

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA DETECÇÃO  
PRECOCE DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**STRATEGIES USED BY HEALTH SERVICES IN EARLY DETECTION OF  
LEPROSY: AN INTEGRATIVE REVIEW**

**Lia Matos Anchieta de Moura**

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI

E-mail: [lily\\_moura06@hotmail.com](mailto:lily_moura06@hotmail.com)

**Mayson Anderson Pereira**

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI

E-mail: [maysomp@hotmail.com](mailto:maysomp@hotmail.com)

**Laurimay Caminha Veloso**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí

Docente da Faculdade Santo Agostinho

E-mail: [laurimary.caminha@gmail.com](mailto:laurimary.caminha@gmail.com)

---

Endereço: Laurimay Caminha Veloso  
Rua Thomaz de Area Leão, 1799 Ininga, Teresina, Piauí, Brasil

Editora-chefe: Dra. Regina da Silva Santos

Artigo recebido em 16/04/2015. Última versão recebida em 07/05/2015. Aprovado em 08/05/2015.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).



## RESUMO

A hanseníase, doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual tem afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Essa doença persiste como problema de Saúde Pública em alguns países em desenvolvimento. Dentre eles o Brasil se destaca como o único país da América Latina que não atingiu a meta de eliminação dada pela redução do coeficiente de prevalência a menos de um caso em cada dez mil habitantes. Descrever as tendências da produção científica referentes às estratégias utilizadas pelos Serviços de Saúde na detecção precoce da Hanseníase. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método da Revisão Integrativa acerca das Estratégias utilizadas pelos Serviços de Saúde na detecção precoce da hanseníase entre os anos de 2005 a 2013. Constatou-se que, atualmente, medidas como a descentralização das ações de controle para os Serviços de Atenção Primária à Saúde e o exame de contatos intra domiciliares destacam-se como importantes ferramentas na detecção precoce da hanseníase, evidenciando-se como as principais estratégias para alcance dessa meta, uma vez que o processo de descentralização está ancorado nos princípios da equidade e da acessibilidade. As estratégias de detecção precoce e conseqüentemente controle da hanseníase que são ofertadas pelos serviços de saúde apontam efetividade. Salienta-se que todos devem se sentir envolvido e co-responsável pela eliminação da hanseníase, em todas as esferas, não somente por parte dos profissionais de saúde, mas também pela população geral na efetivação dessas estratégias.

**Palavras-Chave:** Hanseníase; Diagnóstico; Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

The Leprosy is caused by *Mycobacterium leprae*, which has affinity for skin cells and for cells of the peripheral nerves. This illness persist how a public health problem in some developing countries. Including Brazil stand out as the only country in Latin America, that has not achieved the elimination target given by the reduction of the prevalence rate to less than one case per ten thousand inhabitants. To describe tendencies in scientific production on the strategies used by the Health Department in the early detection of leprosy. This is a bibliography research developed by the method of Integrative Review about the strategies used by the Health Department in the early detection of leprosy between the years 2005-2013. It was noticed that, at present, measures such as decentralization of control to the Services Primary Care Health and examination of household detach it as an important tool in the early detection of leprosy, showing up as the main strategies to achieve this goal, since the decentralization process is anchored on the principles of equity and accessibility. The strategies for early detection and consequently leprosy control services that are offered by the health work effectiveness. Emphasize it that everyone should feel involved and co - responsible for the elimination of leprosy in all spheres, not only by health professionals, but also by the general population in the fulfillment of these strategies.

**Keywords:** Leprosy. Diagnosis. Health Services.

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar do grande esforço global empregado, sob orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a erradicação da hanseníase, esta, ainda persiste como problema de Saúde Pública em alguns países em desenvolvimento. Dentre eles o Brasil se destaca como o único país da América Latina que não atingiu a meta de eliminação dada pela redução do coeficiente de prevalência a menos de um caso em cada dez mil habitantes, estipulada pela OMS em 1991, que projetava para 2005 o plano de erradicação da endemia (PIRES *et al.*, 2012).

Em 2011, o Brasil apresentou 1,54 casos para cada dez mil habitantes, correspondendo a 29.690 casos em tratamento. Neste mesmo ano, o Brasil detectou 33.955 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 17,6/100 habitantes. Tem sido verificado contínuo decréscimo no coeficiente de detecção da hanseníase, apesar da expansão do número de unidades de saúde com pacientes em tratamento (BRASIL, 2011).

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual tem afinidades pela pele e nervos periféricos (TALHARI *et al.*, 2006). A principal característica clínica é o acometimento dermatoneurológico que pode levar às deformidades ósteo-articulares e outras sequelas (BRASIL, 2005). Sua transmissão se faz por contato direto com doentes contagiantes sem tratamento, sendo considerada doença com alta infectividade, porém com baixa patogenicidade (GOMES *et al.*, 2005).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condição de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. No entanto, apesar do diagnóstico ser essencialmente clínico, o mesmo, em grandes partes dos estados do Brasil, ainda é tardio: cerca de um ano após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em encontrar serviços, atendimento e/ou profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio (ARANTES *et al.*, 2010).

A hanseníase pode acometer todas as faixas etárias; contudo, a redução de casos em menores de quinze anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da

Hanseníase (PNCH) da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, pois quando a doença se manifesta na infância, especialmente na faixa etária de zero a cinco anos, indica alta endemicidade, carência de informações sobre a doença nessa faixa etária e falta de ações efetivas de educação em saúde (AMADOR *et al.*, 2001).

Considerando a necessidade de encontrar estratégias que aumente a precocidade do diagnóstico da Hanseníase e colaborar para romper o ciclo de transmissão da mesma, o estudo apresenta como questão norteadora: Qual a produção técnica-científica relacionada com as estratégias utilizadas pelos Serviços de Saúde na detecção precoce da Hanseníase?

Com isto, o presente trabalho tem por objetivo de estudo descrever as evidências científicas acerca das estratégias utilizadas pelos Serviços de Saúde na detecção precoce da Hanseníase. Este estudo pode ser considerado de grande relevância dentro do contexto social por contribuir como informação complementar dentro das estratégias para a detecção precoce da hanseníase e conseqüentemente o controle da doença, fazendo com que a mesma seja controlada como problema de saúde pública.

## 1.1 REFERENCIAL TEMÁTICO

### HISTÓRICO DA HANSENÍASE

A hanseníase é conhecida desde os tempos bíblicos. Apesar de serem confusas, citações sobre a Doença de Hansen são feitas na Bíblia Sagrada. Encontra-se nos capítulos 13 e 14 do Levítico, o termo hebreu 'tsaraath' ou 'saraath' para designar afecções impuras. Estes termos foram traduzidos como lepra em vários idiomas, sem que se possa afirmar com certeza seu significado original. Em hebraico, significavam uma condição de pele ou de suas roupas que necessitavam purificação. Aqueles que apresentavam o traraath deveriam ser isolados até que os sintomas desta condição desaparecessem. Acredita-se que essa doença, amplamente conhecida pela designação de lepra, seja originária da Ásia. Conhecida há mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão, já existia no Egito quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II. Há evidências objetivas da doença em esqueleto descoberto no Egito, datando do segundo século antes de Cristo (EIDT, 2004).

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, porém de grande abrangência mundial que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. A sua expansão se deu nos diversos continentes, admite-se que a hanseníase era desconhecida na Europa na época de Hipócrates (467 a.C.). Nos trabalhos do “Pai da Medicina” não há referências a qualquer condição que se assemelhasse àquela doença. Aceita-se que as tropas de Alexandre o Grande, quando retornaram à Europa depois da conquista do mundo então desconhecido, tenham trazidos indivíduos contaminados com a doença nas campanhas da Índia (300 a.C.). Nas Américas, a hanseníase deve ter chegado entre os séculos XVI e XVII com os colonizadores, pois não há evidências da existência da moléstia entre as tribos indígenas no Novo Mundo (PINTO, 1995).

Assim como em outras regiões da América, não havia hanseníase entre os indígenas brasileiros. A doença entrou no Brasil por vários pontos do litoral com os primeiros colonizadores portugueses, principalmente açorianos, e para sua disseminação muito contribuíram os escravos africanos. Entretanto, outros povos europeus também colaboraram para a sua disseminação posteriormente. No Brasil, os primeiros casos da doença foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde, anos mais tarde seria criado o primeiro lazareto, local destinado a abrigar os doentes de Lázarus, lazarentos ou leprosos (EIDT, 2004).

A manifestação da hanseníase no mundo não veio acompanhada somente pelos sintomas e as possibilidades de incapacidades físicas, mas, sobretudo, do estigma carregado de discriminação e exclusão social com impacto significativo na qualidade de vida dos portadores. Esta moléstia, interpretada até mesmo como castigo divino, representa, desde os mais remotos tempos até os dias atuais, verdadeiro estigma social. É considerada mais do que uma doença. Por vezes representa uma humilhação extrema e uma condenação por um mal que o doente não cometeu (EIDT, 2000).

## **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS**

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar de

11 a 16 dias. O período de incubação da hanseníase varia de dois a sete anos, sendo de evolução insidiosa e de grande potencial incapacitante, o que torna o diagnóstico precoce o seu objetivo primeiro. A hanseníase é classificada segundo aspecto, quantidade e gravidade das lesões em: indeterminada, tuberculoíde, dimorfa e virchoviana (BRASIL, 2008).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados (BRASIL, 2010). A transmissão da doença se dá por meio de uma pessoa doente (forma infectante da doença - MB), sem tratamento, que pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% da população tenham defesa natural contra o *M. leprae* e sabe-se que a susceptibilidade ao mesmo tem influência genética. O bacilo *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de infectar um grande número de pessoas, no entanto, poucas pessoas adoecem, pois o organismo da maioria delas apresenta resistência ao bacilo, destruindo-o (BRASIL, 2008).

Os sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos são as formas de manifestação da hanseníase que podem levar à suspeição diagnóstica da doença, destacando-se dentre esses: manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade, pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos. As alterações neurológicas podem causar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades. Elas tendem a se manifestar principalmente através de dor, espessamento dos nervos periféricos e perda de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da hanseníase é realizado essencialmente nos serviços de Atenção Básica de Saúde, por meio do exame dermatoneurológico, com o objetivo de identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesões cutâneas (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam áreas com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2008).

No momento do diagnóstico é feita a classificação operacional do caso de hanseníase, visando o tratamento com o esquema PQT/OMS (poliquimioterapia), que deve ser supervisionado pelo profissional de saúde. Ela é baseada no número de lesões

cutâneas de acordo com os seguintes critérios: paucibacilar (PB), pessoas com até cinco lesões de pele, e multibacilar (MB), pessoas com mais de cinco lesões de pele (BRASIL, 2008). Como exame complementar utiliza-se a baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico). A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico da hanseníase (BRASIL, 2010).

## **MEDIDAS DE CONTROLE DA HANSENÍASE E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

O controle da hanseníase depende do diagnóstico precoce da doença, sendo a descoberta de caso feita por meio da detecção ativa e passiva (demanda espontânea e encaminhamento). A detecção ativa consiste na busca sistemática de doentes, pela equipe da unidade de saúde, através das ações de investigação epidemiológica, exame de coletividade, com inquéritos e campanhas; exames da demanda espontânea aos serviços gerais de unidade de saúde, por outros motivos, que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos; exames de grupos específicos, em prisões quartéis, escolas, de pessoas que submetem ao exame periódico; mobilização da comunidade adstrita à unidade; em todas essas situações devem ser realizados os exames dermatoneurológicos (BRASIL, 2010).

Uma das estratégias encontrada para a detecção precoce e posteriormente para o controle da hanseníase é a vigilância dos contatos do portador da doença. As ações das unidades de saúde devem ser programadas, considerando-se uma média de quatro contatos domiciliares por paciente. Assim, para cada caso diagnosticado, deve-se prever a vigilância de quatro indivíduos, com o objetivo de se adotar medidas profiláticas em relação aos mesmos. O diagnóstico precoce possibilita a adoção das medidas terapêuticas imediatas e adequadas a cada caso. Considera-se o controle dos contatos como um dos pilares para o controle da hanseníase (OLIVEIRA *et al*, 2007; DESSUNTI *et al*, 2008).

O tratamento adequado através da detecção precoce é fundamental na estratégia de controle da doença como problema de saúde pública. Ele tem o objetivo de interromper a transmissão da doença, quebrando a cadeia epidemiológica, assim como também o de prevenir incapacidades físicas e promover a cura e a reabilitação física e social do doente. Dentre as diretrizes básicas que objetivam a redução da morbi-



mortalidade por hanseníase no âmbito do Sistema Único de Saúde, destaca-se a atenção integral ao portador de hanseníase que deve ser garantida pela hierarquização de serviços e pelo cuidado em equipe multiprofissional (BRASIL, 2010).

A abordagem do profissional de saúde ao portador de hanseníase no controle da doença é essencial para a prevenção de incapacidades. Para tal acredita-se ser necessário assegurar ao usuário conhecimento indispensável sobre a hanseníase, bem como dos aspectos sócio-ambientais e culturais que a envolvem, o qual favorecerá o desenvolvimento do autocuidado e das mudanças de atitudes fundamentais para a prevenção de incapacidades (BRASIL, 2010). Ações que proporcionem o diagnóstico e tratamento precoces, especialmente entre os contatos jovens intradomiciliares; o acesso às informações sobre a doença, diminuindo, desta forma, o período de exposição aos casos multibacilares e o envolvimento das equipes das unidades de saúde são os principais pilares para a melhoria da qualidade da assistência e controle efetivo da hanseníase (LEITE *et al.* 2009).

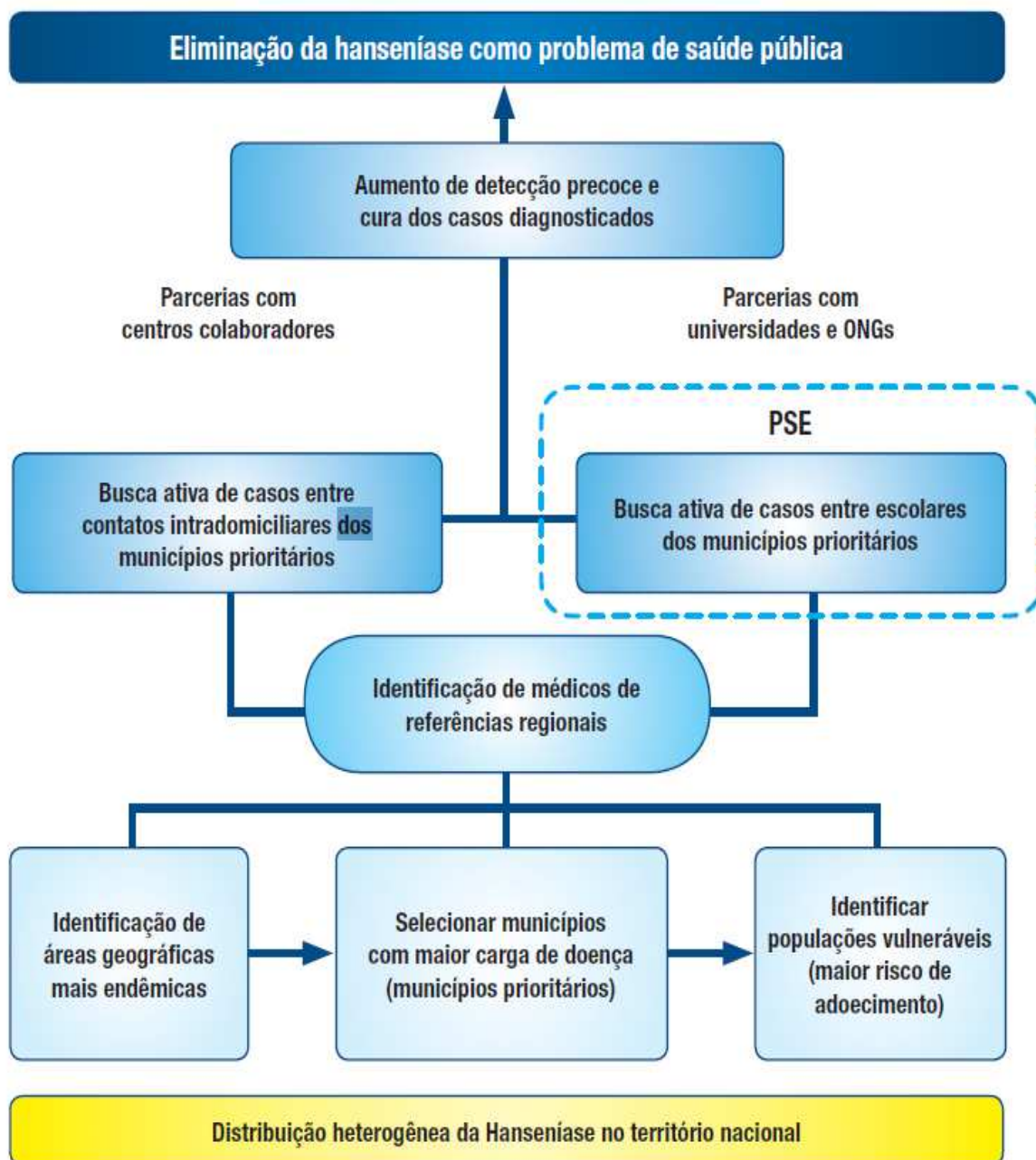
O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas que pudessem, em todas as frentes de trabalho, propiciar às pessoas que adoecem o atendimento de suas necessidades e direitos. Sem perder de vista o desafio da horizontalização e da descentralização, as ações do PNCH foram organizadas a partir de cinco componentes/áreas: vigilância epidemiológica; gestão; atenção integral; comunicação e educação e pesquisa. Nele consta um elenco de responsabilidades e das atividades que devem ser desenvolvidas pelas unidades de saúde. Dentre elas está normatizado o diagnóstico clínico dos casos através do exame de sintomáticos dermatológicos e contatos dos casos (PINTO NETO, 2004).

A necessidade da detecção precoce é uma necessidade para a quebra do ciclo de transmissão da hanseníase, é uma realidade, porém parece provável, que alguns casos novos nunca compareçam para diagnóstico e tratamento. Assim, as mudanças relativas à incidência ocorrem vagarosamente, no decorrer de décadas e estão relacionadas a fatores tais como imunização com a BCG, desenvolvimento econômico e boas práticas para o controle da hanseníase. Isso indica que a carga da hanseníase está diminuindo lentamente, mas novos casos continuarão a aparecer por muitos anos. Desse modo, os serviços de diagnóstico e tratamento precisam ser mantidos em níveis adequados (BRASIL 2010).



O governo do Brasil assumiu o compromisso público de eliminar a hanseníase e outras doenças como problema de saúde pública ou reduzir drasticamente suas cargas até 2015. O Ministério da Saúde, em agosto de 2011, definiu um conjunto de endemias que demandam ações estratégicas. Este plano busca sintetizar o compromisso político e institucional de redução da carga das doenças em eliminação e aperfeiçoar os recursos disponíveis para o enfrentamento desse grupo de doenças. Como parte das ações para controle da hanseníase, o governo desenvolveu um quadro lógico da estratégia de eliminação da mesma como problema de saúde pública (Figura 1), propiciando assim uma visão mais clara do que deve ser feito (BRASIL, 2012).

Figura 1- Quadro lógico da estratégia de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.



Fonte: Manual Ministério da Saúde. Plano de ação integrado 2011- 2015. Brasília 2012.

O quadro lógico de redução da carga em hanseníase para alcance da meta de eliminação da mesma enquanto problema de saúde pública em nível nacional (Figura 1) baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. Como parte da estratégia, a articulação com o Programa de Saúde Escolar (PSE) está sendo necessária para a realização de ações educativas voltadas para sinais e sintomas da doença, busca ativa de casos em escolares e seus contatos intradomiciliares. A parceria com o PSE nos estados e municípios prioritários surge como passo importante para a realização de triagem de casos de hanseníase entre escolares. Essas atividades estão focadas em escolas de ensino fundamental localizadas em áreas de relevância epidemiológica para hanseníase, com PSE implantado e em área adstrita de unidades de Saúde da Família ou da rede básica (BRASIL, 2012).

## 2 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método da Revisão Integrativa acerca de todo o acervo já tornado público em relação ao tema de estudo. A Revisão Integrativa é uma metodologia específica em saúde que sintetiza um assunto ou um referencial para maior compreensão e entendimento de uma questão, permitindo uma ampla análise da leitura. Este método foi desenvolvido de acordo com os propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE) e tem como pressuposto um rigoroso processo de síntese da realidade pesquisada (MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Na realização da revisão integrativa foi estabelecida a questão norteadora, em seguida, foi realizado o levantamento bibliográfico na base de dados presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), utilizando os artigos científicos indexados nas bases de dados Scielo, referentes à detecção precoce da Hanseníase, no período de 2005 a 2013, utilizando os descritores: Hanseníase, Diagnóstico, Serviços de Saúde.

Para o estabelecimento da amostra, foram utilizados nos critérios de inclusão no estudo: artigos científicos indexados no banco de dados selecionado, com o descritor em saúde elencado acima, no período de 2005 a 2013, no idioma português, com ênfase no diagnóstico precoce da Hanseníase. Foram excluídos artigos que não disponibilizavam o texto completo (apenas o resumo), artigos que não contemplavam o período do estudo, artigos on-line não disponíveis na íntegra e artigos que não tiverem

enfoque no assunto abordado. Portanto, ao final do processo de seleção, dos 181 artigos encontrados, 167 foram excluídos, sendo dessa forma considerados para a concretização desse estudo 14 artigos científicos.

A partir dos resultados encontrados após a busca do estudo na íntegra, foi realizada uma análise dos dados em duas etapas. Na primeira, utilizamos um instrumento elaborado especificamente para este estudo, que permitiu a investigação e identificação de dados como: localização do artigo, ano, periódico de publicação, autoria, objetivo, metodologia e resultados principais. Na segunda etapa, ocorreu um processo extenso de leitura na íntegra e síntese dos artigos, com o propósito de verificar a contribuição de cada estudo para a elucidação da questão norteadora, de forma a atingir o objetivo previsto.

Para produção de dados foi realizado a interpretação do material, finalizando com a produção do texto que obedecerá a similaridade semântica, onde as temáticas foram agrupadas conforme semelhança de conteúdo e divididas em categorias.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Estabeleceram-se algumas variáveis relevantes para a apreciação das produções científicas da temática pesquisada, conforme se observa no quadro 1.

Observa-se no quadro que os anos de 2008 a 2010 foram os que mais apresentaram produções científicas acerca do tema proposto pelo trabalho (49,9%). No que diz respeito à abordagem metodológica, nota-se a predominância do tipo qualitativa (57,1%). O mesmo quadro aponta que a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical foi o periódico que mais publicou produções científicas acerca da temática (28,6%).

Após ter selecionado os artigos com suas respectivas abordagens metodológicas, partiu-se para a análise mais profunda dos mesmos, segundo o foco de estudo, para a criação das categorias. Após avaliação acerca do tema proposto pelo trabalho, observou-se como focos principais: a busca ativa dos casos de hanseníase e contato, e a importância da detecção de casos novos. Fato que se torna relevante, pois todos portadores de hanseníase foram primeiramente comunicantes, sendo considerados de importância epidemiológica significativa em termos de endemia e passam a se tornar um grupo de risco vulnerável do ponto de vista da cadeia do processo infeccioso.

**QUADRO 01:** Distribuição das produções científicas segundo as seguintes variáveis: o ano de publicação, abordagem metodológica e periódico de publicação (n=14).

Variáveis	nº	%
<b>Período</b>		
2005 a 2007	05	35,80
2008 a 2010	07	49,90
2011 a 2013	02	14,20
<b>Abordagem Metodológica</b>		
Quantitativa	05	35,80
Qualitativa	08	57,10
Quanti-Qualitativa	01	07,10
<b>Periódico</b>		
Cad. Saúde. Pública.	02	14,30
Arq. Ciênc. Saúde.	01	07,10
Rev. Bras. Enferm.	01	07,10
Rev. Soc. Bras. Med. Trop.	04	28,60
Rev. Esp. Saú.	01	07,10
Rev. Hansen. Int.	02	07,10
Rev. Paul. Ped.	01	07,10
Rev. Eletr. Enf.	01	07,10
Rev. Epidemiol. Serv. Saúde.	01	07,10

Fonte: Base de dados da BVS

As categorias surgiram da necessidade de organizar as informações referentes à temática da pesquisa encontradas no acervo selecionado. São elas: Descentralização das ações de controle da hanseníase para os Serviços de Atenção Primária à Saúde; O exame de contatos intradomiciliares como importante ferramenta na detecção precoce da Hanseníase.

## **DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMARIA Á SAÚDE**

O plano de eliminação da hanseníase, no Brasil, está fundamentado estruturalmente em uma proposta de ampliação da rede de diagnóstico e atenção à pessoa atingida pela hanseníase, mediante a descentralização das atividades para os serviços de atenção básica e à implementação de equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O que vem a contribuir para um melhor acesso da população aos serviços de saúde e conseqüentemente melhoria na cobertura da demanda (LAPA *et al.* 2006).

O processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para os serviços de atenção primária à saúde é um fator que favorece o processo de eliminação da hanseníase. A atuação das equipes de Saúde da Família contribui para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e a ampliação da rede de atenção ao paciente hanseníaco, permitindo diagnóstico precoce, tratamento poliquimioterápico adequado com o aumento das taxas de cura, alto nível de acompanhamento dos portadores e contatos, prevenção de incapacidades e reabilitação física e social (AMARAL e LANA, 2008).

Para Arantes *et al.* (2010) é importante que ocorra a descentralização para o diagnóstico, tratamento e controle dos comunicantes, permanecendo centralizado o tratamento das intercorrências, reações e acompanhamento e tratamento da prevenção e reabilitação das incapacidades.

A integração dos programas de controle da hanseníase na atenção básica de saúde foi considerada pelos serviços de saúde a melhor estratégia para o controle da doença, com diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento à pessoa com hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e à diminuição do estigma social (DIAS e PEDRAZZANI, 2008).

Para tanto, tornou-se possível a descentralização das ações de prevenção e controle da hanseníase nas unidades da ESF, pois conta com uma equipe multiprofissional que trabalha com o conceito de vigilância à saúde e tem suas práticas voltadas para resolver os problemas de saúde, aqueles de maior frequência e relevância em seu território. “O principal aspecto que tem facilitado a integração das ACH na Atenção Básica, sem dúvida, é a implantação da Estratégia do Programa de Saúde da Família que aproximou, também, a pessoa com hanseníase da assistência necessária” (GROSSI, 2009).

Entre as ações de controle de hanseníase na atenção básica inclui-se o treinamento de todas as ESFs, permitindo ao portador da doença e sua família, sobretudo os contatos intradomiciliares, uma maior vinculação com a equipe de saúde, o que facilita a realização do exame dermatoneurológico, que permitirá um incremento da detecção e a vigilância da doença de forma permanente e periódica. O sucesso dessas estratégias passa pela formalização de parcerias com todos os centros colaboradores. O serviço deverá identificar profissionais médicos capacitados e motivados na rede de atenção básica para configurarem elos entre os especialistas vinculados aos centros colaboradores e o profissional da rede básica de cada região de saúde. Sendo assim, em

cada região de saúde que concentre algum município identificado como prioritário deverá haver um médico generalista de apoio aos outros profissionais da rede para diagnósticos de difícil elucidação e orientação no acompanhamento de intercorrências terapêuticas (BRASIL, 2012).

## **O EXAME DE CONTATOS INTRADOMICILIARES COMO IMPORTANTE FERRAMENTA NA DETECÇÃO PRECOCE DA HANSENÍASE**

Para alcançar a meta de controle da hanseníase pretendida pelo Ministério da Saúde, torna-se necessário investir em ações efetivas para o diagnóstico precoce da doença. O controle dos contatos intradomiciliares deve fazer parte dessas ações, pois os familiares são os indivíduos mais expostos à infecção (DESSUNTI, 2008).

O controle efetivo da hanseníase desafia a organização dos serviços de saúde em função do longo tempo de incubação, do número elevado de casos, do estigma que a doença determina e das sequelas que os pacientes desenvolvem. Nesse sentido, a busca incessante dos contatos na hanseníase mostra-se um método eficaz para o diagnóstico precoce da doença, sendo possível diminuir as fontes de infecção e interromper a cadeia de transmissão desse agravo (SILVA, 2007).

O exame de contatos se estabelece como uma ação de vigilância epidemiológica essencial ao diagnóstico precoce e à ruptura das cadeias de transmissão da hanseníase e se coloca como estratégia central do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. O sucesso das ações de vigilância dos contatos, diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e reabilitação depende da decisão política para se fazer os investimentos necessários e adequados à diversidade do panorama da hanseníase no Brasil (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde indica que as ações das unidades de saúde devem ser programadas, considerando-se uma média de quatro contatos domiciliares por paciente. Este órgão define como contato intradomiciliar “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos”. Assim, para cada caso diagnosticado, deve-se prever a vigilância de quatro indivíduos com o objetivo de se adotar medidas profiláticas em relação aos mesmos. O diagnóstico precoce possibilita a adoção das medidas terapêuticas imediatas e adequadas a cada caso (BRASIL, 2007).

Essas medidas terapêuticas residem pelas normas atuais do Ministério da Saúde no diagnóstico precoce de casos e na utilização do BCG. Para tal, recomenda-se o



exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado. Depois do exame clínico o contato será encaminhado para aplicação da BCG por via intradérmica. Os contatos sem cicatrizes prévias e com uma cicatriz receberão uma dose de BCG e aqueles com duas cicatrizes de BCG, não deverão receber nenhuma dose. Uma vez identificados, os contatos do portador de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e, se o diagnóstico de hanseníase for confirmado, devem receber o tratamento específico. Os contatos devem receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de seus sinais e sintomas, devendo, neste caso, procurar a unidade de saúde (BRASIL, 20012).

Como parte dessa estratégia de controle da hanseníase, o Ministério da Saúde lançou em 2013 a Campanha Saúde na escola com enfoque no diagnóstico precoce de hanseníase e verminoses. O slogan dessa campanha foi “Hanseníase e Verminose tem cura. É hora de prevenir e tratar”. A meta foi identificar os casos suspeitos em estudantes de 5 a 14 anos de escolas públicas, com a intenção de aumentar o diagnóstico precoce e identificar nas comunidades em que a hanseníase e verminose ainda persistem. A primeira etapa do projeto foi visitas às escolas para avaliar os alunos que apresentassem sinais e sintomas das doenças. A segunda etapa da campanha consiste em encaminhar os casos suspeitos para rede de Atenção Básica (Unidades de Saúde do município) para confirmação do diagnóstico e início imediato do tratamento (BRASIL, 2013).

Nesse projeto, agentes comunitários de saúde e profissionais da Estratégia de Saúde da Família e das Unidades Básicas visitaram as escolas em busca de alunos que apresentassem sinais e sintomas das doenças. Os professores distribuíram aos alunos formulário com perguntas sobre sinais e sintomas da doença, a ocorrência de algum caso na família e um desenho do corpo humano para identificação do local de alguma mancha. Os formulários deveriam ser preenchidos com a ajuda dos pais ou responsáveis. Os casos suspeitos foram encaminhados à rede básica de saúde para confirmação e início imediato do tratamento gratuito (BRASIL, 2013).

A utilização da estratégia de exame de contatos intradomiciliares dos casos novos detectados e o segmento dos contatos intradomiciliares dos casos índices é essencial para a detecção precoce da hanseníase. Esta estratégia amplia as oportunidades de diagnóstico mais precocemente, evitando assim que o paciente chegue ao diagnóstico já nas fases tardias da doença e com incapacidades físicas instaladas.



#### 4 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo permitiram evidenciar que ao longo do tempo os serviços de saúde buscam a aplicação de estratégias para detecção precoce da hanseníase. Atualmente, medidas como a descentralização das ações de controle para os Serviços de Atenção Primária à Saúde e o exame de contatos intradomiciliares destacam-se como importantes ferramentas na detecção precoce da Hanseníase, evidenciando-se como as principais estratégias para alcance dessa meta, uma vez que o processo de descentralização está ancorado nos princípios da equidade e da acessibilidade.

A partir dos resultados encontrados, observa-se que as estratégias de detecção precoce e consequentemente controle da hanseníase que são ofertadas pelos serviços de saúde apontam efetividade. A partir dessas estratégias, as atividades de diagnóstico e tratamento estão próximas à comunidade, sendo ofertadas juntamente com os demais programas pelos serviços de saúde.

Salienta-se que todos devem se sentir envolvidos e co-responsáveis pela eliminação da hanseníase em todas as esferas, não somente por parte dos profissionais de saúde, mas também pela população geral na efetivação dessas estratégias. Porém, somente através da informação em massa é que o interesse e o conhecimento sobre a doença tornará possível o diagnóstico precoce e, por conseguinte, prevenir suas complicações e reduzir o estigma que cerca essa doença o que poderá refletir positivamente na quebra do ciclo de contaminação que perpetuam até os dias atuais a presença da hanseníase, conhecida desde as histórias bíblicas e que não conseguiu alcançar o livro das doenças erradicadas.

#### REFERÊNCIAS

AMADOR, M. P. *et al.*, Childhood leprosy in the Curianópolis district southeastern Pará state - a case report. **Hansen Int.** 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>>. Acesso em: 15 de março 2013.

AMARAL E. P e LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara (MG), Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** 2008, Nov. 61(esp): 701-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a08v61esp.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

ARANTES, C. K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 19(2): 155-164, abr-jun 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em 18 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A responsabilidade da Atenção Básica no Diagnóstico precoce da hanseníase. **Informe da Atenção Básica** n. 42. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_1120\\_P.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_1120_P.pdf)>. Acesso em 15 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. [Serie A. Normas e Manuais Técnicos]. 6º ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>>. Acesso em: 18 de março 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 5 ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_bolso\\_5ed2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_5ed2.pdf)>. Acesso em: 18 de março 213.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao\\_hansen\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao_hansen_2007.pdf)>. Acesso em: 14 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, malária, Tracoma e Tuberculose. **Caderno de Atenção Básica**. n. 21. 2 ed. rev. Brasília 2008: Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf>>. Acesso em: 14 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 5 Ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_bolso\\_5ed2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_5ed2.pdf)>. Acesso em: 18 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencasinfecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencasinfecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf)>. Acesso em: 18 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no. 3.125, de 7 de outubro de 2010. **Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase**. Diário Oficial da União 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_n\\_3125\\_hansenise\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf)>. Acesso em: 21 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase 2001- 2012**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011. Disponível em:

<[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/16/tab\\_geral\\_indicadores\\_operacionais\\_epi\\_2001\\_2012.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/16/tab_geral_indicadores_operacionais_epi_2001_2012.pdf)>. Acesso em: 24 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Distribuição da hanseníase no Brasil**, 2012. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=3200](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=3200)>. Acesso em: 28 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015 / Brasília, 2012: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_integrado\\_acoes\\_estrategicas\\_2011\\_2015](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015)> Acesso em: 18 de março de 2013.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hanseníase e Verminoses tem cura**. Brasília: Portal Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/03/brasil-realiza-campanha-para-diagnostico-de-hanseníase>>. Acesso em: 21 de outubro de 2013.

CARDONA, C. N. *et al.* **Survey to identify *Mycobacterium leprae*-infected household contacts of patients from prevalent regions of leprosy in Colombia**. Mem. Inst. 2008. 103: 332-336. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2013.

DESSUNTI, E. M. *et al.* Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Bras. Enferm.** 2008. v. 61, n. não esp. p. 689-693. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2013.

DIAS, R. C. PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev. Bras. Enferm.** 2008; 61(spe):753-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a16v61esp.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2013.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser hanseniano**: sentimentos e vivências. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da PUCRS. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2013.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. v. 3, n. 2. 76-88. Maio-agosto, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 de março de 2013.

GOMES, C. C. D. *et al.* Perfil clínico - epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bra**

**Dermatol.** 2005; 80 (Supl 3): S283-8. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2013.

GROSSI, M. A. F. *et al.* Caracterização da demanda pós-alta de hanseníase em serviços de saúde de Minas Gerais (BR): contribuições para a sistematização da assistência. **Cad. Saúde Colet.** Rio Janeiro:v.171, p.13-24, 2009. Disponível em:  
<[http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2009\\_1/artigos/Art\\_1CSC09\\_1.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2009_1/artigos/Art_1CSC09_1.pdf)>. Acesso em: 21 de outubro de 2013.

LAPA, T. M. *et al.* Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública.**v.22, n.12,p. 2575-2583, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/07.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

LEITE, K. K. D. C *et al.* Perfil dos Contatos de Casos de Hanseníase em Área Hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2009, v.17, n.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2013.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, 2008. P. 758- 764. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> >. Acesso em: 16 de setembro de 2013.

OLIVEIRA, B. F. A. *et al.* Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de contatos em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso (BR). **Revista Espaço para a Saúde.** 2007,v.8, n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2013.

PIRES, C. A. *et al.* Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev. Paul. Pediatr.** 2012. V.30. n.2. 292-5. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>>. Acesso em: 19 de outubro de 2013.

PINTO, P.G.H.R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 131-144, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v5n1/07.pdf>>. Acesso em: 13 de março de 2013.

PINTO NETO. J. M. **A Percepção dos Comunicantes Intradomiciliares dos Doentes de Hanseníase sobre a Doença, o Convívio com o Doente e o Controle Realizado pelo Serviço de Saúde.** 2004. 229 F. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22072005-224651/pt-br.php>>. Acesso em: 18 de março de 2013.

SILVA, A.R. *et al.* Hanseníase no município de Buriticupu (MA): busca ativa na população estudantil. **Rev da Soc Bras Med Trop.** 2007, 40:657-660. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n6/a12v40n6.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2013.

TALHARI, S. *et al.* **Hanseníase**. Manaus: [s.n.], 2006. Disponível em: em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2013.