

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE DESENVOLVIDAS  
PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARCOS ROGÉRIO DA SILVA**

**TEÓFILO OTONI**

**2011**

**MARCOS ROGÉRIO DA SILVA**

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE DESENVOLVIDAS  
PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Eulita Maria Barcelos

**TEÓFILO OTONI**

2011

**MARCOS ROGÉRIO DA SILVA**

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE DESENVOLVIDAS  
PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Eulita Maria Barcelos

**Banca Examinadora**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eulita Maria Barcelos (Orientadora) \_\_\_\_\_ UFMG

Prof. MCS Leonardo Cançado Monteiro Savassi ----- UFMG/ UFOP

Dedico este estudo a Deus, fonte de luz e perseverança e, especialmente ao meu amor, pela paciência, dedicação e apoio, ao longo desse período de ausências e pela constante alegria de tê-la comigo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, por serem os alicerces da minha vida, sendo além de pais, conselheiros, confidentes, incentivadores e amigos de todas as horas;

A toda minha família e amigos, pelo constante apoio e torcida durante esta árdua jornada;

Ao meu amor, pelo carinho, dedicação e compreensão de sempre;

Á todos os professores, e em especial à minha orientadora Eulita Maria Barcelos, pela dedicação, empenho e ensinamentos transmitidos.

*“Ser sábio é melhor do que ser forte; o conhecimento é mais importante do que a força. Afinal, antes de entrar numa batalha é preciso planejar bem e, quando há muitos conselheiros é mais fácil vencer”.*

*Pv 24; 21.*

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo discutir a importância das ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura-integrativa. A população deste estudo foi composta por toda literatura indexada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, LILACS, BDENF, CAPES. Consideraram-se as dissertações e artigos publicados no período de 2001 a 2011. Foi elaborado um instrumento para coleta de dados, compostos de dados referentes ao autor principal (profissão, titulação, local de trabalho, país de origem, dados referentes à publicação, as variáveis de estudo dos autores e a variável de estudo do pesquisador). Os resultados demonstraram que quanto a profissão do autor principal dos artigos analisados, 83% são enfermeiros e 17% são médicos. No que se refere à titulação a maioria são mestres (67%). Dentre os locais de atuação destes profissionais, percebeu-se que 58% atuam na atenção básica da saúde. Os artigos foram publicados em diferentes periódicos, sendo 34% na Revista Brasileira de Enfermagem. Destacou-se ainda que 100% dos artigos tiveram como veículo de divulgação a LILACS sendo 52% publicados no ano de 2008. Quanto ao delineamento do estudo, observou-se que 42% dos estudos foram quali-quantitativo. Constatou-se ainda que o Programa Nacional de Controle da Hanseníase vem estreitando laços com o Departamento de Atenção Básica /Ministério de Saúde com o objetivo de descentralizar as ações para controle da Hanseníase. Dentre os aspectos que dificultam as ações de controle da hanseníase pode-se citar: a falta do conhecimento sobre a enfermidade e suas conseqüências, o diagnóstico tardio, a ausência de educação continuada dos profissionais da saúde, falta de ações educativas comunitárias e familiares, déficit no conhecimento da população acerca da doença, carência de transporte para busca ativa, deficiência de material para exames no laboratório, falha na cobertura assistencial e falha da aplicabilidade das ações preconizadas pela Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase. A hanseníase precisa ser prioritária, tanto pelo poder público, como também pelos profissionais de saúde. Para tanto, é importante a valorização e implantação de ações que facilitem o controle desta doença, por meio de uma série de estratégias como: a capacitação de profissionais de saúde que atuam na rede básica, o investimento em Educação continuada criteriosa avaliação epidemiológica das equipes, o Planejamento Estratégico Situacional, o acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, a realização de campanhas frequentes, com distribuição de panfletos, a implantação da poliquimioterapia, busca ativa e atualização do sistema de informações dos dados epidemiológicos. Concluiu-se que hanseníase ainda causa repercussões significativas na vida de seus portadores, com isso salienta-se a importância de ações educativas junto a essas pessoas, objetivando a melhoria na assistência a essa clientela, contribuindo para amenizar o estigma, o preconceito e a discriminação que envolve a hanseníase. A trajetória dos profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família deve ser contemplada com ações educativas para a realidade cultural, social e emocional, desenvolvendo um pensamento crítico e reflexivo, culminando na transformação da realidade em que a hanseníase se insere.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Controle. Hanseníase.

## ABSTRACT

This study aimed to discuss the importance of leprosy control actions developed by the staff of the Family Health Strategy. The methodology used was an integrative literature review. The study population consisted of all the literature indexed in the databases of the Virtual Health Library, LILACS, BDENF, CAPES. Considering the papers and articles published from 2001 to 2011. A means for data collection, composed of data to the main author (profession, title, place of employment, country of origin, data relating to publication, the authors of the study variables and the variable of study the researcher). The results showed that the profession as the main author of the articles analyzed, 83% are nurses and 17% are doctors. With regard to the titration the majority are teachers (67%). Among the areas of action of these professionals, it was found that 58% work in primary health care. The articles were published in different journals, with 34% in the Brazilian Journal of Nursing. It also that 100% of the articles had LILACS as a vehicle for dissemination and 52% were published in 2008. Regarding the study design, we found that 42% of the studies were qualitative and quantitative. It was further observed that the National Leprosy Control has been strengthening ties with the Department of Primary Care / Ministry of Health with the aim of decentralizing initiatives to control leprosy. Among the aspects that hinder efforts to control leprosy can be cited: the lack of knowledge about the disease and its consequences, late diagnosis, lack of continuing education of health professionals, lack of educational to community and family, deficit of population's knowledge about the disease, lack of transportation to an active search, for material deficiency for laboratory tests, failure in coverage of care and failure of the applicability of the actions recommended by the Ordinance No. 1073/GM the Ministry of Health Control Program leprosy. Leprosy must be a priority both by the government, and also by health professionals. Therefore, it is important the appreciation to and implementation of actions to facilitate the control of this disease, through a series of strategies such as: training of health professionals working in the core network, investment in continuing education, critical evaluation of the epidemiological data by the Situational Strategic Planning, facilitated access to the assistance of the disease, frequent campaigns, distributing leaflets, the implementation of multidrug therapy, active search and update the information system of epidemiological data. It was concluded that leprosy still causes a significant impact in the lives of their subjects, thus stresses the importance of educational activities with these people, designed to improve care for these patients, helping to ease the stigma, prejudice and discrimination that involves leprosy. The trajectory of health professionals from Family Health Strategy should be addressed through education to the cultural, social and emotional realities, developing a critical and reflective thinking, culminating in the transformation of reality in which leprosy is inserted.

**Keywords:** Family Health Strategy. Control. Leprosy.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos Específicos.....	14
<b>4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>15</b>
4.1 Referencial teórico-metodológico.....	15
4.2 Amostra.....	16
4.3 Instrumentos de coleta de dados.....	17
4.4 Análises dos dados e apresentação dos resultados.....	17
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>22</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Canesqui *et al.* (2006) em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que foi vinculado ao processo de descentralização da política de saúde.

O PSF buscou inovar e reestruturar o modelo assistencial e o processo de trabalho dos profissionais de saúde; estimular a formação de equipes multiprofissionais e a sua adscrição a uma população; fortalecer os vínculos de responsabilidade e de confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade. O PSF altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio, não se restringindo apenas às unidades de saúde, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais (CANESQUI *et al.*, 2006, p. 1881).

Dentro da política de saúde brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS), constituem-se responsabilidades dos municípios a promoção ao processo de descentralização das ações de saúde, a hierarquização, a regionalização, a universalização e a equidade na assistência (BRASIL, 1990).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006, p. 1).

Caracterizando-se como um projeto que trouxe melhoras para a dinâmica do SUS, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) está condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde nacional e a velocidade de sua expansão demonstra a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo ao longo dos anos. Para consolidar essa estratégia necessita entretanto ser sustentada por um processo que vá permitir a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006).

A estratégia saúde da Família estruturou os sistemas municipais de saúde reordenando o modelo de atenção no SUS, racionalizando a utilização dos demais níveis do sistema com

bons resultados nos principais indicadores de saúde das comunidades assistidas (BRASIL, 2006).

O Brasil é considerado um dos países com maior prevalência da hanseníase. É um problema de saúde pública, que pode ser controlado com os métodos disponíveis hoje. Seu controle é uma das ações atribuídas à ESF (SCHOLZE *et al.*,(2006)

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete preferencialmente pele e nervos periféricos como características peculiares da doença. Pelo seu alto potencial incapacitante, atinge cruelmente seus portadores, muitas vezes retirando do mercado de trabalho indivíduos nas fases mais produtivas da vida. O diagnóstico precoce, o correto manejo das reações e das neurites, a prática do auto-cuidado e o acompanhamento periódico após a alta podem evitar que o desenlace da doença seja a instalação de danos permanentes para o paciente, responsáveis pela incapacitação e pelo estigma associado (MENDES *et al.*, 2008, p. 218).

O Ministério da Saúde recomenda que as ações de controle da hanseníase (ACH) sejam executadas pela rede municipal de saúde e complementadas pelas redes estaduais e federais e serviços conveniados ao SUS (BRASIL, 2006). “O controle da hanseníase, bem como e o tratamento de reações e dos efeitos colaterais, devem ser feitos a atenção básica, cabendo referência somente intercorrências graves,com necessidade de internação, as ou correções cirúrgicas” (MENDES *et al.*, 2008, p. 219).

A doença no panorama mundial, brasileiro e mineiro, é foco de uma discussão ampla dentro do contexto da saúde pública, pois se trata de uma patologia milenar, ainda incapacitante que acomete muitos indivíduos e que é acompanhada por muitos preconceitos, medos de contágio resultando na exclusão social e familiar do paciente. Este fato reflete muitas vezes na adesão ao tratamento.

Dentre os fatores que podem contribuir com o aumento da transmissão da hanseníase, Lana e Oliveira (1999) destacaram: o diagnóstico tardio, a baixa cobertura assistencial, o abandono dos pacientes ao tratamento, baixa taxa de controle de comunicantes, baixo nível de esclarecimento da população sobre a doença, além das baixas condições de vida e saúde da população. Além disso, os autores ressaltaram ainda o estigma e o preconceito como fatores importantes que penalizam os portadores da doença, dificultando a execução das medidas de controle.

No programa de controle da hanseníase a equipe da saúde da família está capacitada para suspeição diagnóstica, bem como exames de contato de casos novos na detecção precoce de manchas hipoanestésicas (BRASIL, 2002).

O sistema de atenção básica está se reestruturando de forma a atender não só ao doente e doença, mas ao indivíduo na sua integralidade, à sua família e comunidade. Sob essa nova ótica da saúde, a ESF ocupa espaço fundamental, pois a equipe multiprofissional é capaz de reconhecer os problemas, situações de saúde, doenças mais prevalentes a sua região de atuação e de intervir em todos eles, com senso de responsabilidade social, como promotor da saúde integral do ser humano.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), através do programa de controle da hanseníase, subsidia os profissionais da ESF que atuam na rede de atenção básica, sobre os mais importantes e atualizados planos para abordagem do paciente de hanseníase, como instrumento de capacitação, esperando que eles possam contribuir para eliminação da doença no país, evitando a desintegração dos pacientes curados no convívio da família e na sociedade.

Assim, o objetivo deste estudo é discutir a importância das ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. Espera-se que possa contribuir para o fortalecimento da atuação dos profissionais da equipe de saúde da família no diagnóstico da hanseníase na rede pública de atenção básica à saúde a partir da experiência compartilhada com a equipe multiprofissional.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hanseníase é considerada uma doença que figura com muito mais intensidade em países pobres, como os do Sudeste da Ásia, da América e da África, onde há também um maior número de pessoas, do que em países com condições economicamente mais favoráveis, como a Europa. De acordo com Dorneles (2005), nos países nos quais as condições econômicas são melhores, observa-se um menor risco de contágio. Entretanto, nos países mais pobres, a concentração da doença nessas áreas aumenta o risco de contágio, pois são habitadas por mais de um bilhão de pessoas, o que as deixam vulneráveis ao contágio.

A hanseníase é uma doença de difícil diagnóstico e tempo de incubação prolongado, que pode variar de 2 a 7 anos, neste sentido, devido às suas graves repercussões físicas, emocionais e sociais, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada, essa patologia representa um grave problema de saúde pública, e não se admite negligências. Ela constitui relevante problema de saúde pública dadas as suas características epidemiológicas avaliadas por altas taxas de detecção observadas nos últimos anos. Suas atividades de controle como a busca ativa, a notificação e o tratamento visam à descoberta precoce dos casos existentes na comunidade. (LANA e OLIVEIRA, 1999)

Outro fato é que a ação dos profissionais é pouco significativa, talvez seja pelo desconhecimento da doença faz com que os membros da equipe não tenham um olhar voltado para uma investigação mais acurada sobre a hanseníase. A visita domiciliar é um momento propício para investigar os sinais iniciais da doença, ou seja, a descoberta precoce de casos.

O médico e o enfermeiro na realização do exame físico ficam centrados nas queixas das pessoas e muitas vezes passam despercebidas as pequenas manchas que não incomodam o paciente. Os profissionais da saúde da família têm um papel relevante no programa de controle da hanseníase e, portanto, parece é de suma importância obter informações atualizadas sobre seu diagnóstico e controle.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Revisar as ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família.

## 4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 4.1 Referencial teórico-metodológico

Neste contexto, para a elaboração deste trabalho optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura, pois segundo Mendes *et al.* (2008) permite a incorporação das informações para reunir, de maneira sistemática e ordenada, os resultados de uma pesquisa, sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

A revisão integrativa da literatura consiste na síntese de estudos publicados sobre determinado assunto oferecendo possibilidades de conclusões gerais a respeito da área estudada. É um método capaz de apontar lacunas do conhecimento a serem preenchidas através de novos estudos realizados. Neste tipo de estudo primeiramente é determinado o objetivo a ser alcançado, depois formulados os questionamentos a serem respondidos e realizada a busca de pesquisas utilizando critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente. Os dados são interpretados, sintetizados e formuladas conclusões através da comparação com os estudos utilizados na revisão (MENDES *et al.*, 2008, p. 759).

A fundamentação teórica está baseada nos estudos já realizados que utilizaram esse método de pesquisa, que segundo Fonseca (2008) possibilita a descrição do conhecimento existente sobre determinado assunto e promove a remodelação do mesmo para atualização do conhecimento e conseqüentemente, da prática profissional.

Para se fazer uma revisão de literatura é necessário, estabelecer questões para nortear as buscas por produções de determinado assunto, e a questão que norteou este estudo é o que a literatura diz sobre as ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família.

A revisão integrativa permite a construção e uma análise ampla da literatura, possibilitando discussões sobre os métodos e resultados de pesquisa. É necessário seguir

padrões de rigor e clareza na revisão, de maneira que o leitor possa identificar as características reais dos estudos revisados (BEYEA e NICHLL, 1998). Segundo Whittemore e Knafl, (2005) e Beyea e Nichll (1998), a revisão integrativa da literatura envolve as seguintes etapas: identificação do problema de estudo, levantamento da literatura, avaliação crítica dos estudos, análise dos dados, redação da revisão.

Foram encontradas na busca 344 publicações indexadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library OnLine). (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Programas de Pós-graduação da CAPES. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, controle, hanseníase.

Após a análise crítica da literatura, a amostra final constituiu-se de 12 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão: dissertações e artigos publicados no período de 2001 a 2011, em português, que tiverem como foco de análise o tema proposto.

#### **4.2 Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário com objetivo de facilitar o processo de coleta e posteriormente a análise dos mesmos, o qual foi preenchido para cada publicação. Os artigos foram enumerados conforme a ordem de localização. O formulário possibilitou a obtenção de dados referentes ao autor principal, dados referentes às publicações e as variáveis de estudo dos autores. (APÊNDICE 1)

As variáveis descritivas constituíram-se de dados relacionados à identificação dos autores por nomes, profissão, titulação, e área de atuação e a identificação da publicação por título, tipo, fonte, ano de publicação, país de origem e delineamento, bem como a variável de interesse dos autores – as ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela equipe saúde da família.

#### **4.3 Análise dos dados e apresentação dos resultados**

Realizou-se uma análise descritiva dos artigos, teses, dissertações relacionados ao



tema escolhido, tendo como referências a variável de estudo.

A análise dos dados desenvolveu-se em quatro etapas: na primeira fez-se a análise referente aos dados de identificação do autor, na segunda a identificação da publicação, na terceira a variável de interesse dos autores e na quarta a variável de interesse do pesquisador.

Para a apresentação dos resultados foram elaborados quatro quadros sinópticos que retratam as variáveis registradas no instrumento de coleta de dados:

- 1- As publicações científicas segundo a base de dados, população e amostra;
- 2- Características relacionadas aos autores;
- 3- Características das Publicações;
- 4- As ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela equipe saúde da família.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos neste trabalho foi feita de forma descritiva, possibilitando conhecer a quantidade de publicações sobre o tema estudado, quais os profissionais mais atuantes neste assunto, além de avaliar a aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo do estudo.

Foi elaborada uma revisão da literatura sobre hanseníase de modo geral e alguns subitens que foram considerados pertinentes para abordar e posteriormente são apresentados os resultados, sua análise e discussão.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Para descrever a importância das ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família, é condição *sine qua non*, iniciar os estudos com uma abordagem geral sobre o assunto.

A hanseníase é doença infecciosa crônica causada pelo *M. leprae*. A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples na maioria dos casos. Em contrapartida, o dano neurológico é responsável pelas possíveis seqüelas (ARAÚJO, 2003).

A distribuição da hanseníase no mundo deixa evidencia a relação entre a doença e o desenvolvimento social, pois, conforme Dorneles (2005), nas áreas de extrema exclusão social fica caracterizada a sua centralidade Assim, dentre outras causas, o agravamento da doença pode estar vinculado, à desintegração social do trabalho e da vida, além do precário acesso aos serviços de saúde, demonstrando que o Brasil tem passado por sérios problemas sociais.

As características epidemiológicas da hanseníase, de acordo com Leite *et al.* (2009), subsidiam para o diagnóstico da situação de saúde, com valiosas contribuições, para compreender a cadeia epidemiológica, no planejamento e na avaliação das ações de saúde, através da implantação de novas estratégias no controle da doença como problema de saúde pública.

“O *Mycobacterium leprae* foi descrito em 1873 pelo norueguês Amauer Hansen. É um bacilo álcool-ácido resistente - BAAR, parasita intracelular com predileção pela célula de Schwann e pele” (ARAÚJO, 2003, p. 374). Apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos), o homem é considerado como o único reservatório natural do bacilo sendo que os pacientes portadores de formas multibacilares.

São considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado. A existência de portadores saudáveis tem sido relatada pelos estudos de DNA utilizando a técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR), entretanto, o papel desses na transmissão e o seu risco de adoecimento não está definido (ARAÚJO, 2003, p. 374).

Araújo (2003) esclarece, que a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo são as vias aéreas superiores. Eventualmente, a pele erodida, pode ser porta de entrada da infecção. Apesar de poderem eliminar bacilos, as secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal, não possuem importância na disseminação da infecção.

Araújo (2003) esclarece também apesar da hanseníase ter maior incidência em países mais pobres e em população menos favorecidos, ainda não é totalmente esclarecido o peso de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes, e infecções prévias por outras micobactérias. Além disso, avalia-se ainda o papel de fatores genéticos, a distribuição da doença em conglomerados, famílias ou comunidades com antecedentes genéticos comuns.

Dentre os fatores associados à distribuição espacial da hanseníase, Batista *et al.* (2011, p. 102), apontam os naturais e sociais. “Entre as premissas naturais, encontra-se o clima, o relevo, tipos de vegetação e determinados ecossistemas. Entre as premissas sociais, destacam-se condições desfavoráveis de vida, desnutrição, movimentos migratórios e outras”.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico. Na forma inicial aparecem manchas esbranquiçadas sobre a pele, com

diminuição de sensibilidade na área atingida. De acordo com Moreno (2008) algumas pessoas que adoecem ,

apresentam resistência ao bacilo, constituindo os casos Paucibacilares (PB), nas formas indeterminada (HI) e tuberculóide (HT). Essas formas abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas( MORENO, 2008.p.28)

Um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo, que se multiplica no seu organismo passando a ser eliminado para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas. Estas pessoas constituem os casos Multibacilares (MB), nesses casos encontramos as formas virchowiana (HV) e dimorfa (HD), que são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2002).

O curso estabelecido pela doença dependerá da susceptibilidade do indivíduo. Na virchowiana a imunidade é ausente com acentuada multiplicação do bacilo, anestesia de pés e mãos – favorecendo traumatismo e feridas, atrofia muscular, inchaço de pernas e surgimento de nódulos na pele. Órgãos internos também são acometidos (METELLO, 2007).

O paciente pode apresentar vermelhidão e queda de pêlos (sobrancelha, cabelo e regiões genitais). Raramente leva a morte, mas como atinge o sistema nervoso, pode levar à incapacidade física (DUARTE, 2002).

Dentre as formas clínicas da hanseníase, pode-se citar a Hanseníase indeterminada (HI), a Hanseníase tuberculóide (HT), a Hanseníase virchowiana (HV) e, a Hanseníase dimorfa (HD)(ARAÚJO, 2003).

Quanto ao tratamento da Hanseníase, de acordo com o Ministério da Saúde estes são:

A quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica BRASIL, 2002,p.1)

O Ministério da saúde destaca ainda, que quando a pessoa inicia o tratamento quimioterápico, esta “deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da

medicação matam os bacilos, torna-os incapazes de infectar outras pessoas” (BRASIL, 2002, p. 1).

Visando uma maior adesão a tratamento, Goulart *et al.* (2002) ressaltaram, a importância dos efeitos adversos da Poliquimioterapia (PQT) na capacitação das equipes de saúde, contribuindo com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Nesta direção, enfatiza-se a necessidade da unidade básica estar sempre atenta para essas situações, devendo, na maioria das vezes, encaminhar a pessoa à unidade de referência para receber o tratamento adequado (BRASIL, 2002).

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.

No levantamento dos artigos nos bancos de dados foram identificados 344 artigos, no entanto, após a leitura dos mesmos, a amostra final desta revisão foi constituída por 12 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os resultados serão apresentados em 04 quadros sinópticos a seguir.

### QUADRO 1 - Variáveis referentes ao autor principal, profissão, titulação e local de atuação-2011

Nº	Autor	Profissão	Titulação	Local de atuação
01	AQUINO <i>et al.</i> (2003)	Enfermeira	Doutora	Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão
02	SCHOLZE (2006)	Médico	Mestre	Estratégia da Saúde da Família
03	CUNHA <i>et al.</i> (2007)	Médico	Mestre	Dermatologista na Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias,
04	BARBOSA <i>et al.</i> (2008)	Enfermeira	Mestre	Atenção Básica
05	HELENE <i>et al.</i> (2008)	Enfermeira	Mestre	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
06	MORENO <i>et al.</i> (2008)	Enfermeira	Mestre	Hospital Universitário Onofre Lopes.
07	PEREIRA <i>et al.</i> (2008)	Enfermeira	Mestre	Atenção Básica

	SILVA	Enfermeiro	Doutor	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
<b>08</b>	SOBRINHO (2008)			
<b>09</b>	VIEIRA <i>et al.</i> (2008)	Enfermeira	Mestre	Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté
<b>10</b>	RESENDE <i>et al.</i> (2009)	Enfermeira	Especialista	Atenção Básica
<b>11</b>	SILVA e PAZ (2010)	Enfermeira	Mestre	Secretaria Municipal de Saúde/RJ
<b>12</b>	LANA <i>et al.</i> (2011)	Enfermeiro	Doutor	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Quanto à profissão do autor principal dos artigos analisados, observou-se que 83% são enfermeiros e 17% são médicos.

No que se refere à titulação constatou-se que 67% são mestres, 25% são doutores e apenas 8% são especialistas.

Dentre os locais de atuação destes profissionais, percebeu-se que 58% atuam na atenção básica da saúde, 34% são docentes e 8% em instituição hospitalar.

Estes resultados demonstram a relevância do tema para os profissionais da saúde principalmente para aqueles que atuam na atenção básica. Confirma também a qualidade dos estudos realizados, já que os mesmos em sua maioria foram realizados dos mestres.

#### **QUADRO 2** - Características das publicações dos artigos selecionados, 2003 a 2010.

<b>Nº</b>	<b>Autor</b>	<b>Periódico</b>	<b>Veículo de divulgação</b>	<b>Ano de public.</b>	<b>Delineamento do estudo</b>
<b>01</b>	AQUINO <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 1, p. 119-125.	LILACS	2003	Quantitativo
<b>02</b>	SCHOLZE <i>et al.</i>	Revista APS	LILACS	2006	Quali-quantitativo
<b>03</b>	CUNHA <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 5, p. 1187-1197. mai.	LILACS	2007	Quali-quantitativo
<b>04</b>	BARBOSA <i>et al.</i>	Cad. saúde colet., Rio Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, abr./jun.	LILACS	2008	Qualitativo
<b>05</b>	HELENE <i>et al.</i>	Rev. bras. enferm. Brasília, v. 61 n.spe nov.	LILACS	2008	Quantitativo

06	MORENO <i>et al.</i>	Rev. bras. enferm. Brasília, v. 61, n. spe, nov.	LILACS	2008	Quantitativo
07	PEREIRA <i>et al.</i>	Rev. bras. enferm. v. 61, (spe), p. 716-725. nov.	LILACS	2008	Qualitativa
08	SILVA SOBRINHO	Cad. Saúde Pública, v. 24, n.2 Rio de Janeiro feb.	LILACS	2008	Quali-quantitativo
09	VIEIRA <i>et al.</i>	Rev. bras. enferm. Brasília, Nov. v. 61 n. spe	LILACS	2008	Qualitativo
10	RESENDE <i>et al.</i>	Hansen Int, v. 34, n. 1, p. 27-36.	LILACS	2009	Quali-quantitativo
11	SILVA e PAZ (2010)	Esc Anna Nery Rev Enferm ; v. 14, n. 2, p. 223-229, abr./jun.	LILACS	2010	Qualitativa
12	LANA <i>et al.</i>	Esc Anna Nery, v. 15, n. 1. p. 62-67, jan./mar.	LILACS	2011	Quali-quantitativo

Ao analisar as características relacionadas às publicações, apresentadas no Quadro 2, observou-se que os artigos foram publicados em diferentes periódicos, sendo que quatro encontram-se na Revista Brasileira de Enfermagem, três no Caderno de Saúde Pública, dois Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery e um nas Revistas APS, um no Cadernos de Saúde Coletiva e um na revista *Hansenologia Internationalis*

Destaca-se que 100% dos artigos tiveram como veículo de divulgação a LILACS, confirmando ser este um dos mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, que há 25 anos contribui para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde.

Quanto aos anos de publicação percebe-se, que nos anos que antecedem 2003 não foi encontrada nenhuma publicação, nos anos subsequentes exceto 2008 encontrou-se somente uma publicação/ano o que corresponde a um percentual de 8% ao ano e perfazendo um percentual de 48% nos seis anos em questão. Verifica-se um aumento considerável em 2008, com a publicação de seis artigos, ou seja, 50% do total da amostra comprovando a preocupação dos profissionais de saúde neste período com o controle da hanseníase.

Pode-se concluir pelo número de artigos publicados e pelas datas de publicação que a literatura específica da hanseníase na ESF é muito recente, com um número pouco significativo, porém com um conteúdo muito rico que aborda o tema proposto. Devido ao

número de artigos localizados, acredita-se que se faz necessário o estímulo e incentivo aos profissionais para pesquisarem e divulgarem seus trabalhos, uma vez que o resultado apresentado aponta para a complexidade do controle da hanseníase pela equipe de saúde da família.

Quanto ao delineamento metodológico do estudo, 42% foram quali-quantitativos, 33% qualitativos e, 25% quantitativos. A abordagem qualitativa reúne um conjunto complexo de dados derivados de várias fontes, variando de entrevistas à observação, à interpretação de documentos e à reflexão (POLIT *et al.*, 2004).

Os mesmos autores esclarecem ainda, que a junção metodológica qualitativa e quantitativa permite reforçar a credibilidade dos resultados. Desse modo, a criteriosa abordagem quantitativa e qualitativa possui muitas vantagens, dentre outras, a de que elas são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana.

### QUADRO 3 – Variável de interesse dos autores dos artigos selecionados, 2003 a 2010.

Nº	AUTOR PRINCIPAL	Título	Variável de interesse
01	AQUINO, <i>et al.</i> (2003)	Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995.	Avaliar o programa de controle da hanseníase do Município de Buriticupu, Maranhão.
02	SCHOLZE, <i>et al.</i> (2006)	Planejamento estratégico situacional do controle da hanseníase no âmbito do PSF: experiência de balneário Camboriú – SC.	Planejamento Estratégico Situacional (PES), para concretizar as ações de controle da hanseníase no PSF, com posterior avaliação desse processo.
03	CUNHA <i>et al.</i> (2007)	Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Descrever as estratégias de eliminação realizadas em Duque de Caxias, município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
04	BARBOSA <i>et al.</i> (2008)	Olhares sobre as ações do Programa de Controle da Hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil	Contexto real das ações e gerência e assistência do Programa de Controle da Hanseníase
05	HELENE <i>et al.</i> (2008)	Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo	Analisar as ações de controle da hanseníase desenvolvidas em nove municípios do Estado de São Paulo e uma coordenadoria de saúde da Capital, selecionados a partir de sua população, localização geográfica e coeficientes de prevalência.
06	MORENO <i>et al.</i> (2008)	Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família	Capacitar os enfermeiros e médicos das ESF de sete municípios do Rio Grande do Norte na detecção da doença



07	PEREIRA <i>et al.</i> (2008)	Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo	Identificar e caracterizar as ações do Programa de Controle da Hanseníase nos serviços de saúde municipais.
08	SILVA SOBRINHO (2008)	Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil.	Analisar a perspectiva de eliminação da hanseníase no Estado do Paraná.
09	VIEIRA <i>et al.</i> (2008)	Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase	Resgatar e avaliar contatos faltosos de doentes de hanseníase.
10	RESENDE <i>et al.</i> (2009)	Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO	Identificar as principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis - GO, vislumbrando proporcionar possíveis soluções aos problemas detectados.
11	SILVA e PAZ (2010)	Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional.	Abordar a vivência dos profissionais de serviços básicos de saúde do município do Rio de Janeiro, que realizam atividades de educação em saúde no Programa de Controle da Hanseníase.
12	LANA <i>et al.</i> (2011)	Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de araçuaí e sua relação com ações de controle	Analisar a situação epidemiológica da hanseníase e sua relação com o desenvolvimento das ações de controle na microrregião de Araçuaí.

Referindo-se às variáveis de interesse dos autores nos artigos analisados foi abordado por Aquino *et al.* (2003); Scholze *et al.* (2006); Helene *et al.* (2008); Barbosa *et al.* (2008) e Pereira *et al.* (2008) as ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. Cunha (2007) e Silva Sobrinho (2008) descrevem as estratégias utilizadas para a eliminação da hanseníase. É importante especificar também que os autores Resende *et al.* (2009) e Lana *et al.* (2011) pesquisaram as principais causas da alta prevalência, a situação epidemiológica da hanseníase e sua relação com o desenvolvimento das ações de controle. Para Moreno (2008) e Silva (2010) o foco do estudo foi a capacitação dos enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família e a vivência dos profissionais na utilização da educação em saúde no programa de controle da hanseníase. Enquanto, todos os autores acima demonstraram uma convergência em suas variáveis, Vieira *et al.* (2008) preocupou-se em resgatar e avaliar os pacientes faltosos.

No próximo quadro apresenta-se o resultado encontrado sobre a variável de estudo do pesquisador.

#### QUADRO 4 – Variável de estudo: ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela estratégia de saúde da família – 2011

Nº	AUTOR PRINCIPAL	AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENIASE DESENVOLVIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
01	AQUINO, <i>et al.</i> (2003)	Divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença em nível comunitário, visando a estimular a procura pelo serviço de saúde dos sintomáticos dermatológicos. Tal medida favorecerá o diagnóstico precoce e tratamento correto, que são fundamentais para o controle da endemia.

02	SCHOLZE <i>et al.</i> (2006)	Estratégias como descentralização do atendimento ao paciente e campanhas localizadas; Novas estratégias complementares necessitam ser formuladas para o alcance da eliminação da doença no município.
03	CUNHA <i>et al.</i> (2007)	Educação permanente junto aos profissionais da atenção básica, com enfoque em hanseníase, por meio de bons treinamentos e a conscientização que se pode alcançar através da educação permanente.
04	BARBOSA <i>et al.</i> (2008)	A descentralização da assistência à hanseníase; a capacitação dos profissionais e a padronização da assistência.
05	HELENE <i>et al.</i> (2008)	Capacitação dos profissionais como instrumento fundamental para realizar as ações preconizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase; implementação da busca ativa para o controle e diagnóstico precoce no controle da hanseníase para a detecção de casos novos e a possibilidade do diagnóstico precoce.
06	MORENO <i>et al.</i> (2008)	Capacitação e educação permanente dos enfermeiros e médicos das ESF.
07	PEREIRA <i>et al.</i> (2008)	Ações de controle realizada por profissionais com experiência significativa de trabalho; educação em saúde como prática que otimiza a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, devido à superação de limitações provocadas pela doença.
08	SILVA SOBRINHO (2008)	A descentralização da assistência à hanseníase; ampliação da rede de diagnóstico; atenção à pessoa atingida pela hanseníase, melhor acesso da população aos serviços de saúde e conseqüentemente melhoria na cobertura da demanda.
09	VIEIRA <i>et al.</i> (2008)	Melhoria a busca ativa, do registro dos dados, e o controle da aplicação do BCG-ID, por meio da descentralização das ações de controle da doença; Estabelecimento de parcerias com outros serviços de saúde, para resgatar os contatos faltosos, assim como parcerias com outras instituições de saúde, com a finalidade de diagnóstico e tratamento precoce da doença; agilizar o diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos, implementando a busca ativa nesta faixa etária, visando o diagnóstico precoce; Educação continuada e capacitação da equipe multiprofissional da atenção básica; formação de profissionais da área da saúde tanto do nível técnico como do nível superior de ensino.
10	RESENDE <i>et al.</i> (2009)	Diagnóstico precoce, educação continuada aos profissionais da saúde, ações educativas a nível comunitário e familiar, conhecimento da população acerca da doença, transporte para busca ativa, fornecimento de material para exames no laboratório, cobertura assistencial e aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase.
11	SILVA e PAZ (2010)	Atividades educativas fundadas nas normas do Programa de Controle da Hanseníase; informações necessárias ao cuidado e adesão ao tratamento.
12	LANA <i>et al.</i> (2011)	Reorganização do processo de trabalho de forma a integrar as ações de controle aos serviços de atenção básica, com ênfase na abordagem coletiva.

Observou-se que, dentre as ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela ESF, Aquino *et al.* (2003); Resende *et al.* (2009); Silva e Paz (2010) e Lana *et al.* (2011) abordaram a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença em nível comunitário, através de campanhas, abordagem coletiva, atividades educativas visando estimular a procura pelo serviço de saúde, além de levar conhecimento à população sobre a doença, possibilitando assim o diagnóstico precoce.

Scholze *et al.* (2006); Barbosa *et al.* (2008); Silva Sobrinho e Freitas, (2008); Vieira *et al.* (2008) são favoráveis a descentralização das ações de controle da hanseníase porque, com esta estratégia podem ampliar a precocidade do diagnóstico da hanseníase.

A educação permanente junto aos profissionais da atenção básica, e a capacitação dos profissionais são citadas por Cunha *et al.* (2007); Moreno *et al.* (2008); Pereira *et al.* (2008); Vieira *et al.* (2008); Resende *et al.* (2009); Silva e Paz (2010) e Helene *et al.* (2008) como de fundamental importância na assistência ao paciente portador de hanseníase, bem como no diagnóstico precoce da doença. Os autores enfatizam que a capacitação dos profissionais é um instrumento fundamental para realizar as ações preconizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase.

Aponta-se a necessidade de monitoramento dos pacientes faltosos, adesão aos medicamentos e implantação da busca ativa para a detecção de casos novos, possibilitando assim, o diagnóstico precoce e o tratamento correto. Estas ações são fundamentais para o controle da doença (HELENE *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2008; RESENDE *et al.*, 2009; AQUINO *et al.* 2003; SILVA e PAZ, 2010). Silva Sobrinho e Freitas (2008) ressaltam a necessidade de ampliação da rede de diagnóstico.

Vieira *et al.* (2008) citam que o estabelecimento de parcerias com outros serviços de saúde, para resgatar os contatos faltosos, assim como parcerias com outras instituições de saúde, com a finalidade de diagnóstico e tratamento precoce da doença é muito importante.

Outras estratégias complementares foram abordadas para controlar a hanseníase e seus municípios como: padronização da assistência (BARBOSA *et al.*, 2008), ações de controle realizadas por profissionais com experiência significativa de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2008); atenção à pessoa atingida pela hanseníase, melhor acesso da população aos serviços de saúde (SILVA SOBRINHO e FREITAS, 2008); melhoria do registro dos dados, e o controle da aplicação do BCG-ID; (VIEIRA *et al.*, 2008); fornecimento de material para exames no laboratório, cobertura assistencial e aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase (RESENDE *et al.*, 2009); e a reorganização do processo de trabalho, com ênfase na abordagem coletiva (LANA *et al.*, 2011).

A hanseníase, que se caracteriza como uma doença infectocontagiosa endêmica, segundo Silva Sobrinho e Freitas, (2008) e Lana *et al.* (2011) embora, tenha tido uma importante queda em seu coeficiente de prevalência, ainda é para a maioria dos estados brasileiros um grave problema de saúde pública, diante de seus altos índices de incidência.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) o objetivo da política de controle da hanseníase é diagnosticar, tratar e curar todos os casos. Portanto, para alcançar esse objetivo, tem-se investido na promoção da gestão pública e da política das ações de controle da hanseníase de forma descentralizada e participativa, envolvendo os estados, municípios e sociedade civil, contribuindo para a atenção integral e o cuidado à saúde das pessoas com hanseníase, inclusive as que ficam com sequelas.

Na última década as estratégias de controle da hanseníase no mundo, de acordo com Cunha *et al.* (2007) vêm sofrendo significativas mudanças, com o intuito de eliminar a doença conforme a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde. Porém, ainda existe uma grande dificuldade em se atingir esta meta, principalmente nos países mais endêmicos. Neste sentido, Aquino *et al.* (2003); Scholze *et al.* (2006); Cunha *et al.* (2007); Barbosa *et al.* (2008); Helene *et al.* (2008); Moreno *et al.* (2008); Pereira *et al.* (2008); Silva Sobrinho e Freitas (2008); Vieira *et al.* (2008); Resende *et al.* (2009); Silva e Paz (2010) e Lana *et al.* (2011) destacaram a importância das ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família.

Dentro da realidade profissional percebe-se que na atual situação e organização da equipe, ainda não foi possível alcançar o objetivo proposto na política de controle da hanseníase de forma ideal, devido várias deficiências e limitações do sistema de saúde do Município, uma vez que é possível avaliar o indivíduo fazer o diagnóstico precoce, além de atuar de forma preventiva, mas não de uma forma satisfatória.

A experiência vivenciada coaduna com o que é apresentado por Barbosa *et al.* (2008), apesar dos avanços dos últimos 10 anos, constataram que existe ainda uma fragilidade da rede assistencial para a hanseníase. Nesta mesma direção, segundo Aquino *et al.* (2003), existe um alto percentual de abandono do tratamento, sendo, portanto, o programa de controle da hanseníase precário. Este resultado foi de encontro aos resultados do estudo de Pereira *et al.* (2008), Vieira *et al.* (2008) e Resende *et al.* (2009), que ressaltaram a importância de se reforçar a busca ativa no sentido de resgatar os contatos faltosos.

Outra lacuna observada por Helene *et al.* (2008) refere-se ao sistema de informações dos dados epidemiológicos, que apresentou déficits que deveriam ser melhorados, em todos os serviços e regionais de saúde. Para Silva & Paz (2010) as atividades de educação em saúde no Programa de Controle de Hanseníase ainda são pouco sistematizadas e direcionadas ao processo do adoecimento, à adesão terapêutica, e não propriamente às pessoas, suas necessidades e sua autonomia. Lana *et al.* (2011) constataram que a proporção de casos detectados com grau II de incapacidade e o predomínio de formas passivas de detecção sugerem diagnóstico tardio.

Dentre as ações utilizadas para o controle da hanseníase, pode-se citar a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença em nível comunitário e o diagnóstico precoce (AQUINO *et al.*, 2003), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) (SCHOLZE *et al.*, 2006); o acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, a realização de campanhas frequentes, com distribuição de panfletos, de implantação da poliquimioterapia (CUNHA *et al.*, 2007) necessidade de sensibilização de profissionais e gestores, formação e capacitação de profissionais (BARBOSA *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2008); busca ativa e atualização do sistema de informações dos dados epidemiológicos (HELENE *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2008) o controle da aplicação do BCG-ID (VIEIRA *et al.*, 2008), qualificação no acesso, promoção e proteção à saúde do hanseniano (RESENDE *et al.*, 2009) e, a integração das ações de controle da hanseníase na atenção básica (LANA *et al.*, 2011).

A descentralização da assistência à hanseníase é deve ser vista comoé um importante instrumento (BARBOSA *et al.*, 2008), porém não único a ser utilizado como estratégia para eliminação da hanseníase. Neste contexto, Silva Sobrinho e Freitas (2008) observaram que deve-se considerar os fatores regionais culturais, socioeconômicos, geográficos e políticos para direcionar as decisões.

Já Cunha *et al.* (2007) descreveram as estratégias de eliminação em um município com alta endemicidade, analisaram os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da doença e sua tendência evolutiva nos últimos 14 anos, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estratégias como descentralização do atendimento ao paciente e campanhas localizadas foram associadas ao aumento da detecção de casos mais precoces, e à redução da taxa de prevalência e do tempo de permanência dos pacientes no registro ativo.

Verificou-se uma influência positiva da descentralização, no incremento da detecção de casos novos. Pelo acesso facilitado à assistência ampliou a precocidade do diagnóstico e conseqüentemente, reduziu o número de pacientes incapacitados. Em relação aos dados epidemiológicos do Município ocorreram mudanças do quadro endêmico local, nos últimos cinco anos (CUNHA *et al.*, 2007).

Cunha *et al.* (2007) consideram ainda, que a frequente realização de campanhas, com distribuição de panfletos, além de atividades educativas junto à comunidade pode ter contribuído com a melhora do conhecimento da população local sobre a hanseníase, aumentando a detecção de casos com a forma indeterminada. Diante da redução da permanência dos pacientes no registro ativo, percebeu-se uma melhora significativa no acompanhamento dos casos. E o tempo de tratamento da doença teve uma redução acentuada, diante da implantação da poliquimioterapia, no município.

Cunha *et al.* (2007) destacam que a proximidade entre a residência e a unidade de saúde, pode ter contribuído para a melhor aderência do paciente ao tratamento. Os autores observaram ainda, que quanto mais intensas as ações estratégicas de descentralização, maior a possibilidade do aumento da taxa de detecção. Apesar da endemia permanecer, os resultados favoráveis podem ter sido em consequência da descentralização do atendimento.

Helene *et al.* (2008) enfatizaram a importância da capacitação dos profissionais para realizarem as ações preconizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase. Moreno *et al.* (2008) avaliaram a positividade da capacitação dos enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família, demonstrando que se houver insegurança na realização do diagnóstico é necessária uma educação permanente. Constataram que há necessidade de um envolvimento maior do médico no processo de detecção. Ressaltam que a capacitação profissional demanda bons treinamentos e a conscientização, que se pode alcançar através da educação permanente. Tudo leva a crer, que o caminho mais seguro a percorrer é da educação em saúde, já que esta direciona-se tanto para a comunidade, quanto para os pacientes com hanseníase, com o intuito de esclarecer quanto aos sinais e sintomas da doença, eficácia do tratamento, integração comunitária, combate ao estigma, dentre outros.

Pereira *et al.* (2008) também destacaram a importância da capacitação dos profissionais como instrumento fundamental para as ações preconizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase. Destacaram a importância de executar constantemente as ações de

educação em saúde para otimizar a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, devido à superação de limitações provocadas pela doença, bem como e a realização da busca ativa. Resende *et al.* (2009), Silva e Paz (2010) corroboraram com os autores acima, destacando que a capacitação profissional demanda bons treinamentos e a conscientização que se pode alcançar através da educação permanente.

Resende *et al.* (2009) salientaram a necessidade dos serviços de saúde proporcionarem qualificação no acesso, promoção e proteção à saúde do hanseniano. Para Vieira *et al.* (2008) deve-se promover a educação continuada e capacitação da equipe multiprofissional da atenção básica visando diagnóstico e tratamento precoce, bem como a formação de profissionais da área da saúde, tanto do nível técnico como do nível superior de ensino. Os autores sugeriram a utilização da mídia para a promoção e implantação de ações educativas, além do apoio dos profissionais da saúde, da educação e representantes de associações de bairros, com o intuito de orientar tanto o paciente, sua família e a comunidade, quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos; prevenção de incapacidades, redução do estigma e preconceito.

Concordo com os autores, pois a capacitação da equipe é imprescindível para prestar uma assistência de qualidade, que o profissional de saúde saiba reconhecer os aspectos fisiológicos da doença, a fim de atuar de forma preventiva e precoce com o objetivo de evitar que haja prejuízo no convívio familiar e social. Conhecer as características peculiares de cada paciente, as condições biológicas, psicológicas (emoções, percepção), sociológicas (ambiente, pessoas ao redor) e cultural/espiritual (status social, educação) facilita a abordagem do paciente e de sua família.

Pereira *et al.* (2008) elucidaram que a compreensão dos significados sociais e culturais da hanseníase possibilitam aos profissionais maior aproximação com a realidade do sujeito doente, a fim de orientar as práticas em saúde no levantamento das reais necessidades de saúde dos usuários e superar as limitações do tratamento físico-biológico, considerando a problemática social agregada à doença.

A equipe de saúde deve sempre visar suas ações com base na manutenção e integração do indivíduo à comunidade, bem como atuar de forma preventiva diante dos fatores de risco. Tal assistência só é possível por meio de profissionais capacitados e, especialmente, do suporte familiar. Daí a importância da integração da equipe de saúde da família com a

comunidade, do vínculo com a família e do conhecimento de suas necessidades, dos fatores de risco daquela área e dos determinantes de saúde daquela população.

Piccini *et al.* (2006) destacaram a que nos últimos anos, o PSF vem ocupando papel de destaque quanto à estratégia indutora de equidade, diante da capacitação em termos de conhecimento, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades da população, sempre primando pela eficiência e qualidade do trabalho. Apesar disso, ainda percebe-se a falta de uma melhor estruturação das ações de cada membro da equipe no atendimento ao paciente portador de hanseníase.

Nesse sentido, o atendimento sistematizado pela equipe da saúde família poderá promover ações para manter e ou estabilizar a saúde do hanseniano e prevenir agravos, atendendo, desta maneira o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006).

Lana *et al.* (2011) ressaltaram que reorganização do processo de trabalho, com ênfase na abordagem coletiva é a base para o alcance do êxito das ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde. Para isso, práticas como uma boa comunicação entre a equipe, um ambiente de trabalho organizado e harmonioso fazendo uso de ações planejadas são de grande importância desde o primeiro contato até as fases finais do atendimento.

Aquino *et al.* (2003) avaliaram o programa de controle da hanseníase analisando os parâmetros dos indicadores operacionais definidos pelo Ministério da Saúde, encontrando baixos percentuais em relação aos pacientes com grau de incapacidade física avaliada no início e final do tratamento, a alta por cura e contatos examinados e concluíram que o controle da hanseníase foi considerado "precário" em todos os indicadores utilizados para o estudo, considerando o alto percentual de abandono do tratamento.

Vieira *et al.* (2008) também estudaram o abandono do tratamento, com objetivo de resgatar e avaliar contatos faltosos de doentes de hanseníase. Identificaram 92 contatos, 64,1% deles faltosos. Os pacientes relataram a não adesão ao controle por esquecimento e falta de tempo.



Um dos maiores desafios vivenciados pelos profissionais de saúde da Estratégia da Saúde da Família é a dificuldade de adesão de muitos pacientes ao tratamento, não só os portadores de hanseníase, mas também, por exemplo, os hipertensos e diabéticos. As pessoas não aderem ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença, dificuldade de mudanças de hábitos e por causa dos efeitos colaterais. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, no entanto, o abandonam.

Para garantir a adesão medicamentosa, a equipe deve acompanhar o paciente de forma individual, através das visitas domiciliares e das informações fornecidas pelo agente comunitário de saúde, identificando suas necessidades e particularidades, bem como identificando a resposta ao tratamento e possíveis efeitos colaterais estimulando-o a participar de ações educativas, onde este poderá conhecer melhor sobre a doença, o tratamento e os riscos e benefícios relacionados a ambos. Cunha *et al.* (2007); Moreno *et al.* (2008); Pereira *et al.* (2008); Vieira *et al.* (2008); Silva e Paz (2010); afirmam também que as atividades educativas junto à comunidade e aos profissionais da atenção básica são importantes.

Variadas estratégias de controle da hanseníase foram abordadas. A seguir retrata-se a utilização do planejamento estratégico e capacitação dos profissionais através de oficinas operacionais.

Scholze *et al.* (2006) utilizaram o Planejamento Estratégico Situacional (PES), para avaliar a resolutividade das ações da ESF para a eliminação da hanseníase visando à resolução da situação-problema identificada pelo grupo, nos contextos locais das equipes de PSF onde atuava, relacionando-os com a realidade ampla de eliminação da hanseníase. Os dados epidemiológicos relativos à hanseníase foram analisados seguindo-se um reconhecimento dos recursos nele disponíveis e limitações para o controle da doença. A seguir os autores elaboraram um planejamento para concretizar as ações de controle da hanseníase no PSF, com posterior avaliação desse processo. O PES contribuiu efetivamente para a abordagem do problema, abrindo a possibilidade de aplicar metodologias similares em relação a outros indicadores da Atenção Básica.

Barbosa *et al.* (2008) estudaram a construção do contexto real das ações de gerência e assistência do Programa de Controle da Hanseníase baseadas na percepção dos profissionais de saúde. Participaram de Oficinas Operacionais, dezesseis profissionais da região norte e nordeste, tendo como atuação principal: gestão em Secretarias Municipais e Estaduais de

Saúde, centros de referência (CR) e equipes de Saúde da Família. Os temas abordados foram específicos para cada área de atuação. Os autores constataram que há deficiência e não padronização da assistência na rede básica, com parte de suas ações realizada pelos centros de referência, a rede de assistência secundária é pouco percebida, existe uma fragilidade da rede assistencial em hanseníase, apesar dos avanços nos últimos dez anos.

Helene *et al.* (2008) entrevistaram 59 profissionais e dezessete interlocutores sobre as ações de controle da hanseníase desenvolvidas e observaram, que a detecção continua estável e havendo um declínio quanto a prevalência da hanseníase. Além disso, constatou-se que são pouco desenvolvidas tanto as ações em educação em saúde, a busca ativa, quanto à prevenção de incapacidade física. Diante da dinâmica da reorganização dos serviços após a publicação da Resolução SS 130/2001, nota-se que ainda não ocorreram mudanças significativas quanto às ações destinadas à redução da morbi-mortalidade por hanseníase.

Não existe trabalho de equipe e a composição da equipe varia de acordo com a complexidade da unidade. Observa-se que as ações de saúde não são sistematizadas e nem citadas, apesar de serem reconhecidas como importantes. Soma-se a isso, a necessidade de implantação da busca ativa no controle da hanseníase para a detecção de casos novos e a possibilidade do diagnóstico precoce, visto que, os dados epidemiológicos, indicam a realização tardia do diagnóstico de hanseníase na grande maioria dos serviços de saúde estudados, isto contribui para um risco significativo dos doentes apresentarem incapacidades físicas e/ou deformidades, reforçando a necessidade de organização de um fluxo de referência das ações de prevenção de incapacidades, em todos os níveis de atenção. Quanto ao sistema de informações dos dados epidemiológicos, este apresenta em todos os serviços e regionais de saúde déficits e lacunas.

Silva Sobrinho e Freitas (2008) analisaram por meio dos coeficientes de detecção e de prevalência, nos anos de 2000 a 2005 para avaliar a eliminação da hanseníase utilizando . A fonte de informações foi o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o programa Tabnet. Durante o período do estudo, oito Regionais de Saúde alcançaram a meta de eliminação. Os coeficientes de detecção e de prevalência da hanseníase no Paraná permaneceram “alto” ou “muito alto”, sem alteração no período de estudo. Os autores concluíram que o Estado do Paraná está próximo de alcançar a meta de eliminação da hanseníase, reconhecendo a importância do fortalecimento das ações para que a eliminação da doença como um problema de saúde pública seja uma realidade.

As parcerias como as unidades de ESF, ou com outras unidades básicas de saúde, com o objetivo de descentralizar as ações de controle da hanseníase, no sentido de resgatar os contatos faltosos, assim como parcerias com outras instituições de saúde do município, com a finalidade de diagnóstico e tratamento precoce da doença, foram sugeridas por Vieira *et al.* (2008), que também destacaram a necessidade de se intensificar a busca ativa, melhorar o registro dos dados, e o controle da aplicação do BCG-ID. Constataram-se ainda, a importância de focalizar e agilizar o diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos, pois estes podem ser contatos de casos ainda não-assistidos e não-identificados pelo sistema de saúde. Os autores também sugeriram outras parcerias como das Universidades, bem como com outros órgãos governamentais em nível federal, estadual e municipal, ONGs ou Instituições privadas, garantido, os recursos financeiros e materiais necessários.

No estudo realizado por Resende *et al.* (2009) com o intuito de detectar as principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO, constatou-se que trata-se de uma cidade é hiperendêmica, pois esta apresenta 5,0 casos de hanseníase a cada 10.000 habitantes. Dessa maneira, o estudo aponta para a necessidade dos serviços de saúde deste município que considerem essas deficiências e ausências proporcionando qualificação no acesso, promoção e proteção à saúde do hanseniano.

Com o intuito de compreender o significado das atividades de educação em saúde no Programa de Controle da Hanseníase, e discutir como o conceito de educação em saúde se relaciona com esta prática, Silva e Paz (2010) abordaram a vivência dos profissionais de serviços básicos de saúde, que realizam estas atividades. Os autores constataram, que as atividades educativas baseadas nas normas do Programa de Controle da Hanseníase e na tradição de que educação em saúde, tem como objetivo transmitir informações necessárias quanto ao cuidado e adesão ao tratamento. Desta maneira, as atividades de educação em saúde no Programa de Controle de Hanseníase ainda se apresentam pouco sistematizadas e direcionadas ao processo do adoecimento, à adesão terapêutica, e não propriamente às pessoas, suas necessidades e sua autonomia. No entanto, estas ações não podem ser apenas de responsabilidade dos profissionais, ressaltando-se, nesta direção, o papel das unidades de ensino que preparam os profissionais para esta prática. Os autores concluíram que a realização das atividades de educação em saúde apesar de ainda ser á dominada por um fazer inautêntico, os profissionais tem a possibilidade de se voltarem autenticamente ao ser com hanseníase.

Lana *et al.* (2011) analisaram a situação epidemiológica da hanseníase e sua relação com o desenvolvimento das ações de controle na microrregião de Araçuaí, no período de período 1998-2007, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Os autores constataram que a proporção de casos detectados com grau II de incapacidade e o predomínio de formas passivas de detecção sugerem diagnóstico tardio, destacando-se a importância da integração das ações de controle da hanseníase na atenção básica.

Concluindo, Barbosa *et al.* (2008) constataram que apesar dos avanços dos últimos 10 anos, ainda existe uma fragilidade da rede assistencial em hanseníase. Nesta mesma direção, segundo Aquino *et al.* (2003) observou a existência de um alto percentual de abandono do tratamento, sendo, portanto, o programa de controle da hanseníase precário. Este resultado foi de encontro com os resultados do estudo de Pereira *et al.* (2008), Vieira *et al.* (2008) e Resende *et al.* (2009), que ressaltaram a importância de se reforçar a busca ativa no sentido de resgatar os contatos faltosos. Outra lacuna observada por Helene *et al.* (2008) refere-se ao sistema de informações dos dados epidemiológicos, que apresentou déficits que deveriam ser melhorados, em todos os serviços e regionais de saúde. Para Silva e Paz (2010), as atividades de educação em saúde no Programa de Controle de Hanseníase ainda são pouco sistematizadas e direcionadas ao processo do adoecimento, à adesão terapêutica, e não propriamente às pessoas, suas necessidades e sua autonomia.

## **7 CONCLUSÃO**

Ao final deste estudo, foi possível constatar que o Programa Nacional de Controle da Hanseníase vem estreitando laços com o Departamento de Atenção Básica /MS com o objetivo de descentralizar as ações para controle da Hanseníase.

Observou-se que, apesar das ações de controle implantadas, há uma mudança muito pouco significativa na situação epidemiológica, pois a redução da endemia ainda pode ser considerada lenta. Dentre os aspectos que dificultam as ações de controle da hanseníase pode-se citar: a falta do conhecimento sobre a enfermidade e suas consequências, o diagnóstico tardio, a ausência de educação continuada dos profissionais da saúde, falta de ações

educativas comunitárias e familiares, déficit no conhecimento da população acerca da doença, carência de transporte para busca ativa, deficiência de material para exames no laboratório, falha na cobertura assistencial e ausência da aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase, cujo objetivo não se limita em diminuir a taxa de prevalência dessa doença, mas também, de oferecer uma assistência de forma integral, tanto ao portador de hanseníase, quanto à sua família, visando uma melhor condição de vida para esta população.

No entanto, a hanseníase precisa ser vista como prioridade, tanto pelo poder público, como também pelos profissionais de saúde. Para tanto, é importante a valorização e implantação de ações que facilitem o controle desta doença, por meio de uma série de estratégias como: a capacitação de profissionais de saúde que atuam na rede básica, o investimento em educação permanente, criteriosa avaliação epidemiológica das equipes, o Planejamento Estratégico Situacional, o acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, a realização de campanhas frequentes, com distribuição de panfletos, de implantação da poliquimioterapia busca ativa e atualização do sistema de informações dos dados epidemiológicos.

A hanseníase é uma doença de alta prevalência, e um grave problema de saúde pública. Cabe, aos órgãos coordenadores do Programa de Controle da Hanseníase e às instituições formadoras de profissionais da área da saúde, revisar e atualizar os conhecimentos produzidos acerca da hanseníase junto aos serviços de atendimento à clientela que apresenta esse problema de saúde.

Os profissionais da saúde da ESF devem contar com o trabalho de uma equipe multiprofissional, onde devem ser compartilhadas parcelas das diferentes atuações visando compor um conjunto complementar e interdependente como forma de contribuir para a integralidade da assistência a saúde, no controle da hanseníase.

Em especial os médicos tem grande contribuição na área da pesquisa e no controle da hanseníase a partir da experiência compartilhada com a equipe multiprofissional, pois estes profissionais, além de exercerem o papel de cuidadores, exercem também a função de educadores.

Concluiu-se que a hanseníase ainda causa repercussões significativas na vida das pessoas atingidas pela doença salientando-se importância de ações educativas junto a elas para melhorar a assistência a essa clientela, contribuindo para amenizar o estigma, o preconceito e a discriminação que envolve a doença. A trajetória dos profissionais da saúde da ESF deve ser contemplada com ações educativas a realidade cultural, social e emocional, desenvolvendo um pensamento crítico e reflexivo, culminando na transformação da realidade em que a hanseníase se insere.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, D. M. C. *et al.* Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 119-125. Feb. 2003.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, mai./jun. 2003.

BARBOSA, J. C. *et al.* Olhares sobre as ações do Programa de Controle da Hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, abr./jun. 2008.

BATISTA, E. S. *et al.* Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-6, mar./ abr. 2011.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J.** v. 67, n. 4, p. 877-80, Apr. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1073/GM de 26 de setembro de 2000.** Publicada no D.O.U. – 188 - E – p. 18 - Seção 1 - 28 de setembro, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/PactodeGestao/portarias>> Acesso em: 14 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia para o controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 11 - 18. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Brasil atinge meta internacional de controle da hanseníase: desafio agora é diminuir a desigualdade regional de incidência da doença.** 2006. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

CANESQUI, A. M. *et al.* Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.

CUNHA, M. D. *et al.* Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1187-1197. May./ June, 2007.

DUARTE, C. Lançamento do plano nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose. Sanare. **Rev Sobralense de políticas públicas**. Visconde de Sabóia, a. 3, n. 1, Sobral: Editado pela Escola de Formação em Saúde da Família, 2002.

FONSECA, R. M. P. **Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após a SAEP.** São Paulo, 2008, 132p. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

GOULART, I. M. B.; *et al.* Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.35, p. 453-460, set./out. 2002.

HELENE, L. M. F. *et al.* Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** v. 61, n. (spe), p. 744-752. Nov. 2008.

LANA, F. C. F.; OLIVEIRA V. A. C. Incidência e Prevalência da Hanseníase na Diretoria Regional de Saúde de Governador Valadares. In: SEMANA NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, **Anais**. v. 8, p. 117, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

LANA, F. C. F. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 62-67. Mar. 2011.



- LEITE, K. K. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 235 - 249, 2009.
- MENDES, K. D. S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, 2008; v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.
- MENDES, M. S. *et al.* Descentralização das ações de controle da Hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 217-230, 2008.
- METELLO, H. N. **Hanseníase tem cura: sinais e sintomas.** 2007. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=227>>. Acesso em: 29 jun. 2011.
- MORENO, C. M. C. *et al.* Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008.
- PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** v. 61, n. (spe), p. 716-725. Nov. 2008.
- PICCINI, R. X. *et al.*; Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.
- POLIT D. F. *et al.* **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RESENDE, D. M. *et al.* Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Hansen Int.** v. 34, n. 1, p. 27-36, 2009.
- SCHOLZE, A. S. *et al.* Planejamento estratégico situacional do controle da hanseníase no âmbito do PSF: experiência de balneário Camboriú – SC. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 39-44, jan./jun. 2006.
- SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 223-229, abr./ jun. 2010.

SILVA SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 303-314, June, 2008.

VIEIRA, C. S. C. A. *et al.* Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com hanseníase. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. (spe), p. 682-688, Nov. 2008.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Blackwell publishing. *Journal of Advance Nursing*. **Oregon**. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

## FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

DADOS REFERENTES AO AUTOR PRINCIPAL				
Nome:	Profissão:	Titulação:	Local de atuação:	País de origem:
	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Pós-doutorado		
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Doutor		
	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Mestre		
	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Especialista		
		<input type="checkbox"/> Graduado		
		<input type="checkbox"/> Discente		

DADOS REFERENTES À PUBLICAÇÃO					
Tipo	Título	Publicação	v. n. p. ano	Base de dados	Delineamento
<input type="checkbox"/> Tese				<input type="checkbox"/> LILACS	<input type="checkbox"/> Revisão
<input type="checkbox"/> Dissertação				<input type="checkbox"/> Scielo	<input type="checkbox"/> Estudo De Coorte
<input type="checkbox"/> Artigo				<input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> Qualitativo
<input type="checkbox"/> Livro					<input type="checkbox"/> Quantitativo
					<input type="checkbox"/> Experimental
					<input type="checkbox"/> Não Experimental
					<input type="checkbox"/> Estudo retrospectivo

Variável DE INTERESSE DOS AUTORES	
Autor	
	Ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família.