hiperendêmicas e as áreas com maior risco e concentração da doença estavam associadas a características de alta densidade demográfica e vulnerabilidade social, sendo assim, sugerindo ações prioritárias que devem ser direcionadas a essas áreas específicas para um maior controle da doença (Lopes *et al.*, 2021).

As etapas do estudo seguiram a partir do projeto de extensão, com: 1) reuniões com os pais e ou responsáveis dos alunos esclarecendo os objetivos do projeto e os convidando a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

viabilizando assim a participação ativa dos alunos; 2) realização das atividades educativas; 3) avaliação dermatoneurológica; 4) realização dos testes rápidos; 5) agendamento prévio da visita domiciliar; e 6) realização da visita domiciliar para investigação dos contatos.

Fizeram parte deste estudo, os escolares que durante a avaliação dermatoneurológica apresentaram lesões sugestivas ou teste rápido com resultado positivo. Foram excluídas crianças maiores de 15 anos com o diagnóstico ou tratamento anterior confirmado de hanseníase e os que pedirem para sair durante a execução do projeto.

O número de alunos matriculados nas duas escolas escolhidas pelo projeto no momento das atividades, foi de 864 alunos. Sendo, nº 435 alunos da escola A, englobando turmas do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental menor, com idades de 5 a 11 anos. Na escola B, nº de 429 alunos que abrange turmas do 3º ao 9º ano do Ensino Fundamental menor ao Fundamental maior.

Dos escolares incluídos no estudo, foram incluídos aqueles que tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelos pais autorizando aos escolares a participarem do estudo, sendo 101 TCLE assinados na escola A e 92 na escola B, totalizando 193 crianças.

As visitas domiciliares foram realizadas exclusivamente com escolares que apresentaram lesões sugestivas de hanseníase ou resultado positivo no teste rápido, associados a critérios de maior risco epidemiológico, como histórico de contato com casos suspeitos ou confirmados. Dessa forma, o quantitativo reduzido de visitas (n=6) justifica-se pelo fato de que apenas esses participantes atenderam aos critérios previamente estabelecidos para investigação domiciliar.

Durante a visita, foi realizada uma anamnese para investigar possíveis casos de hanseníase na família, avaliação dermatoneurológica e o teste rápido nos contatos. O teste rápido é destinado para pessoas que tiveram contato próximo e prolongado com casos confirmados de hanseníase.

Resultados

Foram realizadas 11 atividades educativas, distribuídas 732 cartilhas educativas nas duas escolas, com a participação de um total de 732 crianças e adolescentes das séries 1º ao 9º ano, com faixa etária de 6 a 14 anos.

Tabela 1. Distribuição do rastreamento em escolares menores de 15 anos em escolas municipais pelo projeto de extensão educar para cuidar.

	Escolas		TOTAL (A+B)
	A	B	
Nº de crianças avaliadas	10	55	65
Nº de testes rápidos realizados	10	55	65
Nº de testes rápidos reagentes	1	2	03
Nº de crianças com testes rápidos não reagentes ou presença de lesões ou alterações de nervos	0	5	5
Nº de encaminhamentos para a UBS	1	7	08
Nº de visitas domiciliares realizadas	1	5	06

Fonte: Autores, 2024

Conforme a **tabela 1**, podemos observar que foram avaliadas 10 escolares na escola A e 55 na escola B, e realizados 10 de testes rápidos na escola A e 55 na escola B, destes, teve-se um total de 3 testes rápidos reagentes, 5 escolares com teste rápido não reagente ou presença de lesões e/ou alterações de nervos, 8 escolares encaminhadas para a UBS e 6 visitas domiciliares realizadas.

Tabela 2 Descrição das visitas realizadas, contatos examinados, testes rápidos realizados e contatos com cicatriz de BCG visível.

	Escolas		
	A	B	TOTAL (A+B)
Visitas realizadas	1	5	06
Contatos examinados	5	14	19
Contatos com cicatriz de BCG visível	5	13	18
Testes rápidos realizados	5	14	19
Contatos encaminhados com lesões sugestivas	0	2	02

Fonte: Autores, 2024

Na **Tabela 2**, foram realizadas seis visitas domiciliares correspondentes a seis escolares distintos, cada um residente em domicílios diferentes, totalizando seis menores participantes cujas residências foram investigadas. Nessas visitas, foram examinados 19 contatos intradomiciliares. Dentre esses, dois apresentaram lesões suspeitas para hanseníase e foram encaminhados à Unidade Básica de Saúde para avaliação clínica mais detalhada. Foram realizados 19 testes rápidos entre os contatos, todos com resultados não reagentes. Durante a avaliação, observou-se a presença de cicatriz vacinal de BCG em 18 contatos.

Destaca-se que, das visitas domiciliares inicialmente previstas, duas não foram realizadas. Em um dos casos, o responsável não autorizou a visita, atribuindo as lesões da criança a fatores não patológicos. No outro, a responsável informou que a criança já havia sido avaliada por profissional de saúde, não fornecendo, contudo, informações adicionais.

Tabela 3. Descrição dos contatos avaliados por quantidade de visitas domiciliares realizadas.

	VISITAS DOMICILIARES						TOTAL
	VD1	VD2	VD3	VD4	VD5	VD6	
Nº de contatos no domicílio	3	5	5	4	3	4	24
Nº de contatos presentes no momento da visita	2	4	5	4	3	2	20
Nº de contatos examinados	2	4	5	4	2	2	19
Nº de contatos com cicatriz de BCG visível	1	4	5	4	2	2	18
Nº de testes rápidos realizados	2	4	5	4	2	2	19
Nº de contatos encaminhados com lesões sugestivas	1	0	0	0	1	0	2

Fonte: Autores, 2024

Na Tabela 3, apresenta-se a caracterização dos contatos intradomiciliares dos escolares investigados, totalizando 24 indivíduos. Destes, 20 estavam presentes no momento das visitas domiciliares, sendo 19 efetivamente examinados. Observou-se a presença de cicatriz vacinal de BCG em 18 contatos. Foram realizados 19 testes rápidos, todos com resultados não reagentes. Dois contatos apresentaram lesões sugestivas de hanseníase e foram encaminhados à Unidade Básica de Saúde para avaliação clínica.

Ressalta-se que não foi realizado acompanhamento posterior dos casos encaminhados, não sendo possível determinar a confirmação diagnóstica de hanseníase entre os contatos avaliados. Dessa forma, o número de casos diagnosticados a partir das visitas domiciliares não pôde ser estabelecido no presente estudo.

Visita domiciliar 01: O domicílio era composto por 3 pessoas além do escolar, no momento da visita apenas dois destes contatos estavam presentes e foram examinados, um contato tinha cicatriz de BCG, nenhum teste rápido reagente e foi feito um encaminhamento para a UBS devido a presença de lesões sugestivas.

Visita domiciliar 02: No domicílio residiam 5 contatos, no momento da visita estava presente 4, foi realizado a avaliação dermatoneurológica e teste rápido nos 4 contatos presentes, ambos com cicatriz de BCG visível e teste rápido não reagente.

Visita domiciliar 03: No domicílio tinha 5 contatos, todos estavam presentes no momento da visita, foram examinados 5 contatos, realizado o teste rápido nos mesmos, todos com resultado não reagente, com cicatriz de BCG visível e nenhum encaminhamento para a UBS foi feito.

Visita domiciliar 04: No domicílio tinha 4 contatos, no momento da visita estavam todos presentes, foram examinados 4 contatos, todos com cicatriz de BCG e testes rápidos não reagentes e nenhum encaminhamento para a UBS.

Visita domiciliar 05: No domicílio tinha 3 contatos, foi realizada avaliação somente em 2, ambos com cicatriz de BCG visível e testes rápidos não reagentes, teve-se 1 contato encaminhado para a UBS com lesões sugestivas para a hanseníase.

Visita domiciliar 06: No domicílio tinha 4 contatos, no momento da visita somente a mãe e a criança estavam presentes, foi realizada avaliação e teste rápido na mãe, teste rápido com resultado não reagente e com cicatriz de BCG visível e não foi realizado nenhum encaminhamento de contato para a UBS. No entanto, durante a visita pela equipe do projeto foi observado que o ambiente onde a família do escolar residia era pequeno, úmido, com pouca entrada de luz solar e sem circulação de ar.

Descrição do perfil clínico dos escolares encaminhados, e contatos domiciliar avaliados durante a visitas

Criança 1: sexo masculino de 8 anos de idade, do 3º ano do ensino fundamental, branca, mora com o pai, mãe e irmão, teste rápido reagente durante o exame na escola, lesões suspeitas na região dorsal e região lombar, com história familiar de 03 contatos domiciliares. No momento da visita no domicílio estavam presentes 02 contatos, pai e mãe. Em relação a avaliação dos contatos, o pai não apresentava lesões ou alterações no dia da visita, tinha cicatriz de BCG visível e teste rápido negativo. A mãe, no exame físico apresentava várias manchas hipocrômicas na região das costas e região lombar. Não foi identificado presença da cicatriz de BCG e relata que a tia teve hanseníase há 20 anos atrás. Com resultado teste rápido negativo. Não foi possível realizar o exame no irmão que não estava presente no momento da visita.

Foi mantido o encaminhamento da criança para avaliação dermatoneurológica na UBS e avaliação médica. A mãe foi encaminhada para avaliação dermatoneurológica na UBS e foi realizado orientações sobre hanseníase para a família. De acordo com a ESF e

ACS, foi informado que a mãe e a criança estavam aguardando encaminhamento para a referência em hanseníase.

Criança 2: sexo feminino de 8 anos, 3º ano do ensino fundamental, branca, que mora com o pai, mãe e irmão. Na avaliação na escola a criança apresentou lesão suspeita na região anterior da coxa esquerda e teste rápido negativo. Criança com história familiar de 6 contatos domiciliares, na residência mora a avó, tia avó e tia, no anexo da residência mora o pai, mãe, irmão e a criança.

Quanto às lesões na criança a mãe informou já ter levado a criança em uma dermatologista e foi prescrito “*clobetasol*” pomada e no momento da visita a criança estava em tratamento, no entanto a criança precisa de uma melhor avaliação dermatoneurológica, devido a alteração de sensibilidade e nervo espessado. Pai, com teste rápido negativo, sem lesões e com cicatriz de BCG, mãe com teste rápido negativo, sem lesões e com cicatriz de BCG e irmão com teste rápido negativo, sem lesões e com cicatriz de BCG, tia avó com teste rápido negativo, sem lesões e com cicatriz de BCG, porém a mesma relata que morou durante 20 anos próximo à Vila João XXIII.

Como conduta, manteve o encaminhamento da criança para a UBS para realizar o exame dermatoneurológico e foi realizado orientações sobre a hanseníase para a família.

Criança 3: sexo feminino, 8 anos de idade, cursando o 3º ano do ensino fundamental, de cor parda e mora com o pai, mãe e irmã. Na avaliação na escola, a criança apresentou manchas hipocrômicas na região dorsal, com alteração de sensibilidade, referiu choque nos nervos radial esquerdo, ulnar direito, tibial (bilateral) e sensibilidade protetora diminuída bilateral em membros superiores e inferiores e teste rápido negativo.

Quanto às lesões, a mãe disse que suspeita tratar de “pano branco”, que já usou uma pomada para tratamento, mas que não teve efeito definitivo. No dia da visita, estava presente no domicílio o pai, mãe, irmã e a criança, totalizando 3 contatos domiciliares. Ao exame dermatoneurológico e teste rápido. Pai negativo, com lesões esbranquiçadas nas costas e braços e com cicatriz de BCG visível. A mãe recusou ser avaliada, porém realizou o teste rápido com resultado negativo. A irmã recusou ser avaliada e a fazer o teste rápido. Foi realizado orientações sobre a doença e a importância de realizar os exames nos contatos.

Como conduta, manteve-se o encaminhamento da criança para a UBS para a realização de exame dermatoneurológico e quanto ao pai, foi orientado a ir até a UBS para uma melhor avaliação das manchas pela equipe de saúde.

Criança 4: criança do sexo feminino de 9 anos de idade, cursando o 4º do ensino fundamental, parda, mora com a avó, tia e a prima.

Na avaliação da escola a criança apresentou mancha hipocrômicas em face e em região do abdômen, com alteração de sensibilidade e teste rápido não reagente. No momento da visita estava presente somente a criança, a avó e uma tia que mora próximo a residência.

Quanto às lesões, a avó disse se tratar de pano branco, porém após orientações disse que vai levá-la à UBS para uma melhor investigação. Na avaliação dos contatos, o exame de teste rápido, a avó apresentou teste rápido não reagente, sem lesões e com cicatriz de BCG. Tia com teste rápido não reagente, sem lesões e com cicatriz de BCG.

Quanto à tia e a prima que residem no mesmo domicílio, a avó relatou que não se encontravam no momento pois estavam no trabalho. Manteve-se o encaminhamento da criança para a UBS para a realização de exame dermatoneurológico e orientação sobre a hanseníase.

Criança 5: criança do sexo masculino, cursando o 2º ano do ensino fundamental, parda, mora com a mãe, avós e a tia. Na avaliação da escola a criança apresentou mancha

característica de hanseníase na região do tórax, com alteração térmica e tátil e teste rápido reagente.

No momento da visita estava presente no domicílio a mãe, avó, avô, tia e prima. Mãe sem lesões visíveis, com cicatriz de BCG e teste rápido não reagente. Avó apresenta manchas suspeitas em ambos os membros inferiores, porém sem alteração de sensibilidade, com teste rápido não reagente e cicatriz de BCG visível. Avô sem manchas suspeitas, com teste rápido não reagente e com cicatriz de BCG visível. Tia sem lesões suspeitas, teste rápido não reagente e cicatriz de BCG visível. Prima com manchas suspeitas em um dos membros superiores, porém sem alterações de sensibilidade, teste rápido não reagente e cicatriz de BCG visível.

Foi entregue o encaminhamento da criança para que a mesma fosse levada até a UBS para uma melhor avaliação, a mãe relatou que já havia procurado o Centro de Referência em Hanseníase do município, porém o mesmo ainda não estava atendendo pois estava em processo de mudança de prédio, relata ainda que assim que o centro de referência comesse a atender ela iria levar a criança para a avaliação. Quanto a avó e prima, foram orientadas a ir à UBS para serem melhor avaliadas.

Criança 6: sexo masculino, cursando o 4º ano do ensino fundamental. Mora com o pai, mãe, irmã, irmão e tia. Na avaliação na escola, o escolar apresentou uma pequena lesão no ombro esquerdo, na região escapular esquerda com alteração de sensibilidade tátil.

Quanto a palpação, refere, dor bilateral dos nervos radial, ulnar esquerdo com choque, mediano esquerdo com choque, mediano direito com dor. Foi entregue o encaminhamento da criança e orientado que a mesma fosse levada à unidade básica de saúde para uma avaliação mais detalhada, feito também orientação para a família acerca da hanseníase, sinais e sintomas e formas de prevenção.

Na avaliação do contato, a mãe não apresentava lesões sugestivas, sem alteração de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa e com teste rápido não reagente e foi observado a cicatriz de BCG. Mas durante a visita foi percebido situação precária no ambiente domiciliar com um cômodo, úmido, com pouca luz solar e sem circulação de ar. Além disso, a mãe relatou muita preocupação com a suspeita da criança e que segunda mesmo foi orientada a separar os utensílios domésticos devido a doença, demonstrando a falta de conhecimento sobre a doença.

Foi realizadas orientações sobre a doença, sinais e sintomas e forma de transmissão, esclarecido que a criança no momento não tinha confirmação ou diagnóstico, mas que precisaria ser atendida no serviço de referência de hanseníase do município e que já estava agendada para melhor avaliação.

Discussão

Segundo o Guia Prático de Hanseníase do Ministério da Saúde, o contato domiciliar é todo e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase no âmbito domiciliar nos últimos 05 anos anteriores ao diagnóstico da doença, e esse contato pode ser familiar ou não (Brasil, 2023).

A vigilância desses contatos é a principal estratégia de detecção casos da hanseníase, pois ela tem como finalidade a detecção de novos casos entre pessoas que convivem ou conviveram com de forma prolongada com o caso índice. Visa também, a descoberta de possíveis fontes de infecção dentro e fora do domicílio (contatos sociais) independente da classificação operacional do doente - PB ou MB, investigar contatos de menores de 15 anos com lesões suspeitas de hanseníase é necessário pois é um indício de que o caso índice possa estar dentro do domicílio no qual o menor reside e a visita

domiciliar se faz necessária para detectar esse possível e outros que possam ter e tratá-los para interromper a cadeia de transmissão do *M. leprae* (OMS, 2019).

Para tanto, a investigação epidemiológica de contatos consiste em: anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico, e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintoma de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB. Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica, mas que ela oferece alguma proteção contra a hanseníase. É ainda importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao fato que a BCG pode abreviar o tempo de incubação (Brasil, 2017).

Durante este estudo, nas visitas domiciliares pode-se observar que a constituição das famílias e consequentemente dos contatos domiciliares eram feitas por pessoas de diferentes graus de parentesco, desde a mãe, pai e irmão, até tias e tios, primas e primos e avós e que nos domicílios eram constituídos de 3 a 5 residentes.

Os contatos domiciliares, que convivem e/ou conviveram durante cinco anos ou mais com o caso índice apresentam maior probabilidade de ter a hanseníase, sendo que os contatos de pacientes com a forma multibacilar apresentam risco quatro vezes maior do que os contatos com outras formas clínicas da doença, isso se dá devido à alta carga bacilar do caso índice e de possíveis fatores genéticos (Goulart *et al.*, 2008). Essa convivência com mais de um doente aumenta de duas a seis vezes a chance de adoecimento nos contatos (Niitsuma *et al.*, 2021).

A ocorrência de novos casos em contatos domiciliares, consanguíneos, apresentam uma maior em relação a outros tipos de parentesco, evidenciando assim a susceptibilidade genética na cadeia de transmissão da doença. Quanto à forma clínica pode-se observar que contatos de pacientes com hanseníase MB e a forma V apresentam maior risco para desenvolvimento da hanseníase do que contatos de pacientes de outras formas clínicas da hanseníase (Santos *et al.*, 2019).

Em uma das visitas realizadas, foi percebido situação precária de moradia, onde a família morava em um domicílio com apenas um cômodo, úmido, sem de circulação de ar e pouca luz solar. Além disso, a mãe relatou muita preocupação com a suspeita da criança e que foi orientada na escola a separar os utensílios domésticos devido a doença, demonstrando a falta de conhecimento sobre a doença.

Conforme Lopes *et al.*, 2021, um crescimento desordenado da área urbana, como ocorreu no cenário sob investigação, geralmente sem infraestrutura, favorece o surgimento de moradias precárias e condições deficientes de saneamento que, associadas à aglomeração domiciliar, têm interferência direta na ocorrência da hanseníase e mantêm a possível persistência da endemia nos bolsões de pobreza urbana, viabilizando a manutenção do bacilo no ambiente por maior tempo.

A falta de conhecimento básico sobre a hanseníase ainda é um dos principais fatores que contribuem para o estigma acerca da doença. Programa de combate e erradicação, como por exemplo, campanhas educativas em parceria com as escolas podem ser uma estratégia para garantir o acesso às informações relacionadas à hanseníase, e é preciso explorar mais o ambiente escolar para disseminar mais informações sobre a doença (Arruda *et al.*, 2016).

Neste estudo, foi identificado durante a visita que um dos casos suspeitos (criança 1) estava diretamente relacionado com um contato domiciliar (mãe), pois a mesma apresentou várias lesões hipocrômicas na região lombar e não foi identificada a presença da cicatriz de BCG, a mesma relatou ainda que já teve caso de hanseníase na família (tia) e que este familiar fez tratamento para a doença há 20 anos atrás.

O Ministério da Saúde recomenda ofertar a imunoprofilaxia aos contatos de pacientes com hanseníase, maiores de um ano de idade, não vacinados ou que receberam apenas uma dose da vacina BCG. A comprovação da vacinação prévia deve ser feita por meio do cartão de vacina ou da presença de cicatriz vacinal (Brasil,2022). Todavia, contatos domiciliares sem cicatriz de BCG apresentam maior probabilidade de adoecer se comparados com contatos que apresentam uma ou mais cicatrizes da vacina. Então pode-se observar que a vacina BCG é uma importante estratégia para o controle da hanseníase, visando a proteção dos contatos principalmente contra as formas MB (Santos *et al.*, 2019).

No entanto, reiteramos a falta de conhecimento presente neste estudo pelos contatos domiciliares, sobre a importância de realização de exames físico nos contatos bem como o rastreamento através do teste rápido. Considerando que o teste rápido deve ser utilizado como ferramenta de apoio na avaliação de contatos, a fim de indicar o grupo a ser monitorado mais de perto quanto ao surgimento de sinais e sintomas da hanseníase e direcionar o encaminhamento à Atenção Especializada, para avaliação por especialista em caso de alterações suspeitas inconclusivas (Brasil,2022).

É de suma importância diminuir as fragilidades na vigilância epidemiológica dos contatos, para assim reduzir a transmissão da doença, melhorando o planejamento dos programas de controle da hanseníase, bem como o horário de funcionamento das unidades de saúde, entre outros tipos de estratégias, como educação em saúde, contribuindo assim para aumentar a procura dos contatos aos serviços de saúde e assim aumentando a taxa de detecção de novos possíveis casos (Goiabeira *et al.*, 2019).

Ademais, o exame de todos os contatos deve ser feito de forma cuidadosa e detalhada, pois este é uma importante estratégia para diagnosticar e tratar novos casos da doença ainda na fase inicial, tendo como objetivo quebrar a cadeia de transmissão e evitar possíveis diagnósticos tardios, principalmente evitando a transmissão para menores de 15 anos. Ressalta-se que essa faixa etária é muito delicada devido as mudanças de comportamento, além de estar em ambientes escolar de grande relevância para sua formação.

Considerações Finais

Os resultados evidenciam que, dentre os 193 escolares participantes do estudo, seis atenderam aos critérios para realização de visita domiciliar, definidos pela presença de lesões sugestivas de hanseníase e/ou resultado positivo no teste rápido. Nesses domicílios, foram identificados 19 contatos intradomiciliares, dos quais 19 foram avaliados. Observou-se que 15 apresentavam cicatriz vacinal de BCG e três foram encaminhados à Unidade Básica de Saúde por apresentarem lesões sugestivas da doença. Nenhum contato apresentou resultado reagente ao teste rápido. Destaca-se que o diagnóstico da hanseníase é predominantemente clínico e que não foi realizado acompanhamento dos casos encaminhados, impossibilitando a confirmação diagnóstica no âmbito deste estudo.

A vigilância de contatos configura-se como estratégia fundamental para o rastreamento precoce da hanseníase, possibilitando a detecção oportuna de casos e a instituição do tratamento, contribuindo para a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de incapacidades físicas. Adicionalmente, a análise das características sociais dos contatos indicou predomínio de indivíduos residentes em áreas periféricas do município, embora também tenham sido identificados contatos em bairros de classe média, evidenciando a ocorrência da doença em diferentes contextos socioeconômicos.

Diante dos achados, ressalta-se a relevância da continuidade das ações de rastreamento de contatos de casos de hanseníase. A ampliação de estratégias de educação

em saúde no ambiente escolar, especialmente voltadas a menores de 15 anos, associada à investigação de contatos, pode contribuir para a detecção precoce de novos casos e para a interrupção da transmissão. Ademais, destaca-se a necessidade de fortalecimento dos serviços de saúde no que se refere ao diagnóstico e tratamento da hanseníase, garantindo acesso oportuno e qualificado às ações de prevenção e cuidado.

Referências

ARRUDA, J. T. et al. Hanseníase e o preconceito: estudo de caso em escola da rede de educação básica de Goiânia-GO, Brasil. *Revista Eletrônica de Educação da Faculdade Araguaia*, v. 9, p. 123-135, 2016.

Bakker MI, Hatta M, Kwenang A, Van Benthem BH, Van Beers SM, Klatser PR, Oskam L. Prevention of leprosy using rifampicin as chemoprophylaxis. *Am J Trop Med Hyg*. 2005

BARBIERI, C. L. A.; MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. *Pediatria*, v. 31, n. 4, p. 9, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Portaria N° 67, de 07 de julho de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec>. Acesso em: 17 abril. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>. Acesso em: 25 de maio de 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 49, nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças de Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. Nota Técnica n° 3/2023/CGDE/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniaze/publicacoes/nota-tecnica-no-3-2023-cgde-dedt-svsa-ms/@download/file>. Acesso em: 28 de maio de 2024.

Bakker MI, Hatta M, Kwenang A, Van Benthem BH, Van Beers SM, Klatser PR, Oskam L. Prevention of leprosy using rifampicin as chemoprophylaxis. *Am J Trop Med Hyg*. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec>. Acesso em: 17 de abril de 2024.

Fundamentos de Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas.Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2006).

Gil, A. C. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª ed. São Paulo: Atlas.Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003).

GOIABEIRA, Y. N. L. de A.; MENDONÇA, M. A.; ROLIM, I. L. T. P.; DE AQUINO, D. M. C.; DOS SANTOS, L. H.; SOEIRO, V. M. da S. Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, Brasil, v. 11, n. 4, p. 873–879, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.873-879. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6696>. Acesso em: 21 jun. 2024.

GOULART, Isabela M B et al. Risk and protective factors for leprosy development determined by epidemiological surveillance of household contacts. *Clinical and vaccine immunology: CVI* vol. 15,1 (2008): 101-5. doi: 10.1128/CVI.00372-07

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 35, n. 4, p. 363–375, jul. 2002.

LOPES FC, Sousa GGS, Silva WM, Costa ACPJ, Santos FS, Pascoal LM, *et al.* Spatial-temporal analysis of leprosy in a priority Brazilian northeast municipality for disease control. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(3):e20201101. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1101>.

Metodologia de Pesquisa. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill.Creswell, J. W. (2010). Organização Mundial da Saúde. *Lepra (mal de Hansen)*. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>. Acesso em: 30 abr. 2024.

NIITSUMA, E. N. A. *et al.*, Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, p. e210039, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes para o controle da hanseníase. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516260>. Acesso em: 21 de março de 2024.

Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 3ª ed. Los Angeles: Sage.Silva, E. M., & Menezes, E. M. (2001). Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 4ª ed. Florianópolis: UFSC

SANTOS, Kezia Cristina Batista dos; Corrêa, Rita da Graça Carvalhal Frazão; Rolim, Isaura Letícia Tavares Palmeira; Pascoal, Livia Maia; Ferreira, Adriana Gomes Nogueira. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 14, p. 5252-5261, 2020.