

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARA AVELAR FLÓRIO

HANSENÍASE: UMA ABORDAGEM TEÓRICA

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2013

MARA AVELAR FLÓRIO

HANSENÍASE: UMA ABORDAGEM TEÓRICA

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

Orientadora: Profa. Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2013

MARA AVELAR FLÓRIO

HANSENÍASE: UMA ABORDAGEM TEÓRICA

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

Orientadora: Profa. Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 18/06/2013

A Deus, que está comigo em todos os momentos.

À equipe de Saúde da Família Albertino Avelar.

À minha família.

Agradeço em especial à minha orientadora Profa. Dra. Angela
Cristina Labanca de Araújo, pela paciência e compreensão.

“Os sonhos devem ser ditos para começar a se realizarem. E como todo projeto, precisam de uma estratégia para serem alcançados. O adiamento destes sonhos desaparecerá com o primeiro movimento.”

Paulo Coelho

RESUMO

A hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae*, com diagnóstico e tratamento bem estabelecidos, mas quando não tratada, pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares. Este trabalho teve como objetivo realizar uma abordagem teórica sobre a hanseníase. Optou-se por fazer uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS, SciELO, Bireme e Google por meio dos seguintes descritores: hanseníase, programa saúde da família, educação em saúde. A pesquisa bibliográfica realizada reafirmou que a hanseníase pode trazer lesões que deformam e incapacitam fisicamente seu portador. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e da avaliação neurológica e epidemiológica. No tratamento da hanseníase utiliza-se um poliquimioterápico, que é capaz de bloquear a cadeia de transmissão, prevenir incapacidades e deformidades provocadas pela doença e cura o doente. A forma de prevenção dessas incapacidades e eliminação da doença é a detecção precoce dos casos. Com base nesse conhecimento teórico revitalizado acredito que há maior chance dos profissionais do Programa de Saúde da Família fazerem o diagnóstico precoce da hanseníase na unidade básica de saúde e iniciar rapidamente o tratamento, antes que ocorra disseminação da doença e deformidades no paciente. Finalizando pode-se concluir que o enfermeiro atuando de forma efetiva nos casos de hanseníase, contribuindo na formação de uma equipe competente e apta a auxiliar na captação de novos casos será capaz de orientar quanto ao tratamento dos casos já existentes.

Descritores: Hanseníase. Programa Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Leprosy is a disease caused by *Mycobacterium leprae*, with well established diagnosis and treatment, but when left untreated, it can have serious consequences for patients and their families. This study aimed to perform a theoretical approach to leprosy. We chose to do a literature review in the databases LILACS, SciELO, Bireme and Google using the following descriptors: leprosy, family health program, health education. The bibliographic research reaffirmed that leprosy can bring injuries that deform and physically incapacitate its bearer. Diagnosis is made by clinical examination and neurological assessment and epidemiology. In the treatment of leprosy it is used a multidrug which is capable of blocking the transmission chain, prevent disability and deformity caused by the disease and healing the patient. The form of prevention of disabilities and elimination of the disease is early detection of cases. Based on this theoretical knowledge revitalized I believe there is a bigger chance of Family Health Program professionals make early diagnosis of leprosy in a basic health unit and start treatment quickly, before it spread the disease and deformities in the patient. Finally it can be concluded that nurses working effectively in cases of leprosy, contributing to the formation of a competent and able team to assist in attracting new cases will be able to advise on the treatment of existing cases.

Keywords: Leprosy. Family health program. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 Histórico da hanseníase	17
5.2 Epidemiologia	18
5.3 Transmissão	19
5.4 Aspectos clínicos	21
5.4.1 Aspectos clínicos dermatológicos	21
5.4.2 Aspectos clínicos neurológicos	22
5.4.3 Classificação dos casos de hanseníase	22
5.4.4 Diagnóstico	23
5.4.5 Tratamento	25
5.5 A equipe de saúde da família e a hanseníase	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae*, conhecido como Bacilo de Hansen (BH), sendo uma doença de manifestação infecciosa, crônica, que possui afinidade pela pele e nervos periféricos (SILVA; CAVALCANTI, 2008).

Caracteriza-se por uma doença com diagnóstico e tratamento bem estabelecidos. Porém, podem trazer graves consequências para os portadores e seus familiares quando diagnosticados tardiamente, porque se manifesta por lesões que deformam e incapacitam fisicamente seu portador (HIRAI, 2011).

É considerada uma doença de grande relevância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente as pessoas em faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2012).

O período de incubação da doença é em média de 2 a 5 anos e o tratamento é encontrado somente nos serviços públicos de saúde, chamado de poliquimioterapia (PQT), porque utiliza três medicações em sua composição (BRASIL, 2002).

Embora o tratamento e a cura sejam simples e a doença tenha risco de contágio restrito, a hanseníase alcançou em 2007 o total de 2,3 novos casos a cada 10 mil habitantes no Brasil, ressaltando ainda que com uma população de 186,4 milhões de habitantes, o Brasil registra em média 47 mil casos novos a cada ano (SILVA; CAVALCANTI, 2008).

Para esses autores é considerada definição de caso de hanseníase

[...] o indivíduo que apresente lesões de pele com alterações de sensibilidade; espessamento de nervos periféricos acompanhado de alteração de sensibilidade e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen. A evolução da hanseníase sem tratamento se dá com lesões de nervos - especialmente em troncos periféricos - que costumam resultar em incapacidades e deformidades, causando prejuízos não apenas econômicos e psicológicos aos portadores, mas também acabam por gerar o preconceito (SILVA; CAVALCANTI, 2008, p.13).

Em 2010, o coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil alcançou 1,56 casos por 10 mil habitantes, com importantes variações regionais. Na última década, vem ocorrendo redução dos casos expressa pela redução do número de doentes em tratamento e de casos diagnosticados com lesões incapacitantes. Isso ocorreu, segundo o Ministério da Saúde, pela intensificação das ações de vigilância da hanseníase, voltadas especialmente à maior efetividade no diagnóstico e tratamento da doença, especialmente nas regiões que apresentam maior concentração de casos no país. Além disso, houve o aperfeiçoamento dos sistemas de informação, atividade fundamental para garantir o adequado monitoramento da situação epidemiológica da hanseníase no Brasil e para contribuir com a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública (BRASIL, 2012).

O estudo da hanseníase pelos profissionais de saúde torna-se muito importante para atingir estas ações propostas pelo Ministério da Saúde. Nos últimos quatro anos, trabalhando na atenção básica como enfermeira, acompanhei quatro casos de hanseníase. Também tive a oportunidade de cursar a disciplina Endemias e Epidemias no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Com base na observação desses pacientes e com o aprendizado adquirido no curso, acredito que existem lacunas no conhecimento que se sanadas poderão sobremaneira auxiliar na condução dos casos de hanseníase atendidos no município em que atuo.

Foi observado, junto com a equipe de saúde, que o último treinamento realizado sobre hanseníase no município ocorreu há três anos e que apenas enfermeiros participaram, com isso, percebemos que havia lacunas no conhecimento teórico sobre a patologia e isto estava dificultando os procedimentos que deveriam ser realizados no enfrentamento para o combate à hanseníase. Avaliamos protocolos e intervenções existentes na unidade e comprovamos que para executá-los deveríamos primeiramente ter o conhecimento teórico que estava faltando.

Portanto, através deste estudo, pretendo aprimorar os conhecimentos da doença, e repassar à equipe de saúde, possibilitando e aumentando as chances de se fazer o diagnóstico precoce da hanseníase na unidade básica de saúde e fazer o encaminhamento oportuno para tratamento antes que ocorram deformidades no

paciente. Enfim, poderemos ter novas perspectivas para atuar no combate e tratamento da hanseníase.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, é necessário intensificar as ações de vigilância da hanseníase, voltadas especialmente à maior efetividade no diagnóstico e tratamento da doença. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar sequelas (BRASIL, 2012).

O Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos registrados, sendo superado apenas pela Índia. É uma doença que indica um importante problema de saúde pública em muitos países em função de sua magnitude, potencial incapacitante e também por acometer predominantemente a faixa etária economicamente ativa. O controle desta doença, considerada endêmica, se configura como um grande desafio para os profissionais de saúde (SILVA; CAVALCANTI, 2008).

A descoberta de casos de hanseníase pode ocorrer por detecção passiva, que acontece na própria unidade básica de saúde durante as atividades gerais de atendimento à população ou por detecção ativa, onde há uma busca sistemática de portadores da doença pela equipe da unidade de saúde (BRASIL, 2002).

Há duas situações onde pode ocorrer a detecção passiva: na demanda espontânea da população para os serviços da unidade de saúde em que poderá haver casos com sinais e sintomas dermatológicos e/ou neurológicos e nos encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde para confirmação diagnóstica da doença - casos suspeitos de hanseníase. Nestas duas situações é realizado o exame dermatoneurológico na pessoa, para confirmar ou não o diagnóstico da hanseníase (BRASIL, 2002).

Já na detecção ativa, há atividades como investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos); exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços da unidade de saúde por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos; exame de grupos específicos - em prisões, quartéis, escolas, em pessoas que se submetem a exames periódicos, mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta

prevalência da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos (BRASIL, 2002).

Muitos casos da doença são identificados pelas ações da vigilância epidemiológica que tem por objetivo

[...] romper a cadeia epidemiológica da doença procurando identificar a fonte de contágio do doente, descobrir novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente no mesmo domicílio (contatos intradomiciliares do doente) e prevenir a contaminação de outras pessoas. Essas pessoas que vivem com o doente de hanseníase correm um maior risco de serem contaminadas do que a população em geral, por isso a vigilância de contatos intradomiciliares do doente é muito importante (BRASIL, 2002, p.61).

Este estudo pretende dar subsídio teórico para o enfermeiro no intuito de contribuir na investigação epidemiológica da doença no município podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal, bem como, na formulação de estratégias em saúde pública para o controle da hanseníase, através de detecção ativa e passiva realizadas pela equipe de saúde da unidade básica de saúde.

3 OBJETIVO

Realizar uma abordagem teórica sobre a hanseníase a partir da busca de informações na literatura nacional.

4 METODOLOGIA

Para este trabalho foi realizada revisão bibliográfica na língua portuguesa. Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Bireme com os seguintes descritores:

Hanseníase.

Programa Saúde da Família.

Educação em Saúde.

Definiu-se, *a priori*, o período da busca das publicações, ou seja, a busca foi feita a partir de 2000 até 2012.

Foi realizada uma leitura dos textos de forma criteriosa e após análise e entendimento dos textos foram destacados os assuntos que melhor abordavam o tema.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Histórico da hanseníase

A hanseníase é uma doença antiga. Há casos descritos no Egito cerca de 4300 a.C. A cepa do *Mycobacterium leprae* responsável pela doença nas Américas é uma variedade próxima a da Europa e a do Norte da África, indicando que o colonialismo e emigração do Velho Mundo contribuíram provavelmente para a introdução da hanseníase no Novo Mundo. Acredita-se que os espanhóis e portugueses foram os responsáveis por espalharem a enfermidade pelo ocidente. No Brasil, os primeiros casos foram relatados no Rio de Janeiro no ano de 1600. No século XVII foi considerada endemia, pois se alastrou para os estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Maranhão (OSUGUE, 2004 *apud* HIRAI, 2011).

A hanseníase, também chamada de Mal de Hansen (MH) é uma doença crônica causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que é um patógeno 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, em média, de 11 a 16 dias e causa lesões que se manifestam por sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e nervos periféricos, principalmente de olhos, mãos e pés. Quando diagnosticada tardiamente, essas lesões deformam e incapacitam fisicamente o seu portador, trazendo graves consequências para familiares e portador, porque a preferência do *M. leprae* pelo acometimento de nervos periféricos pode gerar alterações motoras e sensoriais com impactos significativos do ponto de vista físico, social e econômico (ANDRADE *et al.*, 2012; BRASIL, 2002; HIRAI, 2011; MOURA, 2010; SILVA; CAVALCANTI, 2008).

A hanseníase era considerada como uma patologia hereditária, ou seja, que era herdada através da genética. Em 1873, o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, descreveu pela primeira vez, bastonetes encontrados em lesões lepromatosas, evidenciando que era uma doença infectocontagiosa (HIRAI, 2011).

A hanseníase apresenta alta infectividade, que é a capacidade de infectar grande número de indivíduos, e baixa patogenicidade porque poucos adoecem (BRASIL, 2002).

5. 2 Epidemiologia

Endêmica em vários países do mundo e no Brasil, a hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica e é mais comum em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Está associada aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas de vida e de saúde desfavoráveis, bem como a um elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente (MOURA, 2010).

A detecção precoce de casos é uma medida importante para prevenir as incapacidades causadas pela doença e para controlar os focos de infecção, contribuindo para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a).

A partir de 1991, a meta proposta pela OMS passou a ser a eliminação da doença como problema de saúde pública, tendo como objetivo atingir a taxa de prevalência de menos de um caso em cada 10.000 habitantes, quebrando assim a cadeia epidemiológica da doença e o aparecimento de novos casos (BRASIL, 2002; MOURA, 2010).

Uma série de atividades essenciais na estratégia de controle da doença busca a descoberta de casos de hanseníase através da busca de portadores da doença não tratados anteriormente. Para haver a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, a detecção precoce de casos é fundamental para prevenir as incapacidades causadas pela doença e para controlar os focos de infecção (BRASIL, 2002).

Visando a descoberta precoce de todos os casos de hanseníase existentes na comunidade e o seu tratamento, há atividades e estratégias que vêm passando por várias reformulações nos últimos cinquenta anos e, após o advento da PQT, na

década de 80, ampliou-se a possibilidade de eliminação da doença (BRASIL, 2002; MOURA, 2010).

Como resultado da consolidação do tratamento poliquimioterápico e da meta de eliminação, que vêm sendo alcançadas em vários países, ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência global têm declinado ano a ano. Em 1985, 122 países no mundo exibiam uma prevalência de mais que um caso por 10.000 habitantes. Esse número caiu para 24 países em 2000, 15 em 2001 e 12 em 2002. No entanto, o maior número de casos estava concentrado em sete países: Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Myanmar, Nepal e República Unida da Tanzânia. Entre 1982 e 2002, mais de 13 milhões de casos foram detectados e tratados com o esquema de PQT (MOURA, 2010).

O tratamento integral da hanseníase é constituído pelo tratamento PQT que torna o bacilo inviável, isto é, incapaz de contaminar outras pessoas, previne as incapacidades e deformidades provocadas pela doença e cura o doente. O acompanhamento do caso visa diagnosticar e tratar precocemente as neurites, os efeitos colaterais dos medicamentos e os estados reacionais da doença, bem como manter a regularidade do tratamento para que o paciente possa ter alta no tempo previsto, prevenir as incapacidades, através de técnicas simples, nas Unidades Básicas de Saúde e orientar o paciente quanto ao autocuidado (BRASIL, 2002).

O atual modelo de atenção baseado no diagnóstico precoce e tratamento oportuno, busca evitar qualquer desinserção dos doentes na sociedade, mediante o fortalecimento da gestão descentralizada, porém integrada, dos governos federal, estadual e municipal. O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), propõe essas metas para o controle da doença no Brasil, não se limitando às metas da eliminação da doença como problema de saúde pública (MOURA, 2010).

5. 3 Transmissão

O homem é considerado o único reservatório natural do bacilo de Hansen. A partir de uma pessoa doente ocorre o contágio quando o indivíduo não tratado elimina os

bacilos, infectando pessoas susceptíveis (BRASIL, 2002). Há relato de animais silvestres naturalmente infectados, como tatus, chimpanzés e macacos, embora esses animais não pareçam desempenhar papel importante na cadeia de transmissão (VISSCHEDIJK *et al.*, 2000 *apud* HIRAI, 2011).

Os pacientes portadores das formas multibacilares da hanseníase são considerados a principal fonte de infecção (MOURA, 2010).

A transmissão da hanseníase se dá por contato íntimo e prolongado de indivíduos susceptíveis com pacientes bacilíferos não tratados, sendo que as vias aéreas superiores são consideradas a principal porta de entrada no organismo susceptível, como também a via de eliminação do bacilo, porém lesões na pele e mucosas também podem servir de entrada para o patógeno (BRASIL, 2002; HIRAI, 2011; MOURA, 2010).

Os determinantes sociais, que apontam para a qualidade de vida do indivíduo, como o saneamento, práticas culturais, pobreza e outros aspectos como a biologia molecular do bacilo de Hansen, aspectos genéticos e imunológicos do hospedeiro determinam as causas da doença atualmente, mesmo ainda não sendo totalmente conhecidos (MOURA, 2010).

[...] Exemplos de determinantes de epidemias e endemias

- **Determinantes econômicos:** miséria, privações resultando em habitações precárias, falta de saneamento básico e de água tratada e ocupação do território de forma desordenada.
- **Determinantes culturais:** hábito de defecar próximo de mananciais, hábitos alimentares de risco como ingestão de peixe cru ou ostras.
- **Determinantes ecológicos:** poluição atmosférica, condições climáticas e ambientais favoráveis à proliferação de vetores.
- **Determinantes psicossociais:** estresse como imunodepressor.
- **Determinantes biológicos:** indivíduos suscetíveis, mutação do agente infeccioso, transmissibilidade do agente (ANDRADE *et al.*, 2012, p.16).

O tratamento com PQT é eficaz na interrupção da cadeia de transmissão. Isto é importante porque a primeira dose de rifampicina é capaz de diminuir em até 99,9% as cepas viáveis do *M. leprae* de um indivíduo infectado (MOURA, 2010).

5. 4 Aspectos clínicos

5. 4. 1 Aspectos clínicos dermatológicos

A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam diminuição ou ausência de sensibilidade.

[...] As lesões mais comuns são:

- Manchas pigmentares ou discrômicas: resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele.
- Placa: é lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de placas.
- Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite. Resulta da presença na derme de infiltrado celular, às vezes com edema e vasodilatação.
- Tubérculo: designação em desuso, significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz.
- Nódulo: lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É processo patológico que localiza-se na epiderme, derme e/ou hipoderme. Pode ser lesão mais palpável que visível. Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem, também, acometer a mucosa nasal e a cavidade oral. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas (BRASIL, 2002, p.14).

Na hanseníase, as lesões de pele sempre apresentam alteração de sensibilidade, sendo que ela pode estar diminuída (hipoestesia) ou ausente (anestesia), podendo também haver aumento da sensibilidade (hiperestesia). Esta é uma característica que as diferencia das lesões de pele provocadas por outras doenças dermatológicas (BRASIL, 2002).

5. 4. 2 Aspectos clínicos neurológicos

A hanseníase manifesta-se, além de lesões na pele, através de lesões nos nervos periféricos. Essas lesões são decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites) e podem ser causados tanto pela ação do bacilo nos nervos como pela reação do organismo ao bacilo ou por ambas.

[...] As lesões manifestam-se através de:

- Dor e espessamento dos nervos periféricos;
- Perda de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, mãos e pés;
- Perda de força nos músculos inervados por esses nervos principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores.
- A neurite, geralmente, manifesta-se através de um processo agudo, acompanhado de dor intensa e edema. No início, não há evidência de comprometimento funcional do nervo, mas, frequentemente, a neurite torna-se crônica e passa a evidenciar esse comprometimento, através da perda da capacidade de suar, causando ressecamento na pele.
- Há perda de sensibilidade, causando dormência e há perda da força muscular, causando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos. Quando o acometimento neural não é tratado pode provocar incapacidades e deformidades pela alteração de sensibilidade nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos (BRASIL, 2002, p.15).

5. 4. 3 Classificação dos casos de hanseníase

Numerosos critérios foram propostos na tentativa de abordar os aspectos clínicos, evolutivo, terapêutico e prognóstico da hanseníase. O critério clínico compreende a morfologia das lesões cutâneas, as manifestações neurológicas e a baciloscopia. A classificação mais empregada na prática clínica para as formas intermediárias é a de Madrid (1953). Esta classificação baseia-se na clínica onde o foco é o aspecto da lesão, observando-se o número, o tamanho, característica da margem e distribuição pelo corpo. Na bacteriologia, são analisadas a presença ou ausência de bacilos e suas características morfológicas. Na imunologia, observa-se a imunorreatividade a lepromina, também conhecida como reação de Mitsuda (positiva com presença de pápula de 5 mm ou mais). Na histologia, são considerados aspectos imunopatológicos das lesões da hanseníase. Essa classificação preconiza duas

formas polares estáveis, tuberculoide e virchowiana e outras duas formas instáveis, indeterminada e dimorfa que, dependendo da imunidade do indivíduo, evoluem para um dos polos (HIRAI, 2011; MOURA, 2010).

Para fins de pesquisa Ridley e Jopling, em 1962, propuseram a classificação baseada na resposta imunológica do hospedeiro ao bacilo e outra baseada em critérios histopatológicos, correspondendo às diferenças anatomopatológicas presentes em grupos de pacientes com hanseníase (HIRAI, 2011; MOURA, 2010).

Pacientes com hanseníase tuberculoide apresentam efetiva resposta imune mediada por células e hipersensibilidade tardia. As lesões apresentam-se com bordas bem delimitadas, hipopigmentação central e hipostesia. Já os pacientes com hanseníase lepromatosa apresentam-se com um grande número de lesões nodulares mal delimitadas espalhadas por todo o corpo. Pacientes que apresentam a forma dimorfa da doença, os achados histopatológicos não são bem definidos. A forma clínica Dimorfa Tuberculoide caracteriza-se pela presença de lesões com raros bacilos e granulomas, já a hanseníase Dimorfa Lepromatosa apresenta lesões infiltrativas de bordas difusas com grande número de bacilos (SCOLLARD *et al.*, 2006 *apud* HIRAI, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a classificação operacional em paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) baseando-se no número de lesões de pele e de nervos acometidos ao exame dermatoneurológico. A OMS, em 2010, publicou o Guia para Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública. O critério clínico adotado foi pela contagem do número de lesões cutâneas: pacientes que apresentam até cinco lesões na pele devem ser considerados como PB e os que apresentam mais de cinco lesões, MB. Essa classificação é importante para a escolha adequada do tratamento PQT (HIRAI, 2011; MOURA, 2010).

5. 4. 4 Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame clínico, buscando sinais dermatoneurológicos da doença. A avaliação dermatológica identifica lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos

periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). A avaliação neurológica busca identificar neurites, comprometimento de nervos periféricos, incapacidades físicas e deformidades, provocados por essas lesões. A avaliação epidemiológica deve ser realizada por meio da análise da história e das condições de vida do paciente. Portanto, as lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervos com espessamento neural, identificado através da palpação dos nervos, e baciloscopia positiva são características de um caso de hanseníase (BRASIL, 2002; MOURA, 2010).

O acolhimento ocorre na recepção do usuário no serviço de saúde mediante o diálogo e o respeito com o paciente. Isto irá orientá-lo e estimulá-lo na entrada e na adesão do seu tratamento. A partir daí deve-se fazer primeiramente a anamnese, que colhe informações sobre a história clínica do paciente, ou seja, presença de sinais e sintomas dermatoneurológicos característicos da doença e sua história epidemiológica, ou seja, sobre a sua fonte de infecção. A investigação epidemiológica é muito importante para se descobrir a origem da doença e para o diagnóstico precoce de novos casos de hanseníase. Após, realizar o diagnóstico clínico através do exame físico onde procede-se uma avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença, pois há lesões de pele próprias da hanseníase, como alteração de sensibilidade nas lesões. As pessoas que têm hanseníase, geralmente, queixam-se de manchas dormentes na pele, dores, câibras, formigamento, dormência e fraqueza nas mãos e pés (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b).

A pesquisa de sensibilidade nas lesões de pele, ou em áreas suspeitas, é um recurso muito importante no diagnóstico da hanseníase e deve ser executada com paciência e precisão, envolvendo a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, que se complementam. As áreas onde as lesões ocorrem com maior frequência são: face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, mas elas podem ocorrer, também, na mucosa nasal, com isso deve ser feita uma inspeção de toda a superfície corporal, no sentido crânio-caudal, seguimento por seguimento, procurando identificar as áreas acometidas por lesões de pele (BRASIL, 2002).

Com o material obtido através de raspado dérmico das lesões suspeitas de serem hansênicas ou de outros locais de coleta, tais como lóbulos auriculares e cotovelos, faz-se a baciloscopia, que é o exame complementar de maior utilidade, de fácil execução e de baixo custo na identificação do *M. leprae*. O bacilo do *M. leprae* nem sempre é evidenciado nos sítios de coleta. Por isso, a baciloscopia, é pouco utilizada na prática, embora seja um método de boa acurácia para classificar a hanseníase. Muitas vezes, o exame histopatológico não é característico, pode ser duvidoso e, por isso, não é considerado padrão-ouro de diagnóstico. No entanto, os exames histopatológicos são úteis na classificação e na caracterização dos fenômenos reacionais (MOURA, 2010).

Na Atenção Básica à Saúde, o diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico. Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente são encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2008b; MOURA, 2010).

Para classificar a doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde preconizam considerar somente a contagem do número de lesões cutâneas para iniciar o tratamento com PQT visando o controle da hanseníase. Desta forma, considera-se para fins de tratamento: PB, pacientes com até cinco lesões cutâneas e MB, aqueles com mais de cinco lesões cutâneas. Nas unidades básicas de saúde, a classificação pelo número de lesões é utilizada como único critério classificatório. Em centros de referência, a classificação é clínica e laboratorial, proporcionando melhor acurácia diagnóstica (MOURA, 2010).

5. 4. 5 Tratamento

Para haver controle da endemia e eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública é fundamental o tratamento do paciente para haver cura e fechar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. O tratamento integral de um caso de hanseníase compreende o tratamento com PQT, seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e

complicações da doença e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas. O tratamento da hanseníase deve ser realizado ambulatorialmente nas unidades básicas de saúde e, quando corretamente instituído, garante a cura do paciente (BRASIL, 2002; MOURA, 2010).

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, padronizado pela OMS, é a PQT, devendo ser realizado nas unidades de saúde. A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, interrompendo a cadeia epidemiológica da doença. A PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença (BRASIL, 2002; HIRAI, 2011).

Na tomada mensal de medicamentos é feita uma avaliação do paciente para acompanhar a evolução de suas lesões de pele, do seu comprometimento neural, verificando se há presença de neurites ou de estados reacionais. Quando necessário, são orientadas técnicas de prevenção de incapacidades e deformidades. São dadas orientações sobre o autocuidado que deverá ser realizado diariamente para evitar as complicações da doença, sendo verificada sua correta realização (BRASIL, 2002).

A escolha da PQT ocorre de acordo com a classificação operacional do doente em PB ou MB. É administrada através de esquema-padrão, sendo a informação sobre a classificação do doente de fundamental importância para se selecionar o esquema de tratamento adequado (BRASIL, 2002).

Para crianças com hanseníase, de acordo com a sua idade, a dose dos medicamentos do esquema-padrão é ajustada. São indicados esquemas alternativos para o caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema-padrão, conforme portaria 3.125/GM, de 07 de outubro de 2010 (BRASIL, 2002; MOURA, 2010).

O esquema-padrão da PQT, de acordo com a classificação operacional do doente em PB ou MB é preconizado administrar de 28 em 28 dias. Este esquema deve ser supervisionado regularmente. Utiliza-se o esquema PB para pacientes adultos: uma combinação de rifampicina e dapsona (seis doses mensais, supervisionadas, de 600 mg de rifampicina e dapsona em doses diárias auto administradas de 100mg). O esquema MB padrão utilizado para pacientes adultos é a combinação de rifampicina, dapsona e clofazimina (12 doses mensais, supervisionadas, de 600mg de rifampicina e 300mg de clofazimina; e diariamente, 50mg de clofazimina e 100mg de dapsona autoadministradas) (BRASIL, 2002; MOURA, 2010).

O critério de alta para os pacientes PB é de seis doses supervisionadas em até nove meses e, para os pacientes MB, é de 12 doses mensais supervisionadas em até 18 meses. O paciente que tenha completado o tratamento PQT não deverá mais ser considerado como um caso de hanseníase, mesmo que permaneça com alguma seqüela da doença. Deverá, porém, continuar sendo assistido pelos profissionais da unidade básica de saúde, especialmente nos casos de intercorrências pós-alta: reações e monitoramento neural. Em caso de reações pós-alta, o tratamento PQT não deverá ser reiniciado (BRASIL, 2002).

Durante o tratamento deve haver a preocupação com a prevenção de incapacidades e de deformidades, bem como o atendimento às possíveis intercorrências. Nestes casos, se necessário, o paciente deve ser encaminhado para unidades de referência para receber o tratamento adequado. Sua internação somente está indicada em intercorrências graves, assim como, efeitos colaterais graves dos medicamentos, estados reacionais graves ou necessidade de correção cirúrgica de deformidades físicas. A internação deve ser feita em hospitais gerais, e após alta hospitalar deverá ser dada continuidade ao seu tratamento na unidade de saúde à qual está vinculado (BRASIL, 2002; MOURA, 2010). Neste caso, o enfermeiro deverá trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar para melhor atender o paciente, avaliar suas condições e auxiliar no monitoramento da continuidade do seu tratamento sempre que necessário.

A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico (BRASIL, 2002).

5. 5 A equipe de saúde da família e a hanseníase

A participação dos profissionais de saúde no trabalho cotidiano deve ser construída, a partir de uma reflexão coletiva e o bom acolhimento do paciente. O tema deve ser objeto de discussão de todas as equipes de saúde, em particular da atenção básica, que deve ser a primeira porta de entrada dos pacientes com hanseníase (Brasil, 2008a).

Para que o paciente possa conduzir com autonomia seu tratamento, o autocuidado depende do paciente e de sua relação com a equipe de saúde e com a sua família. Os profissionais de saúde têm uma importância singular no repasse de orientações sobre o autocuidado, na motivação dos pacientes para introduzi-los no seu dia a dia, na valorização da autoconfiança e do aprendizado de cada um, por mais lento que seja, pois, sobretudo nos casos de doenças crônicas, como sujeitos – autores – de suas vidas, as pessoas devem ser estimuladas a conviver com a nova realidade, sobretudo no caso das incapacidades permanentes, sem serem subjugadas por elas (BRASIL, 2008a).

A demonstração e a prática de autocuidado devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal da equipe de saúde da família, sendo recomendada a organização de grupos de pacientes e familiares ou de pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, o esforço realizado pelos pacientes deve ser valorizado para estimular a continuidade das práticas de autocuidado apoiado (BRASIL, 2010b).

O enfermeiro pode atuar de forma efetiva nos casos de hanseníase, contribuindo no direcionamento de uma atuação sistemática da equipe de saúde para detecção ativa ou passiva de novos casos e pode também contribuir definindo a atuação da equipe sob supervisão para que ocorra o sucesso nos casos em tratamento. Desse modo, cria possibilidade para que a equipe identifique novos casos entre os usuários que frequentem a unidade ou estratégias para que haja busca ativa de novos casos nos

domicílios ou outros locais da comunidade. A educação em saúde deve ser utilizada pelo enfermeiro para formação de uma equipe competente e apta a auxiliar no diagnóstico de novos casos de hanseníase e também no tratamento dos casos já existentes.

A equipe de saúde deve promover e manter a mobilização social e educação dirigida à população, aos contatos, aos profissionais de saúde sobre a presença de manchas e áreas dormentes, o tratamento e a cura, através da realização de campanhas, palestras no contexto de educação em saúde. A abordagem do estigma é de fundamental importância para a desvinculação do termo lepra e hanseníase. A equipe deve estar atenta à demanda espontânea, a vigilância de contatos e exame da comunidade (BRASIL, 2010b; MINAS GERAIS, 2006).

A equipe de saúde deve estabelecer rotina para operacionalização das atividades de diagnóstico de hanseníase nos casos suspeitos através de exame clínico dermatoneurológico, e exame baciloscópico sempre que possível, para tanto deve obedecer aos requisitos dos recursos humanos capacitados nas diversas áreas, bem como desenvolver atividades educativas, oferecer infraestrutura adequada, desenvolver sistema de informação, providenciando toda documentação necessária (prontuários, fichas e banco de dados) (BRASIL, 2010b).

A revisão realizada aponta para a importância da difusão de conhecimento junto às equipes de saúde da família, nas famílias e nas comunidades sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da hanseníase.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente com um serviço de saúde organizado é que poderemos detectar casos e tratar a hanseníase. Sabemos que esta doença, quando diagnosticada tardiamente, causa incapacidades físicas que comprometem a qualidade de vida dos pacientes. Por isso, o investimento na estruturação e qualificação dos serviços, referindo-se diretamente à equipe de saúde, deve ocorrer para que interrompa a cadeia de transmissão da doença.

A enfermagem ocupa destaque indiscutível no combate a hanseníase, pois uma de suas tarefas fundamentais é a educação em saúde, objetivando a promoção da saúde e prevenção da doença. Dentro desta proposta de educação em saúde destaca-se a capacitação da equipe e a conscientização da população quanto à disseminação da doença e os agravos causados por essa patologia. Este trabalho proposto para os profissionais da enfermagem deve acontecer de forma integrada com os demais membros da equipe multiprofissional da unidade de saúde, sempre respeitando um princípio básico da integralidade da assistência à saúde do indivíduo.

Conclui-se, portanto que todos os profissionais da equipe devem ter conhecimento sobre todo o processo saúde-doença da hanseníase, com uma visão global a respeito da doença, para que haja uma atuação conjunta e coordenada da equipe para que novos casos sejam identificados e os que estão em tratamento recebam todo o suporte necessário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. R. C.; RAMOS, A. M. C.; ARAÚJO, M. G.; MIRANDA, S. S. **Endemias e epidemias: tuberculose e hanseníase**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 90p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3284.pdf>> Acesso em 01 Mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília, 2002. 89p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf> Acesso em: 20 de Ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 119p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta//BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia/Endemias_e_epidemias__tuberculose_e_hanseniose/Leituras_recomendadas> Acesso em 10 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 140p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3114.pdf>> Acesso em 10 Out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle da Hanseníase**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466>. Acesso em: 20 Ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle de hanseníase**. Portaria nº3125 de 7 de outubro de 2010b. 35 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseniose_2010.pdf> Acesso em 10 Out. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2117.pdf>> Acesso em 10 Out. 2012.

MOURA, S. H. L. **Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em Centro de Referência de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado). Escola de Medicina da UFMG, Belo Horizonte. 2010. 199 p. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS->

8M4FQB/mestrado_silvia_helena_lyon_de_moura_med.trop..pdf?sequence=1.>
Acesso em 12 Out. 2012.

HIRAI, K. E. **Caracterização Histoquímica do Antígeno LEWIS Y na infecção por *Mycobacterium Leprae***. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade de Biomedicina, Universidade Federal do Pará, Belém. 2011. 60 p. Disponível em: <<http://fbm.ufpa.br/pdf/TCC2008/TCC17.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.

OSUGUE, W.; MARINHO, C. A. L. **Rotinas de diagnósticos e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. São Paulo: Atheneu, 2004 *apud* HIRAI, K. E. Caracterização Histoquímica do Antígeno LEWIS Y na infecção por *Mycobacterium Leprae*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Biomedicina, Universidade Federal do Pará, Belém. 2011. Disponível em: <<http://fbm.ufpa.br/pdf/TCC2008/TCC17.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.

SCOLLARD, D. M.; ADAMS, L. B.; GILLIS, T. P.; KRAHENBUHL, J. L.; TRUMAN, R. W.; WILLIAMS, D. L. **The continuing Challenges of Leprosy**. Clinical Microbiology Reviews. p 338-381, Apr, 2006 *apud* HIRAI, K. E. Caracterização Histoquímica do Antígeno LEWIS Y na infecção por *Mycobacterium Leprae*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Biomedicina, Universidade Federal do Pará, Belém. 2011. Disponível em: <<http://fbm.ufpa.br/pdf/TCC2008/TCC17.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.

SILVA, C. G. C.; CAVALCANTI, C. D. T. V. **Situação de hanseníase no município de Cabrobó, Pe, 2001 a 2007**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2008. 34 p. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008cavalcante-cdtv.pdf>> Acesso em: 22 de Ago. 2012.

VISSCHEDIJK, J.; BROEK, J. V.; EGGENS, H.; LEVER, P.; BEERS, S. V.; KLAFTER, P. ***Mycobacterium leprae* – Millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era**. Tropical Medicine and International Health 5: 388 – 399, 2000 *apud* HIRAI, K. E. Caracterização Histoquímica do Antígeno LEWIS Y na infecção por *Mycobacterium Leprae*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Biomedicina, Universidade Federal do Pará, Belém. 2011. Disponível em: <<http://fbm.ufpa.br/pdf/TCC2008/TCC17.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.