



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

REGINA CÉLI FERREIRA DE LIMA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE
HANSENÍASE**

SÃO JOÃO DEL REI

2014

REGINA CÉLI FERREIRA DE LIMA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE
HANSENÍASE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves- IPTAN, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação do Professor Msc. Domingos Sávio dos Santos.

SÃO JOÃO DEL REI

2014

REGINA CÉLI FERREIRA DE LIMA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE
HANSENÍASE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves- IPTAN, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação do Professor Msc. Domingos Sávio dos Santos.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Msc. Domingos Sávio dos Santos

Orientador

Prof. Esp. Lúcia Helena Moreira Silva

Examinador

Msc. Marcela Nolasco

Examinador

Ao Marcinho e à Lara, por entenderem e apoiarem todos os momentos de dificuldades e conquistas ao longo destes anos, obrigada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por me darem a vida, pelos cuidados e proteção ao longo da minha trajetória, sempre torcendo e orando por mim.

Aos meus sogros pelo apoio incondicional no cuidado com minha filha nas minhas muitas ausências.

Aos meus irmãos por torcerem pelo meu sucesso.

A minha filha, pelo seu carinho e por entender a minha ausência colaborando sempre para um ambiente adequado aos meus estudos.

Ao meu marido, que sempre me incentivou de todas as formas possíveis e imagináveis, me apoiando de forma material e espiritual, que nunca duvidou da minha capacidade e sempre esteve ao meu lado.

Ao meu orientador pelo estímulo, confiança e por encorajar a minha participação neste e em outros projetos que foram significativos para a minha formação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – El Tullido com Lepra.....	15
Figura 2 – Giovanni Crespi “ <i>São Francisco e um Leproso</i> ” 1630. Pinacoteca de Brera, Milão.....	16
Figura 3 – Hanseníase Indeterminada.....	28
Figura 4 – Hanseníase Tuberculóide.....	28
Figura 5 – Hanseníase Virchowiana.....	29
Figura 6 – Hanseníase Dimorfa.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Isolamento facultativo ou obrigatório de hansenianos (1856 – 1890).....	18
Tabela 2 – Esquemas Terapêuticos Padronizados.....	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BCG	Bacillus Calmette Guérin
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HD	Hanseníase Determinada
HI	Hanseníase Indeterminada
HT	Hanseníase Tuberculóide
HV	Hanseníase Virchowiana
MB	Multibacilar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
ROM	Rifampicina 600mg, Ofloxacina 400mg, Minociclina 100mg
RR	Reação Reversa
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença muito antiga e há séculos vem sendo discriminada, embora ainda nos dias atuais seja comum nos países subdesenvolvidos. Por ser silenciosa seu diagnóstico precoce faz-se necessário, pois o paciente sem o devido tratamento é um disseminador em potencial, principalmente entre os contatos próximos. A Estratégia de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde atuam com uma equipe multiprofissional. Buscando a melhoria da assistência prestada, a OMS e o Ministério da Saúde propõem a reorganização e implantação de novos processos. O enfermeiro é fundamental neste contexto, pois é o agente viabilizador da proposta. Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura onde foram analisados livros, periódicos, artigos científicos, resoluções governamentais e manuais referentes ao tema e seu objetivo é o de elencar diferentes atribuições do enfermeiro no que tange ao cuidado com o paciente com hanseníase, bem como sua atuação na prevenção, promoção e tratamento da doença. Também elucida a importância das ações do profissional de enfermagem na assistência ao paciente de hanseníase.

Palavras chave: Hanseníase; Enfermagem; Prevenção Incapacidades; Tratamento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. BREVE HISTÓRIA DA HANSENÍASE.....	11
1.1 História geral da hanseníase	11
1.2 A história da hanseníase no Brasil.....	19
2. HANSENÍASE	24
2.1 Epidemiologia.....	24
2.2 Agente Etiológico	25
2.3 Transmissão	26
2.4 Classificação	27
2.5 Manifestações Clínicas	27
2.6 Fatores de risco	30
2.7 Diagnóstico	31
2.7.1 Diagnóstico clínico e laboratorial.....	31
2.7.2 Diagnóstico diferencial.....	32
2.8 Tratamento	32
2.8.1 Tratamento Poliquimioterápico PQT/OMS.....	33
2.8.2 Reações Hansênicas.....	35
2.8.3 Reabilitação física e psicossocial.....	36
2.9 Profilaxia.....	37
3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE HANSENÍASE....	38
3.1 Hanseníase na atualidade	38
3.2 Políticas atualizadas no combate a hanseníase	39
3.3 Atuação do Enfermeiro nas UBS em relação a hanseníase	39
3.3.1 Consulta de Enfermagem.....	39
3.3.2 Notificação.....	40
3.3.3 Informativos epidemiológicos	40
3.3.4 Acompanhamento dos casos.....	41
3.3.5 Busca ativa entre contatos intradomiciliares	41
3.3.6 Incapacidades físicas	41
3.3.7 Prevenção incapacidades	42
3.3.8 Orientações quanto ao autocuidado.....	43

3.3.9	Supervisão quanto aos medicamentos	44
3.3.10	Coordenação e orientação	44
3.3.11	Educação e planejamento	44
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47
	ANEXO	52

INTRODUÇÃO

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença muito antiga, citada na bíblia como repugnante e terrível (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p. 30). É uma enfermidade que há séculos vem sendo discriminada e, portanto, o preconceito está presente na condição do portador de hanseníase. Ramirez e Melão (2006) dizem que a hanseníase foi relatada antes de Cristo e na Bíblia, as mais variadas doenças de pele poderiam classificar o indivíduo como leproso. No Brasil, em 1976 com o intuito de diminuir o estigma e a exclusão social, a lepra foi designada como hanseníase.

Contemporaneamente é uma doença comum nos países subdesenvolvidos, onde as condições de vida da população e a falta de políticas de saúde favorecem sua continuidade. Atualmente o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial, em casos de hanseníase, o que reflete um grave problema de saúde pública.

A propagação da doença, principalmente entre os contatos próximos, é uma preocupação do profissional de saúde. Este quadro preocupa o governo em duas vertentes: o grande número de casos e o custo associado aos tratamentos. O enfermeiro é um grande colaborador na prevenção, na assistência, no tratamento e na reabilitação dos pacientes.

Ao ser acometido pela doença, até que haja manifestação dos sinais e sintomas, o paciente será um disseminador e apresentará alterações no seu organismo. Seu curso lento dificulta o diagnóstico permitindo o acometimento dos nervos periféricos, principalmente nos olhos e membros superiores e inferiores, podendo contribuir para um potencial incapacitante (RAMIREZ e MELÃO, 2006, p. 201).

Entretanto, na maioria dos casos só é possível perceber a hanseníase quando há sinais dermatológicos ou sintomas neurológicos, sendo que a presença dessas manifestações indica que a doença já está instalada e as medidas curativas deverão se iniciar rapidamente (BRASIL, 2002, p. 14). Compreende-se, portanto, que a hanseníase é uma doença silenciosa, que seu diagnóstico precoce é importante, uma vez que a partir dele o tratamento poderá ser iniciado rapidamente, evitando assim a transmissibilidade e possíveis sequelas na pessoa acometida pela doença.

Ações empreendidas pela equipe de enfermagem para o tratamento e cura deste paciente poderão ser facilitadas com o apoio de políticas públicas. O maior aporte se faz nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia de Saúde da família (ESF), em conjunto

com uma equipe multiprofissional, sendo que o médico e o enfermeiro irão garantir o diagnóstico e acompanhamento, até a cura do indivíduo (BRASIL, 2012, p. 12-18).

A movimentação do Estado com o objetivo de erradicar ou minimizar a disseminação da hanseníase tem sido conduzida há algumas décadas, porém estas intervenções ainda não atingiram um resultado satisfatório, o que gerou uma preocupação a nível internacional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem há alguns anos intensificando suas estratégias para a diminuição de novos casos em todo o mundo. Enfatiza serviços de saúde de qualidade que contribuam com a redução da carga de hanseníase, além da detecção precoce dos casos novos. Salienta que é importante contribuir com a redução da incapacidade, do estigma e da discriminação, promovendo a reabilitação social e econômica das pessoas afetadas (OMS, 2010).

É importante registrar que as UBS são o principal acesso da população carente, presentes em bairros periféricos, tem o propósito de acolher, promover, prevenir e educar a comunidade. Desta forma, precisa estar próxima dos problemas destes indivíduos, buscando prováveis portadores de hanseníase, facilitando o tratamento e contribuindo para a redução de casos no país.

Nesse contexto, esta pesquisa tem o objetivo de elencar as várias atribuições do enfermeiro no que tange o cuidado ao paciente com hanseníase, bem como sua atuação na prevenção, promoção e tratamento da mesma. Sinteticamente, o objetivo geral é elucidar a importância das ações do enfermeiro na assistência ao paciente portador de hanseníase.

A abordagem multiprofissional é um fator decisivo no acolhimento aos pacientes portadores de hanseníase, além da fragilidade física, há a debilidade emocional, repleta de incertezas quanto ao tratamento. O enfermeiro destaca-se pela sua atuação dinâmica e envolvente na tomada de decisões, sendo o profissional que acolhe e direciona os passos do utente, nas UBS. Por isso o seu bom desempenho é muito relevante.

Esse trabalho, que foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda brevemente a história da hanseníase, seu desenvolvimento e impacto em alguns países do mundo. O segundo capítulo detalha a etiologia da doença e suas peculiaridades. Enfim, o terceiro capítulo apresenta políticas atualizadas para a redução da incidência de hanseníase na atualidade e a contribuição do enfermeiro ao paciente de hanseníase neste contexto.

1. BREVE HISTÓRIA DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma moléstia conhecida desde tempos remotos, que já causou repugnância devido à sua ação mutilante, gerando o estigma em várias partes do mundo. A sua longa trajetória construiu uma história de preconceitos e superações.

1.1 História geral da hanseníase

A hanseníase é uma doença que há séculos vem disseminando populações em todo o mundo. A escassez de registros referentes à sua origem faz com que seu histórico seja baseado em vários fragmentos encontrados na história de muitas civilizações. As primeiras descobertas datam do século VII a.C., onde foram encontradas referências sobre a doença na Índia e no Egito (FROHN, 1933, s.p. *apud* CUNHA, 1997, s.p.). No antigo testamento há uma passagem em Levítico que relata sinais de que a doença estava presente naquela época e a forma como era diagnosticada pelo sacerdote:

Falou mais o SENHOR a Moisés e a Arão, dizendo:
 2 Quando um homem tiver na pele da sua carne, inchação, ou pústula, ou mancha lustrosa, e esta se tornar na sua pele como praga da lepra, então será levado a Arão, o sacerdote, ou a um de seus filhos, os sacerdotes,
 3 e o sacerdote examinará a praga na pele da carne. Se o pêlo (*sic*) na praga se tiver tornado branco, e a praga parecer mais profunda que a pele da sua carne, é praga de lepra; o sacerdote, verificando isto, o declarará imundo.
 4 Mas, se a mancha lustrosa na pele for branca, e não parecer mais profunda do que a pele, e o pêlo (*sic*) não se tiver tornado branco, o sacerdote encerrará por sete dias aquele que tem a praga [...]. (BÍBLIA SAGRADA, Levítico 13:1-4, 1988, p. 102).

A hanseníase que na antiguidade era designada por lepra e já teve denominações como: morfeia, elefantíase e mal de São Lázaro, por vezes era confundida com outras doenças de pele. Além disso, na perspectiva judaica da antiguidade, esta doença acometia aquelas pessoas que infringiam as leis sociais e os bons costumes, como extravagâncias sexuais do tipo sodomia, homossexualismo, relações sexuais no período menstrual e bestialismo. Ao ficarem doentes, os judeus consideravam estas pessoas castigadas por Deus (MACIEL, 2013, p. 9-10).

Naquela época, a caracterização da lepra era feita de forma alienada, qualquer pessoa que apresentasse doenças na pele poderia ser estigmatizada e excluída da sociedade, iniciando uma vida de penúria e abandono.

“*Tsara ath*”, palavra de origem aramaica, presente nos antigos livros dos hebreus, remetia a ideia de degradação moral, bem como refletia as impurezas do corpo físico, sendo este vocabulário direcionado àqueles que apresentavam as mais variadas alterações de pele, foi usada muito tempo pelos gregos no período helênico¹, posteriormente foi substituída pela palavra lepra (MACIEL, 2013, p. 10-12). Assim, qualquer pessoa considerada “imunda”, devido às suas lesões de pele, era expulsa do acampamento pelos sacerdotes, sendo suas roupas queimadas ou destruídas e os restos de sua moradia carregados para um lugar desabitado e sujo (ROTBURG, 1975 p.295 *apud* MACIEL, p. 10). O estigma espalhou-se tão rápido quanto à doença, os doentes perdiam o direito de continuar vivendo em suas comunidades, ficando à própria sorte.

Os povos antigos não tinham conhecimento sobre as causas das doenças e desta forma, qualquer evento patológico ou natural que acometia as populações era designado como castigo de Deus. Assim, os sacerdotes tinham a responsabilidade de examinarem as pessoas que apresentavam sinais da lepra e de decidirem o seu futuro, sendo suas opiniões respeitadas e aceitas por todos.

Para Maciel (2013, p. 11).

[...] havia todo um processo de observação por parte do sacerdote, que também exercia as funções de médico o curandeiro, para identificar e diagnosticar a doença antes que fosse constatada e definida sua especificidade. [...] – o sacerdote- segundo as possibilidades existentes na época, obviamente rudimentares, limitadas e imprecisas, mas que consistiam no exame de evidências para impedir que as pessoas fossem proscritas da sociedade de maneira indiscriminada, por apresentarem quaisquer manchas ou chaga na pele [...]

Diferentes religiões da antiguidade, assim como os hebreus religiosos, estigmatizavam os leprosos. Na Índia há relatos de tratamento da doença com o óleo de

¹ O período helênico é caracterizado pela difusão da cultura grega com os territórios conquistados por Alexandre o Grande, fato que determinou o período de transição para o domínio e apogeu de Roma (BOYER, 2003, p.1-20).

chaulmoogra². Nas regiões asiáticas da antiguidade não havia separação entre religião e medicina. No Japão, a imprecisão, as implicações não clínicas e o medo excessivo remetiam à história bíblica (MACIEL, 2013, p.14). Mantendo a crença de que a lepra era um castigo de Deus, sacrifícios impiedosos foram impostos a milhares de pessoas, levando-as a perderem a vida, muitas vezes sem estarem de fato com esta doença.

A igreja católica determinou que os leprosos fossem excluídos compulsoriamente do convívio da sociedade, ficando proibido qualquer contato entre doentes e sãos. Além disso, os leprosos eram obrigados a usar uma roupa específica e carregarem sinos e matracas, anunciando a sua chegada (MACIEL, 2013, p. 15). A vestimenta era composta por um manto, um chapéu de abas largas e bermudões de cor escura e na túnica traziam bordada a figura de São Lázaro, além de usarem luvas e um corno ou matraca de madeira presa ao corpo (FROHN, 1933, s.p. *apud* CUNHA, 1997, s.p.). Havia variadas formas de caracterizar o traje dos leprosos, os quais tinham sua liberdade tolhida e a cada época, surgiam novas e ainda mais cruéis formas de exclusão.

A construção de um leprosário partiu da igreja católica com o intuito de “purificar” as cidades medievais. Como principal instituição organizacional da época e responsável pelos problemas da população, a igreja construiu em Sant Oyen (França), no ano de 460 d. C., o primeiro leprosário da Europa (CUNHA, 1997, s.p.; MACIEL, 2013, p.17).

No período medieval do Ocidente, além de serem expulsos de suas residências, os leprosos eram obrigados a participar de um ritual religioso, onde eram declarados mortos para a sociedade. Neste momento, era proferida uma liturgia e ao final derramavam terra na cabeça do doente (FORNAZARI; MATTOS, 2005, p.49, *apud* MACIEL, 2013, p.15).

Foi em 1179, no II Concílio de Latrão, que o isolamento dos leprosos passou a se intensificar. Os doentes deveriam agitar as suas matracas para se identificarem e assim poderem percorrer as ruas da cidade. Além disso, foi neste Concílio que a igreja autorizou a construção de capelas e cemitérios no interior dos leprosários (LE GOFF, 1984, p. 82, *apud* MACIEL, 2013, p.16).

Na Idade Média, acreditava-se que todas as manifestações naturais como tempestades, pestes e doenças eram manipuladas por seres misteriosos, levando as pessoas a

² O óleo de chaulmoogra era extraído de uma planta da família das Flacourtiáceas, desde o séc. VI há relatos do seu uso em tratamentos de várias doenças de pele e na lepra, de uso interno e externo causava mal estar gástrico e intestinal (SANTOS, 2008, s.p.).

respeitarem essas crenças. Foi nesta época, entre 1098 e 1179 d.C., que um abade alemão denominado Santo Hildegardo, usou o seu senso de observação e conhecimentos médicos para diferenciar as formas da hanseníase, classificando-as como ulcerosa, rubra e alba, sendo que a primeira se manifestava em indivíduos coléricos com vícios de embriaguez e gula, já a segunda e a terceira, eram comuns em pessoas libidinosas, desta forma, como estes vícios eram de difícil controle, a doença demoraria a evoluir para a cura. Santo Hildegardo prescrevia tratamentos com pomadas e longos banhos de suor por vários dias, banhos com sangue de cavalo e emplastos de terra e sangue, dizia que o doente se curaria ou Deus não permitiria sua cura. Apesar dos tratamentos exóticos, Santo Hildegardo contribuiu para a diferenciação da hanseníase de outras doenças de pele (FROHN, 1933, s.p. *apud* CUNHA, 1997, s.p.).

Para D' Haucort (1994) *apud* Cunha (1997, s.p.), o modo de vida dos povos medievais contribuía para a disseminação da lepra, uma vez que as cidades eram muradas, não havia espaço para o seu crescimento geográfico. Além disso, as pessoas viviam em aglomerados junto aos animais, em péssimas condições de higiene, moradia e alimentação, tudo isso contribuía também para a promiscuidade que facilitava o contágio.

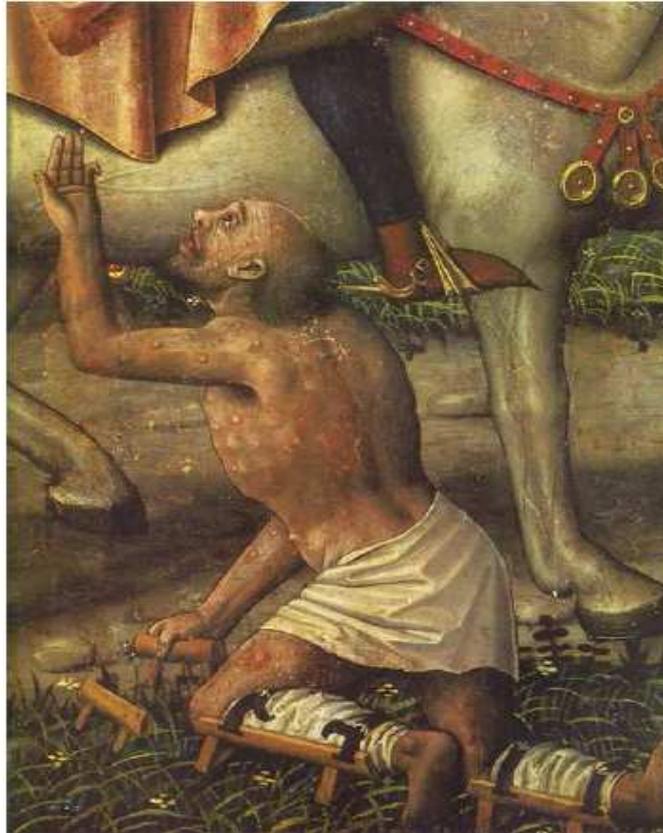
A propagação da hanseníase pelo mundo se deu de várias formas, uma delas por meio das Cruzadas, onde soldados, que lutavam no Oriente Médio, ficavam expostos à disseminação da hanseníase e quando retornavam aos seus lares levavam consigo a doença (FROHN, 1933, s.p.; ROSEN, 1994, s.p. *apud* CUNHA, 1997, s.p.). Além disso, os judeus também foram acusados de levar a hanseníase para a Síria, Palestina e para a Europa. Já para a Espanha, Bretanha e Gália, os acusados foram os soldados de guerra (SCHLOTTER, 1967, s.p. *apud* CUNHA, 1997, s.p.).

Para Schipperges (1985 s.p.) *apud* Cunha (1997 s.p.), o fator que mais contribuiu para o aumento de hansenianos na Europa foi o atraso da medicina. Os médicos não sabiam diferenciar hanseníase de outras doenças de pele, então classificaram a lepra como verdadeira e falsa. Segundo os médicos da época os relatos de cura espontânea deviam-se à mudança de comportamento do doente, que melhorava sua higiene (HECHT, 1982, s.p.; SCHADEWALDT, 1973, s.p.; VARRON, 1955, s.p. *apud* CUNHA, 2013, s.p.).

A hanseníase foi tema de muitas pinturas na antiguidade, podemos encontrar no Museu de Arte da Basileia (Suíça), uma obra de autor desconhecido, do ano de 1450,

representada pela figura 1, intitulada “El Tullido con Lepra”, evidenciando um leproso que pede esmolas na estrada.

Figura 1- “EL TULLIDO CON LEPRA”



Fonte: Universidad Autónoma de Guadalajara (s.d. , s.p)

Em Milão (Itália), está exposta uma obra de Giovanni Crespi, na Pinacoteca de Brera, do ano de 1630, representada na figura 2, que leva o título de “São Francisco e um leproso”. Esta pintura documenta e enfatiza a constante presença da lepra naquelas civilizações.

Figura 2: Giovanni Crespi “São Francisco e um Leproso” 1630. Pinacoteca de Brera, Milão



Fonte: Caminhos da Medicina (2006, s. p.) e Universidade Federal Fluminense (s.d., s.p.)

De acordo com Cunha (1997, s.p.) com os ensinamentos do cristianismo pela Igreja, as pessoas iniciaram um tratamento mais humano para os doentes. Esta nobre tarefa foi completamente assumida pela Igreja e por alguns nobres da época, seguidos por parte da população. O sofrimento devia ser respeitado, deixando de lado a repugnância, o que levou muitos nobres a convidarem os hansenianos à sua mesa e a beijarem suas faces.

Populações inteiras foram atraídas pela ideia de combater a hanseníase. Juntos em movimentos da cristandade, nobres e pobres, iniciaram um contato mais próximo, erradicando o medo do contágio. Porém, com esta proximidade mais pessoas foram contaminadas e desta vez a doença se manifestava em pobres, ricos e príncipes. Assim, esta negligenciada doença, começou a despertar o interesse das autoridades. A partir do século XVII, na Europa, o interesse pela hanseníase se intensificou. A etiologia e o tratamento eram preocupações da época (CUNHA, 1997, s.p.).

Além disso, houve um aumento de leprosários, hospedarias, hospitais e pensões para os menos favorecidos (VIRCHOW, 1865, s.p., apud CUNHA, s.p., 1997). Esses locais serviam para isolar o doente, como forma de impedir a propagação da doença (CUNHA, 1997, s.p.).

Segundo Faes (1966 s.p.) *apud* Cunha (1997, s.p.) para ter acesso aos leprosários, o doente precisava de um atestado médico, além de doar todos os seus bens e rendas ao hospital. Nos leprosários cada doente tinha uma cama, um baú ou arca e um local para acender sua vela, além disso, os internos tinham o direito a uma visita médica ao ano.

No século XIX, pesquisadores europeus, preocupados com a hanseníase, organizaram a “Conferência sobre a Lepra”, em Berlim, no ano de 1897. Os participantes apresentaram a situação da doença em seus países, bem como os problemas de seu combate. Estudos e pesquisas foram apresentados por médicos e cientistas. Danielssen³ mostrou suas descobertas de 1847, onde identificou as formas tuberculosa e anestésica da hanseníase; Virchow⁴ apresentou a sua descoberta de 1860, onde identificou a forma “L” da doença e sua contagiosidade; Hansen⁵, que em 1873 isolou o bacilo e descobriu a forma de transmissão da doença. Em 1897, Hansen apresentou uma tabela sobre a hanseníase na Noruega, a qual é representada pela tabela 1, para convencer as autoridades quanto à necessidade de isolamento facultativo ou obrigatório dos doentes (CUNHA, 1997, s.p.). Nesta tabela a seguir, percebe-se que o isolamento facultativo ou obrigatório contribuiu para a diminuição de casos novos, ao longo dos anos, afetando positivamente a população:

³ Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) foi um médico norueguês, contribuiu para os estudos e descoberta das bactérias que causavam a hanseníase (BECHLER, 2012, s.p.).

⁴ Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) foi um médico alemão, considerado o pai da patologia, contribuiu com os estudos sobre a lepra (BECHLER, 2012, s.p.).

⁵ Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) foi um médico norueguês, um dos principais pesquisadores da lepra, ficou conhecido pela identificação do *Mycobacterium leprae* (BECHLER, 2012, s.p.).

Tabela 1: Isolamento facultativo ou obrigatório de hansenianos (1856-1890)

Ano	Total no começo do ano	Casos novos	Mortos	Curados	Emigra- dos	Em casa	No asilo	Total até o final do ano
1856	---	238	---	---	---	2598	235	2837
1857	2833	242	293	3	15	2339	427	2766
1858	2766	210	224	3	3	2294	475	2769
1859	2769	239	213	8	7	2267	521	2790
1860	2790	219	251	1	6	2218	539	2757
1861	2757	219	239	6	14	2028	711	2739
1862	2739	211	215	5	11	2009	698	2707
1863	2707	196	192	5	4	1947	749	2696
1864	2696	201	202	---	8	1914	781	2695
1865	2695	201	205	5	8	1910	772	2682
1866	2682	203	214	3	10	1879	795	2674
1867	2674	200	191	8	4	1876	787	2663
1868	2663	206	210	6	7	1865	788	2653
1869	2653	183	199	10	13	1820	787	2607
1870	2607	187	203	4	13	1762	764	2526
1871	2526	170	238	2	16	1681	747	2428
1872	2428	131	205	5	10	1627	708	2335
1873	2335	129	177	9	17	1592	672	2264
1874	2264	137	183	6	9	1566	643	2209
1875	2209	134	203	5	14	1499	623	2122
1876	2122	115	187	3	6	1440	613	2053
1877	2053	110	163	3	7	1372	629	2001
1878	2001	105	149	10	8	1341	618	1959
1879	1959	88	162	5	10	1277	602	1879
1880	1879	72	150	7	7	1178	617	1795
1881	1795	60	164	5	8	1092	608	1692
1882	1692	66	137	11	7	1061	553	1914
1883	1614	87	127	9	5	1022	535	1557
1884	1557	55	140	10	2	944	519	1463
1885	1463	71	146	9	12	855	522	1377
1886	1377	48	135	16	9	748	522	1270
1887	1270	47	111	2	3	704	514	1218
1888	1218	27	99	8	1	631	524	1156
1889	1156	27	86	9	12	551	530	1081
1890	1081	10	122	6	2	447	507	954

Fonte: (HANSEN, 1897 *apud* CUNHA, 1997, s.p.).

Muitos países acreditavam que a hanseníase fosse uma doença hereditária. Mesmo depois de provada a transmissão pelo convívio diário, Portugal ainda não estava convencido e investiu em pesquisas para detectar a transmissão por hereditariedade (CUNHA, 1997, s.p.).

Koehler (1897 s.p.) *apud* Cunha (1997, s.p.), afirmam que existiam muitos casos na Polônia, entre mulheres grávidas, pobres, velhos, crianças em idade escolar e jovens. A maior preocupação era a procura da cura pela medicina, sendo que o prognóstico era ruim e em pouco tempo toda a Polônia poderia estar infectada.

Muitos países relataram suas preocupações, detalhando seus cenários de miséria e sofrimento. O Brasil também foi convidado a participar da Conferência, porém, não enviou um representante. Segundo Souza-Araújo (1956) *apud* Cunha (1997, s.p.) foi encaminhado uma comunicação com dados sobre profilaxia experimental e a preocupação com a endemia, escrito pelo Dr. Azevedo Lima⁶, porém não se tem notícia de ter chegado em tempo ou no destinatário ou não foi divulgada em português.

1.2 A história da hanseníase no Brasil

A introdução da hanseníase no Brasil, segundo alguns especialistas, ocorreu por meio dos colonizadores portugueses e escravos vindos da África. Na ocasião do descobrimento do Brasil, Portugal enfrentava altos índices de contaminação, tanto que a alta nobreza sofreu as consequências da doença. Desta forma era de se esperar que entre os tripulantes dos navios, houvesse alguém com hanseníase. Na África, a alta incidência somada às dificuldades socioeconômicas, elevava os índices da hanseníase, assim, ao imigrarem para o Brasil, os africanos trouxeram com eles a doença (CUNHA, 1997 s.p.).

No ano de 1600, foram reconhecidos os primeiros casos da hanseníase no Rio de Janeiro. Apenas dois séculos depois da colonização, foram tomadas as primeiras providências de combate à doença. Dom João V ordenou que construíssem leprosários, para afastar pessoas sãs e doentes, contribuindo com uma parva assistência a estes últimos. (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.31) (DAMASCO, 2005, p.14).

⁶ Jose Jerônimo de Azevedo Lima (1850-1912) foi um médico brasileiro, fisiologista, atuou como diretor do Hospital dos Lázaros e introduziu o primeiro laboratório de leprologia da América Latina (CABRAL, 2007, s.p.).

Haviam se passado 300 anos do descobrimento, a medicina era precária no Brasil (CUNHA, 1997, s.p.). Aqueles que se aventuravam nas ciências médicas, tinham apenas ideias, geradas a partir de observações de alguns doentes e informações de visitantes estrangeiros. Portugal raramente enviava profissionais médicos ao Brasil, e estes quando vinham não permaneciam muito tempo neste país, devido às más condições estruturais e econômicas encontradas. Mesmo nestas circunstâncias muitas patologias foram documentadas como o bócio endêmico, parasitoses, varíola, sarampo, entre outras patologias. (SANTOS FILHO, 1960, s.p.; COSTA, 1985, s.p.; SCHMITT, 1990, s.p. *apud* CUNHA, 1997, s.p.).

A precariedade do país aliada à falta de recursos para evitar a disseminação da doença, aumentava o índice de doentes. Assim, em 1740, no Rio de Janeiro, organizaram a primeira Conferência Médica sobre Hanseníase no Brasil, com o objetivo de elaborar formas de tratamento para os hansenianos (CUNHA, 1997, s.p.).

Segundo Damasco (2005, p.14-15), o primeiro leprosário do Brasil foi o Hospital dos Lázarus do Rio de Janeiro. Sua origem se deve ao então governador Gomes Freire de Andrade, conhecido como Conde de Bodadella. Em 1741, ele mandou que recolhessem 52 leprosos, abrigou-os em pequenas casas em São Cristóvão, sob os cuidados dos frades franciscanos e algumas escravas detentas. Após a morte do Conde de Bodadella, o hospital passou por muitas dificuldades e só no final do século XIX, ele é reformulado tornando-se referência no cuidado à lepra.

O país evidenciou sua preocupação com a hanseníase quando o governo incluiu no seu programa de colonização, a construção de instituições de saúde, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia (SANTOS FILHO, 1960; PAIXÃO, 1979, s.p.; *apud* CUNHA, 1997, s.p.). Ainda hoje, estas instituições oferecem atendimento em várias especialidades médicas.

Louis Pasteur contribuiu decisivamente ao inserir na comunidade científica, a ideia da unicausalidade, ou seja, que a doença era adquirida por meio de um agente patogênico externo: microrganismo (QUEIROZ; PUNTEL, 1997, p.32). Levando ao declínio a ideia de hereditariedade da hanseníase.

Em busca de um tratamento eficaz, os médicos fizeram as tentativas mais excêntricas, utilizaram recursos como a inoculação com o bacilo de outras doenças, picadas de cobras venenosas, eletro cauterização das lesões cutâneas, uso tópico e oral do óleo de

chaulmoogra, que causava terríveis dores gástricas, além de vômitos e diarreias (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.32).

O norueguês Armauer Hansen, médico e botânico, em 1874, demonstrou por meio de um exame a fresco, as células leprosas de Virchow, presentes nos nódulos cutâneos da doença, como sendo os bastonetes agentes da infecção (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.32). Sendo que o bacilo específico da doença foi denominado *Bacilo de Hansen* ou *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 2002, p.12).

Ao compreenderem o significado de microrganismo, muitos hospitais se sentiram incapacitados para o tratamento dos doentes, reforçando a ideia de um local específico para o tratamento destas pessoas. No VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em 1907, Oswaldo Cruz junto a outros médicos notáveis da época, propuseram o isolamento compulsório dos doentes e a desinfecção de suas residências. Oswaldo Cruz também foi o responsável pela organização da Reforma Sanitária do Brasil, levando a hanseníase a ser uma doença de notificação compulsória. (CUNHA, 1997, s.p.); (QUEIROZ; PUNTEL, 1997, p.33); (DAMASCO, 2005, s.p.).

A notificação compulsória foi um fator determinante para a tentativa de controle da doença. Todos os prováveis doentes, que procuravam assistência, eram notificados. Assim o governo supostamente teria o controle da endemia, quando isolasse essas pessoas do convívio da sociedade.

Para Queiroz e Puntel (1997, p. 33-34), a dificuldade de execução das medidas profiláticas era grande, devido aos poucos recursos econômicos do governo. Além disso, os sintomas da hanseníase demoravam a aparecer, levando os doentes a resistirem ao máximo às propostas médicas. Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo instituída a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, tornando efetivas as seguintes leis:

- a) Emitir Notificação Compulsória e levantar o censo dos leprosos;
- b) Fundar asilos-colônias para o confinamento leproso-pobres;
- c) Isolar pacientes em seu domicílio quando aceitassem vigilância médica e praticassem princípios de higiene;
- d) Promover vigilância sanitária dos comunicantes e suspeitos de lepra;
- e) Isolar recém-nascidos, filhos de leproso, para serem criados longe das fontes de contágio;

- f) Proibir importação de doente lepra do estrangeiro;
- g) Notificar mudança de residência dos leprosos e seus familiares;
- h) Desinfetar o pessoal e asseio rigoroso na casa dos doentes, sendo que suas excreções deveriam ser recebidas em vasos cobertos com solução desinfetante e levados ao esgoto;
- i) Proibir, ao doente de lepra, profissões que colocassem em risco a comunidade ou de contato direto com as pessoas como as amas de leite, frequentar igrejas, teatros, lugares públicos em geral e viajar em veículos sem o prévio consentimento da autoridade competente.

O isolamento serviu para aumentar o estigma e o medo da sociedade em relação à doença. Muitas pessoas fugiam ao serem denunciadas a polícia sanitária. O indivíduo era arrancado da sua família, levado às colônias, sendo submetido a tratamentos dolorosos, sem qualquer garantia de cura. As visitas eram controladas e os filhos dos pais isolados eram encaminhados a orfanatos especiais. Muitos anos depois das medidas de isolamento compulsório, perceberam que esta ação não reduzia a frequência da hanseníase. A Inspetoria da Profilaxia da Lepra perdeu sua força, após redefinição de metas pelo governo (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.35-36).

Entre 1940 e 1950, iniciou-se o uso da sulfona, um antibiótico, com poucos efeitos colaterais, de uso prolongado que levava o doente à cura. Porém, o sistema de internação ainda continuou sendo usado, pois, era de interesse dos dermatologistas e dos hansenianos. Estes últimos recebiam privilégios pelo simples fato de estarem doentes, como casa, comida e salário mensal. Ao entrar nestas instituições, o doente criava uma nova vida e mesmo curado fisicamente, tinha dificuldades de sair e viver em uma sociedade tradicional. (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.36) (DAMASCO, 2005, p.17).

Com a reestruturação do Ministério da Saúde em 1974, foi elaborada a política de tratamento ambulatorial da hanseníase e o estado começa a pensar em custo-benefício das ações de extensão do poder público. Os sanitaristas, além de técnicos de saúde pública passaram a serem gerentes de unidades em uma rede de serviços de saúde (QUEIROZ; PUNTEL, 1997, p.36-37).

Em 1976 o Brasil, com o objetivo de diminuir o estigma à doença, muda o seu nome de lepra para hanseníase e instaura um decreto de número 165, onde estão caracterizadas as

ações governamentais quanto ao paciente de hanseníase (BRASIL, 1976, s.p.); (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.37).

Muitas iniciativas foram tomadas para a reinserção destas pessoas na sociedade, mas após tantos anos de isolamento, elas estavam desadaptadas ao convívio externo às colônias e preferiram continuar vivendo lá.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que incorporassem ao tratamento de hanseníase a Poliquimioterapia (PQT), que consistia em mais dois medicamentos associados à sulfona, apenas em 1985 o Brasil aderiu às recomendações.

Hoje o tratamento é oferecido, especificamente em UBS e é custeado pelo governo. Apesar de ser uma doença milenar, ainda está presente na sociedade preocupando autoridades internacionais. Há uma ação denominada Plano Integrado de Ações Estratégicas, proposta pelo Governo Federal para um controle efetivo da hanseníase até 2015 (BRASIL, 2012, p.13-18).

Para que a assistência ao paciente com hanseníase seja efetiva, é necessário conhecer o desenvolvimento desta patologia, bem como suas causas e as medidas a serem tomadas acerca do tratamento, estas informações serão abordadas no próximo capítulo.

2. HANSENÍASE

Presente no cenário mundial desde os primórdios, a hanseníase permanece em evidência, representando um grave problema para a saúde pública do Brasil.

A Hanseníase ou mal de Hansen é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium Leprae*. O homem é o reservatório natural mais conhecido, porém, há informações de que já houve infecções naturais em tatus, macacos e chimpanzés da Costa do Marfim e nos musgos, na Noruega. De indivíduo para indivíduo, a doença se espalha silenciosamente, acometendo e comprometendo pele e nervos periféricos, evoluindo cronicamente (BRASILEIRO FILHO, 2012, p. 1288-1293).

A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura. No Brasil, cerca de 47.000 casos novos são detectados a cada ano, sendo 8% deles em menores de 15 anos. (BRASIL, 2009, p.1).

O aperfeiçoamento do acompanhamento da hanseníase, além de beneficiar o paciente, colabora com a diminuição do número de casos e conseqüentemente diminui a disseminação da doença.

2.1 Epidemiologia

Abordando esta doença milenar, foram identificadas informações pertinentes quanto ao seu desenvolvimento junto à população, onde o conhecimento da sua epidemiologia contribui para as medidas assertivas a serem tomadas e busca diminuir a sua prevalência na comunidade.

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial, em números de casos de hanseníase, perdendo apenas para a Índia, o país possui 93% dos casos novos notificados nas Américas. Esforçando-se para atingir a meta global, de um caso para cada dez mil habitantes, busca o controle epidemiológico desta doença (WHO, 2010, p.337-348; LASTÓRIA; ABREU, 2012, p.173).

Para o Ministério da Saúde (2002, p.9), a hanseníase é uma doença infecto contagiosa de evolução lenta e apresenta manifestações que acometem os sistemas neurológico e dermatológico, onde os sinais mais evidentes são nos nervos periféricos

presentes nos olhos, mãos e pés e lesões significativas na pele, podendo causar incapacidades físicas no indivíduo.

Estas incapacidades geradas pela doença trazem a insegurança e o preconceito para o indivíduo e sua família. Lesões não tratadas ou mal curadas necessitarão de atendimentos complexos, em que o doente precisará do apoio incondicional do profissional enfermeiro, gerando um vínculo de confiança e cumplicidade.

O grande número de casos de hanseníase no Brasil e a dificuldade em diminuí-los, apesar dos esforços governamentais, chamou a atenção da OMS que elaborou a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015), e organizou as Diretrizes Operacionais Atualizadas, com o objetivo de direcionar o Brasil no combate a hanseníase. Este documento orienta a capacitação e atualização dos profissionais de saúde em todos os níveis, abrangendo diagnóstico, tratamento e principalmente a abordagem da pessoa com hanseníase (OMS, 2010, p. 9-11).

Com objetivo de aprimorar alguns cuidados, mantendo a qualidade dos serviços, a OMS e o governo brasileiro se comprometeram a oferecer serviços bem estruturados, como o acolhimento humanizado, a todos aqueles que buscarem o atendimento nas UBS.

2.2 Agente Etiológico

Conforme mencionado no primeiro capítulo, o *Mycobacterium Leprae* é o microrganismo causador da hanseníase e de acordo com Brasileiro Filho (2012, p. 1288-1293), o bacilo é Gram positivo e álcool-ácido resistente (BAAR). Desta forma, os microrganismos íntegros podem ser corados em vermelho e se apresentam de forma isolada ou em globias⁷. Já os bacilos inviáveis não se coram por completo e apresentam estrutura granulosa. Esta disposição microscópica é importante para diagnosticar o tipo de hanseníase.

É uma micobactéria⁸ peculiar, sendo a única que acomete os nervos periféricos, parasita o meio intracelular, especialmente as células de Schwann (BRASIL 2010, p.208).

⁷ Globias é a forma que o *Mycobacterium leprae* se apresenta em grupo, um alinhado ao lado do outro (BRASILEIRO FILHO, 2012, P.1288-1293).

⁸ Micobactérias são bactérias em forma de bastonetes retos ou encurvados, imóveis, do gênero *Mycobacterium* (BRASILEIRO FILHO, 2012, P.1288-1293).

Esta característica explica as lesões periféricas, principalmente nos nervos, podendo levar as incapacidades físicas.

O bacilo de Hansen possui alta infectividade, porém sua virulência ou capacidade de multiplicação no organismo é baixa, retardando a chegada da patologia. Em ambiente livre pode permanecer viável por 36 horas. Já no interior do organismo, o período de incubação varia de 2 a 7 anos, desta forma o contato íntimo e prolongado entre o hospedeiro e pessoas próximas, pode desencadear uma contaminação silenciosa, porém desenfreada por vários anos (BRASILEIRO FILHO, 2012, p.1288-1293; BRASIL, 2010, p. 208).

Esta progressão silenciosa da doença, explica porque tantos casos são descobertos tardiamente, o que faz aumentar as estatísticas das pessoas acometidas pela hanseníase e a dificuldade do controle na transmissão da doença.

2.3 Transmissão

O hospedeiro do *Mycobacterium Leprae* pode permanecer anos sem os sintomas da doença, esta situação contribui consideravelmente para a disseminação da hanseníase. Desta forma, a busca ativa pelos portadores torna-se uma medida necessária ao combate da doença.

Este microrganismo tem alta infectividade, porém, sua patogenicidade é baixa. Assim a doença irá acontecer em ambientes de alta endemicidade, onde a exposição ao bacilo aliada à fragilidade do indivíduo irá propiciar o desencadeamento da doença. O trato respiratório superior abrange tanto eliminação dos bacilos, quanto a sua entrada, facilitando a contaminação do indivíduo. Além disso, o doente é um transmissor em potencial durante o período sem o tratamento específico. (BRASIL, 2010, p.208).

O período para incubação até a transmissão do *Mycobacterium Leprae* pode variar de 2 a 7 anos, podendo acometer pessoas de todas as idades, em ambos os sexos, predominando nas massas com precariedade econômica e social. (BRASIL, 2002, p.13).

Apesar dos meios de contaminação serem propícios, a hanseníase tem diminuído gradativamente. Orientações quanto à prevenção estão chegando à população mais carente, que busca ajuda precocemente e, dessa forma evita o desenvolvimento da doença para as formas mais graves.

2.4 Classificação

A classificação da hanseníase poderá ser a princípio realizada por meio do exame clínico, porém apenas com a baciloscopia haverá uma descrição detalhada. Para Araújo (2003, p.375) e Lastória e Abreu (2012, p.173-175), as classificações mais usadas no Brasil são baseadas no Congresso Internacional de 1953 em Madri, que dividiram a hanseníase em dois grupos estáveis virchowiano e tuberculóide e dois grupos instáveis indeterminado e dimorfo, que se desenvolveriam naturalmente conforme a instalação da doença.

A classificação deve ser apoiada pelo exame histopatológico, assim temos a forma indeterminada, a forma tuberculóide e a dimorfa, sendo que as últimas são subdivididas em dimorfo-tuberculóide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), virchowino-subpolar (VVs) e virchowiano (VV). (ARAÚJO, 2003, p.76-77).

Por fim em 1982, a Organização Mundial de Saúde, classificou a hanseníase em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB), sendo que em 1988 estabeleceram que a PB teria até cinco lesões na pele e a MB mais de cinco lesões na pele. Além disso, quando o exame baciloscópico fosse positivo o resultado constaria hanseníase MB. (LASTÓRIA e ABREU, 2012, p.173).

Estas classificações são importantes, tanto para o tratamento quanto para a busca ativa de portadores e doentes entre os contatos do paciente, contribuindo para o controle da disseminação da doença.

2.5 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas podem se diversificar ou manter as mesmas características, conforme o tipo de hanseníase. Além do longo período de incubação que varia de 2 a 7 anos, a resposta imune do hospedeiro será um fator favorável ou não ao desenvolvimento e instalação da doença.

Assim estes sinais e sintomas são descritos por Lastória e Abreu (2012, p.173-175), da seguinte forma:

- a. Hanseníase Indeterminada (HI): apresenta manchas hipocrômicas e hipoestesia na pele, divididas em pequenas lesões em qualquer parte do corpo, com ausência de espessamento neural;

Figura 3: Hanseníase Indeterminada



Fonte: Lastória e Abreu (2012, p. 174)

- b. Hanseníase tuberculóide (HT): a boa resposta imune do hospedeiro poderá contribuir para que a doença não se desenvolva. As lesões são em pequeno número, isoladas, assimétricas, aparentam placas eritematosas com bordas externas elevadas e normais ao centro e alterações importantes de sensibilidade. Além disso, as lesões podem apresentar alopecia, anidrose e alterações neurais;

Figura 4: Hanseníase Tuberculóide



Fonte: Lastória e Abreu (2012, p.174)

- c. Hanseníase Virchowiana (HV): para desenvolver esta forma clínica, o hospedeiro se encontra com déficit em sua imunidade, facilitando o deslocamento do *Mycobacterium leprae*, por meio da via hematogênica. Caracterizada por lesões cutâneas múltiplas e simétricas são caracterizadas por máculas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas com bordas indefinidas e geralmente sem anestesia. Os hospedeiros podem desenvolver edemas nos membros inferiores, formação de nódulos, fascies leonina e madarose, além de comprometer vários segmentos do corpo humano como as mucosas, olhos, dentes, perfuração septo nasal, ossos, testículos e vísceras;

Figura 5: Hanseníase Virchowiana.



Fonte: Lastoria e Abreu (2012, p. 174)

- d. Hanseníase Boderline ou Dimorfa (HD): ao invadir o hospedeiro, o *Mycobacterium leprae* pode desencadear variadas respostas imunes, gerando manifestações como pequenas e inúmeras lesões cutâneas anestésicas, placas eritematosas com bordas externas e internas bem delimitadas e espessamento neural irregular, pouco intenso, porém numeroso. Nesta forma clínica, são mescladas as manifestações da forma tuberculóide e da forma virchowiana.

Figura 6: Hanseníase Dimorfa



Fonte: Lastória e Abreu (2012, p.175)

Além destas classificações, Lastória e Abreu (2012, p.173) esclarecem que devido a fins terapêuticos, a OMS em 1982, estabeleceu que a hanseníase fosse classificada de acordo com o exame baciloscópico, sendo que:

- Hanseníase PB seria diagnosticada quando a baciloscopia for $< 2 +$ com até cinco lesões cutâneas e/ou um tronco nervoso acometido;
- Hanseníase MB seria diagnosticada quando a baciloscopia for $> 2 +$ com mais de cinco lesões e/ou mais de um tronco nervoso acometido.

2.6 Fatores de risco

A hanseníase é uma doença silenciosa de longo desenvolvimento, após ser acometido pelo *Mycobacterium Leprae*, o indivíduo pode permanecer anos sem manifestar os sintomas.

Segundo Santos *et all* (2008, p.742-743), o contato intradomiciliar, aliado a aglomeração de pessoas e a precariedade das condições sanitárias podem ser considerados fatores importantes para a disseminação e manutenção da doença nas comunidades.

Desta forma, o portador assintomático da forma MB, pode tornar-se uma ameaça à integridade da saúde dos seus familiares e de pessoas do seu convívio diário, sendo este um dos maiores fatores de risco da doença. Por outro lado, a população que convive em áreas com precariedade sanitária e dificuldade ao acesso nutricional adequado, são potencialmente vulneráveis a contrair a doença. (MINAS GERAIS, 2006, p.21).

Nestas circunstâncias, o conhecimento das condições socioeconômica e familiar da comunidade são necessárias para um planejamento adequado, feito pelo enfermeiro e sua equipe, buscando inserir medidas efetivas de controle clínico dos doentes.

2.7 Diagnóstico

O diagnóstico faz-se necessário para uma correta classificação quanto ao tipo de hanseníase, fator que contribuirá para um tratamento correto e eficaz.

2.7.1 Diagnóstico clínico e laboratorial

O diagnóstico da hanseníase se desenvolve a partir de um cuidadoso exame clínico, acompanhado de exame laboratorial que é um aliado indispensável para a classificação da doença.

Para Brasil (2002, p.17), o roteiro de diagnóstico clínico parte de uma detalhada anamnese, que auxiliara na epidemiologia da doença, identificando o provável período do início dos sintomas. Em busca de alterações dermatológicas e neurais, o exame físico se inicia, baseando-se principalmente em alterações na pele caracterizadas por manchas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos e alterações nos nervos, como espessamento neural, alterações de sensibilidade, dores nos nervos, fraqueza nas mãos e pés. É importante salientar a necessidade da descrição detalhada destes sinais e sintomas, assim como o relato de uso de medicamentos, no prontuário do paciente.

O reconhecimento de achados neurológicos são alterações importantes que poderão limitar a capacidade física do paciente, sendo necessárias orientações quanto ao autocuidado. A neurite traz conseqüências graves como anidrose, alopecia, perda da sensibilidade térmica e tátil e paralisia muscular, que desencadeará incapacidades e deformidades físicas ao paciente (BRASIL, 2002, p. 15-17).

A inspeção crânio caudal irá assegurar um detalhado exame físico, onde as áreas anatômicas acometidas serão avaliadas para o início de um correto tratamento, desta forma, o exame neurológico deve ser aplicado a todos os suspeitos de hanseníase, aos doentes e àqueles em tratamento, no momento da consulta de enfermagem.

A baciloscopia é o exame que auxilia o diagnóstico clínico, o material pode ser originado dos esfregaços raspados intradérmicos das lesões ou de lóbulos auriculares e/ ou cotovelo. O resultado negativo não descaracteriza a necessidade de iniciar o tratamento, que

deve ser fundamentado após a constatação da hanseníase pelo exame clínico (BRASIL, 2002, p.27-28).

2.7.2 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de hanseníase poderá gerar algumas dúvidas, principalmente quanto às lesões presentes na pele, este questionamento poderá desencadear um diagnóstico errado prejudicando o tratamento do paciente.

Desta forma, Brasil (2002, p.28) descreve as características fundamentais para se reconhecer uma lesão causada pelo *Mycobacterium leprae*, sendo que a principal, é a alteração de sensibilidade na lesão. Algumas das patologias que geram dúvida quanto ao diagnóstico são: Vitiligo, Ptiríase Versicolor, Eczemátide, Tinha do Corpo (Micose).

Além das alterações dermatológicas, as alterações neurológicas também podem gerar dúvidas quanto ao diagnóstico, a neurite hansênica provoca dores semelhantes a algumas patologias como: Síndrome do túnel do carpo, Neuralgia Parestésica, Neuropatia Alcoólica, Neuropatia Diabética e Lesões por Esforço Repetitivo.

Desta forma, o conhecimento detalhado das características da hanseníase contribuirá para o diagnóstico correto.

2.8 Tratamento

Historicamente conhecida, a hanseníase trouxe no decorrer dos séculos o estigma e o preconceito àquele que dela se tornava um refém. O trabalho em torno desta desmistificação vem obtendo êxito ao longo dos anos, com o esforço conjunto de profissionais em saúde de vários segmentos.

É fato, que devido ao misticismo, a população evite até hoje procurar ajuda quando acometida por esta doença. Isso retarda o tratamento e a cura oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para Brasil (2002, p.30), o tratamento, além de curar o paciente, impede que a doença se dissemine, o que diminui as estatísticas da hanseníase.

Araújo (2003, p.9) evidencia que o tratamento é direcionado por um conjunto de medidas necessárias para se obter êxito, são elas: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas e reabilitação física e psicossocial, que serão desenvolvidas em níveis graduais de complexidade.

2.8.1 Tratamento Poliquimioterápico PQT/OMS

Para a eficácia do tratamento é necessária a classificação operacional do doente em Hanseníase PB ou Hanseníase MB. Somente assim o esquema de medicamentos oferecido será adequado. É importante ressaltar que adultos com intolerância a algum fármaco e crianças terão suas doses ajustadas a suas necessidades. Mulheres grávidas ou em aleitamento materno não tem contraindicação ao tratamento. Já as mulheres em idade reprodutiva e em uso de anticoncepcional oral podem ter a ação da rifampicina diminuída. O tratamento é ambulatorial e oferecido nos serviços básicos de saúde. (BRASIL, 2009, p.5).

Brasil (2010, p.210-212), descreve que a PQT é composta por rifampicina, dapsona e clofazimina, administrados em associação. Esta necessidade se deve ao fato do bacilo morrer ao iniciar o tratamento, a administração isolada dos medicamentos gera uma resistência medicamentosa ao bacilo, impedindo a cura da doença. Ao tomar a PQT, a evolução da doença é interrompida, preservando o doente de incapacidades e deformidades, além de evitar a contaminação de outras pessoas.

Ainda baseado em Brasil (2010, p.210-212), a tabela a seguir descreve a organização quanto ao tratamento PQT:

Tabela 2: Esquemas Terapêuticos Padronizados

Faixa etária	Paucibacilar (PB)	Multibacilar (MB)
Adulto	Rifampicina: 2 doses 300 mg 1 vez mês, com administração supervisionada	Rifampicina: 2 doses 300mg 1 vez mês, com administração supervisionada
	Dapsona: 1 dose mensal de 100 mg, com administração supervisionada e 1 dose 100mg 1 vez ao dia auto administrada	Dapsona: 1 dose mensal de 100 mg, com administração supervisionada e 1 dose 100mg 1 vez ao dia auto administrada
		Clofazimina: 1 dose mensal de 300 mg (3 cáp. 100mg) com administração supervisionada e 1 dose de 50 mg ao dia auto administrada
Crianças	Rifampicina: 1 dose mensal de 450mg com administração supervisionada (1 cáp. de 300mg e 1 cáp. De 150mg)	Rifampicina: 1 dose mensal de 450mg com administração supervisionada (1 cáp. de 300mg e 1 cáp. de 150mg)
	Dapsona: 1 dose mensal de 50mg com administração supervisionada e 1 dose diária de 50mg auto administrada	Dapsona: 1 dose mensal de 50mg com administração supervisionada e 1 dose diária de 50mg auto administrada
		Clofazimina: 1 dose mensal de 150mg (3 cáp. de 50mg) com administração supervisionada e 1 dose de 50mg auto-administrada em dias alternados
Crianças ou Adultos com peso inferior a 30 Kg	Rifampicina: 10 a 20 mg/KG em dose mensal com administração supervisionada	Rifampicina: 10 a 20 mg/KG em dose mensal com administração supervisionada
	Dapsona: 1,5mg/kg em dose mensal com administração supervisionada e 1,5mg/kg em auto administração diária	Dapsona: 1,5mg/kg em dose mensal com administração supervisionada e 1,5mg/kg em auto administração diária
	Clofazimina: 5mg/Kg em dose mensal com administração supervisionada e 1mg/Kg auto administrada diária	Clofazimina: 5mg/Kg em dose mensal com administração supervisionada e 1mg/Kg auto administrada diária
<ol style="list-style-type: none"> Acompanhamento casos: Comparecimento mensal para dose supervisionada; Critério da alta por cura: No caso da PB concluído com 6 doses supervisionadas e no caso da MB concluído com 12 doses supervisionadas. Sendo que na última dose supervisionada deverão ser feitos exames dermatológicos, avaliação neurológica e grau de incapacidade; Pacientes MB sem melhora clínica são encaminhados às unidades de maior complexidade. 		

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.211-212).

Tratamentos alternativos são usados quando os pacientes apresentam alguma contraindicação às drogas padronizadas. Entre eles temos a ofloxacina e/ou monocíclica, já o ROM (Rifampicina 600mg, Ofloxacina 400mg, Minociclina 100mg) são utilizados apenas nos pacientes Paucibacilares, com lesão única e sem envolvimento dos troncos nervosos. Como em todo tratamento estas medicações podem desencadear efeitos adversos como: gastrointestinais, cutâneos, hepáticos, hematopoiéticos, anemia hemolítica, hepatite, dermatite esfoliativa, plaquetopenia, entre outras. (BRASIL, 2002, p.28-38; ARAÚJO, 2003, p. 381; LASTÓRIA e ABREU, 2012, p.177).

Brasil (2010, p.215) estabelece que são consideradas recidivas as situações em que os indivíduos apresentam sinais e sintomas da doença, cinco anos após a cura, desde que tenham feito o tratamento regular e completo. Nestes casos o tratamento deverá ser reiniciado, baseando-se na classificação PB ou MB.

2.8.2 Reações Hansênicas

De acordo com Brasil (2002, p.53-57), Brasil (2009, p. 4-11) e Brasil (2010 p.210-215) ao adquirir o *Mycobacterium Leprae*, o indivíduo passa por um longo processo em seu organismo até o momento do adoecimento, tudo isto acompanhado por respostas do sistema imunológico, que trabalha no sentido de exterminar o invasor. Nem sempre o organismo obtém sucesso. Neste momento a doença se instala e gera várias alterações que irão desencadear manifestações por meio de reações inflamatórias. Este processo é chamado de Estado Reacional, podendo ocorrer antes, durante ou após a hanseníase. A atenção nestes casos é necessária, pois a partir destas reações as lesões nos nervos e as incapacidades poderão ser originadas. Ressalta-se ainda que o diagnóstico é pelo exame físico, dermatológico e neurológico do paciente, sendo que a detecção destas reações não inviabilizam o tratamento.

Existem dois tipos de reações:

- **Reação tipo I ou Reação Reversa (RR):** caracterizada por novas lesões com ou sem espessamento, infiltrações, lesões antigas com alterações de cor, edema e neurite. Neste caso o indicado é o uso de prednisona 1 a 2 mg/Kg/dia, mantendo a PQT;
- **Reação tipo II ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH):** onde o próprio nome sugere a manifestação clínica mais frequente, além disso apresenta nódulos

subcutâneos dolorosos, dor nas articulações, mal estar generalizado, febre, presença ou não de espessamento e neurite. Nesta situação o indicado é a Talidomida de 100 a 400 mg/dia ou a Prednisona 1 a 2 mg/kg/dia.

Em conformidade com estas reações, foram desenvolvidas ações que direcionam o tratamento:

- Identificar o tipo de reação hansênica;
- Verificar se há comprometimento dos nervos, órgãos e sistemas;
- Verificar os efeitos adversos dos medicamentos usados para o tratamento da hanseníase;
- Introduzir medicações e cuidados para a prevenção de incapacidades;
- Encaminhar os casos graves a unidades internação hospitalar;
- Orientar quanto repouso membro afetado.

2.8.3 Reabilitação física e psicossocial

Após um longo tratamento medicamentoso, muitos pacientes poderão precisar de reabilitação, seja ela física ou psíquica, buscando assim o retorno a sua rotina. Grande parte das pessoas ignora esta necessidade, gerando assim a responsabilidade no profissional de saúde, que deverá facilitar estas informações. Assim, a OMS em parceria com o Governo Federal, alerta quanto à necessidade dos profissionais em saúde estarem atualizados quanto aos recursos disponíveis que amparem a reabilitação destes pacientes.

Os profissionais de saúde talvez não tenham tempo ou capacitação para se envolverem com as atividades de reabilitação. Entretanto, devem ser capazes de identificar problemas físicos, funcionais ou socioeconômicos resultantes das incapacidades, ter informações sobre os serviços de reabilitação disponíveis, e sobre como encaminhar as pessoas a esses serviços. Os profissionais de saúde têm que desempenhar um papel de advocacia para assegurar que aqueles afetados pela hanseníase tenham acesso aos serviços de saúde, incluindo unidades de reabilitação, da mesma forma que outras pessoas. (OMS, 2010, p.47).

De encontro a estas necessidades, os profissionais de saúde devem considerar a precariedade econômica da comunidade e a perspectiva do tratamento ser prejudicado. Faz-se necessária a busca de soluções que viabilizem a continuação do tratamento.

Baseada nesta preocupação, a OMS (2010, p.49-50), criou uma estratégia chamada Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), visando a reabilitação do paciente dentro da própria comunidade, onde os moradores, os profissionais de saúde, as ações governamentais e não governamentais, têm que estar em sintonia para colaborar de forma efetiva no tratamento do paciente. A prioridade do RBC é desenvolver um plano nacional de reabilitação, que aborde as reais necessidades da comunidade e esteja envolvido com parceiros relevantes. Esse plano deve estabelecer uma rede de serviços e desenvolver suas capacidades, além de introduzir técnicas e capacitar as habilidades dos familiares e pacientes, envolvendo-os nas tomadas de decisões.

2.9 Profilaxia

O envolvimento da equipe de saúde com a comunidade é um importante fator que contribuíra para a prevenção da doença e a busca ativa aos portadores. A educação em saúde pode ser decisiva nesta jornada.

Araújo (2003, p.382), relata que a aplicação da BCG por via intradérmica será apenas para os contatos intradomiciliares, que conviveram por no mínimo cinco anos com o doente.

Todo o contexto assistencial, vivido por de um paciente portador de hanseníase, desenvolve-se basicamente na UBS, onde será acolhido, diagnosticado e terá seu tratamento assistido. A partir do conhecimento etiológico da doença, o profissional enfermeiro terá condições de prestar assistência a este indivíduo. Sua atuação na assistência básica será descrita no capítulo seguinte.

3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE HANSENÍASE

O profissional enfermeiro atua de forma dinâmica no universo da saúde pública, seja na UBS ou ESF. Seu campo de atuação abrange várias competências, buscando neste contexto oportunizar um atendimento humanizado na comunidade.

Acerca destas responsabilidades, está o amplo universo da hanseníase abarcando desde a busca ativa de doentes até a reabilitação e reinserção do indivíduo na sociedade.

Em conformidade às políticas públicas, o enfermeiro procura desenvolver ações que possibilitem o funcionamento adequado das UBSs, uma vez que grande parte dos planejamentos quanto à hanseníase, são elaborados previamente pelo governo. Cabe ao enfermeiro adequá-los a realidade da comunidade onde ele está inserido.

3.1 Hanseníase na atualidade

A hanseníase permanece no cenário brasileiro gerando preocupação para a saúde pública, seu poder incapacitante é um fator relevante que determinará o futuro social e produtivo deste paciente. Assim, o Governo Federal elaborou um Plano Integrado de Ações Estratégicas⁹, intensificando as diretrizes para o combate a hanseníase.

A estratégia para a redução da carga e hanseníase para alcance da meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. [...] Para intensificação e fortalecimento da vigilância em hanseníase, é fundamental que os registros dos casos diagnosticados e em tratamento sejam atualizados rotineiramente. A vigilância epidemiológica em hanseníase envolve a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos e seus contatos. (BRASIL, 2010, p.15-16).

O êxito deste plano está principalmente relacionado às UBSs, onde a busca ativa gerenciada pelo enfermeiro, é responsabilidade de toda a equipe e o comprometimento de cada colaborador torna-se necessário.

3.2 Políticas atualizadas no combate a hanseníase

⁹ Plano Integrado de Ações Estratégicas foi lançado em 2012 pelo Ministério da Saúde onde busca sintetizar um compromisso político e institucional na redução da carga das doenças em eliminação, otimizando o uso dos recursos disponíveis e a busca ativa de casos e tratamento (BRASIL, 2012, P.13-18).

Para OMS (2010, p.8), a diminuição significativa em números de casos de hanseníase nos últimos anos, vai de encontro aos esforços de vários países, porém, a doença continua no cenário mundial. Para que este trabalho não seja perdido e possa melhorar em qualidade, foi criada A Estratégia Global Aprimorada para Redução da Carga da Hanseníase por meio das Diretrizes Operacionais Atualizadas que objetivam levar informações práticas para o campo de trabalho, principalmente nas UBSs.

O mesmo autor relata que a prevalência da hanseníase pode ser identificada por meio da incidência da doença, onde casos novos são reconhecidos e outros não. Ao longo dos anos, a duração do tratamento diminuiu e conseqüentemente o número de pacientes também. Entretanto, este quadro vem sendo revertido e gera preocupações quanto à saúde pública e as incapacidades advindas da doença.

A redução da carga da hanseníase se faz necessária, para que isto ocorra o governo propõe alguns objetivos como: abranger a detecção precoce de novos casos, fazer o diagnóstico de incapacidades, aprimorar o tratamento da doença e o tratamento das reações hanseníacas, reabilitar e fornecer um cuidado humanizado e indiscriminado (OMS, 2010, p. 1-4).

3.3 Atuação do Enfermeiro nas UBS em relação à hanseníase

O enfermeiro contribui de forma significativa em todo o processo de desenvolvimento da doença, desde o diagnóstico até a cura e reabilitação. O conhecimento atualizado, bem como as estratégias propostas pelo governo corroboram em um cuidado humanizado e de qualidade para o paciente.

3.3.1 Consulta de Enfermagem

Bazzo e Mendonça (2013, p.53-63) relatam que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 1933, por meio de uma resolução de número 159, estabelece a obrigatoriedade em realizar a consulta de enfermagem em instituição pública ou privada. O objetivo é o registro da coleta de dados e do diagnóstico de enfermagem, além da sistematização e implementação do cuidado e avaliação dos resultados.

Para Brasil (2008, p.98-99) a consulta de enfermagem é dividida em:

- a. Acolhimento;
- b. Histórico do paciente, baseado em entrevista;
- c. Exame físico;
- d. Solicitação de exames se for necessário, dentro do protocolo e normativas do gestor municipal;
- e. Diagnóstico de enfermagem;
- f. Prescrição baseada no protocolo ou normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal e conforme disposições legais da profissão;
- g. Evolução de enfermagem.

A consulta de enfermagem bem elaborada contribui para aproximar e gerar confiança entre o profissional enfermeiro, o paciente e sua família, contribuindo para a sua atuação na comunidade. Para os pacientes hansênicos este entrosamento representa ainda mais possibilidades, como a avaliação dermatoneurológica e buscando possíveis casos de incapacidades físicas, lesões na pele e sinais de recidivas.

3.3.2 Notificação

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória no Brasil, os casos identificados, deverão ser notificados e investigados, seu registro é feito a partir da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme anexo de número 1. Posteriormente enviado ao órgão de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2008, p.17).

Nas instituições de saúde, onde há a presença do enfermeiro, compete a ele esta notificação.

3.3.3 Informativos epidemiológicos

Para Brasil (2008, p.98), o enfermeiro coleta os dados, averigua alterações apresentadas pelo paciente, bem como suas queixas, sendo responsável pelo registro em prontuário e alimentação dos dados epidemiológicos, por meio de formulário, aos setores competentes.

A partir destas medidas, gera subsídio para acolher os portadores de hanseníase e oferecer-lhes o tratamento adequado.

3.3.4 Acompanhamento dos casos

Após a constatação da hanseníase, o enfermeiro tem a responsabilidade de acompanhar o tratamento, orientar a administração das medicações, bem como supervisionar mensalmente as doses assistidas da PQT e realizar o exame dermatoneurológico, assegurando o tratamento correto e a prevenção das incapacidades físicas. Quanto aos curativos, o enfermeiro deve realizar ou supervisionar e orientar os técnicos de enfermagem.

Além destas atribuições, o enfermeiro deve relatar, por meio do Boletim de Acompanhamento de Casos/SINAM, toda a evolução do paciente como consultas, medicações, prevenção de incapacidades, número de contatos examinados, alta, entre outras informações relevantes (BRASIL, 2008, p.93).

3.3.5 Busca ativa entre contatos intradomiciliares

A busca ativa deve ser uma rotina das UBSs e ESFs. Ao identificar uma pessoa com hanseníase, o enfermeiro é responsável por buscar entre os contatos daquele indivíduo possíveis doentes e, se necessário, introduzir medidas de prevenção quanto ao desenvolvimento da doença.

Para Brasil (2008, p. 93-94), qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o paciente nos últimos cinco anos, é considerado contato intradomiciliar. Desta forma, o exame dermatoneurológico deverá ser feito em todos os contatos, bem como orientá-los quanto ao período de incubação e os sinais e sintomas, atentando quanto à necessidade de aplicar a BCG como medida de prevenção.

3.3.6 Incapacidades físicas

O exame dermatoneurológico é de grande importância para sustentar o diagnóstico de hanseníase. Ao avaliar o paciente por meio da inspeção, palpação e percussão, o enfermeiro deve relatar todas as alterações referentes às áreas anestésicas, acuidade visual e força muscular palpebral, estrutura e funcionalidade do nariz. Em relação aos membros superiores, a atenção deve ser acentuada quanto aos nervos ulnar e radial e nos membros inferiores quanto aos nervos tibial e fibular. Tanto no primeiro quanto no segundo se faz necessário avaliar a força e a sensibilidade. Este exame é relevante no diagnóstico do grau de incapacidade, podendo ser realizado pelo enfermeiro ou pelo médico. Sua classificação é pontuada de zero a dois, onde: zero demonstra que não há problemas devido a hanseníase; o

um indica perda da sensibilidade dos olhos e perda ou diminuição da sensibilidade das mãos e; o dois indica acuidade visual diminuída, mãos e pés com lesões traumáticas, em garra, reabsorção e mãos e pés caídos, além da contratura do tornozelo. (MINAS GERAIS, 2006, p. 41; BRASIL, 2008, p.74-81).

Para Sobrinho *et all* (2007, s.p.)

A capacitação da equipe de saúde na avaliação do grau de incapacidades deve ser direcionada, principalmente, a profissionais da rede básica de saúde [...] a aplicação de técnicas básicas para a prevenção de incapacidades é primordial nas unidades básicas de saúde, devido a sua ampla rede no território nacional, sendo importantes armas para o combate a principal causa do estigma social da doença. A ausência de capacitação técnica da equipe de saúde pode ser uma das causas de falhas na suspeição da hanseníase, no acompanhamento de efeitos adversos e na realização de exames complementares [...]

O acompanhamento efetivo durante o tratamento, avaliado pelo enfermeiro ou pelo médico capacitados, aumenta as expectativas de redução da carga de hanseníase e, por outro lado, gera a oportunidade de orientar e incentivar o autocuidado.

3.3.7 Prevenção incapacidades

As incapacidades físicas geram aos pacientes limitações que poderão comprometer definitivamente sua vida social, econômica e familiar, levando a insegurança e a auto-exclusão na comunidade.

A procura por sinais geradores de incapacidades faz parte da vigilância constante do profissional de saúde, seja o enfermeiro ou o médico, que acompanham os casos, onde a identificação prematura desta situação resultará em benefícios futuros para o paciente.

Esta avaliação deve ser feita no momento do diagnóstico, no início do tratamento. E também a cada três meses, no acompanhamento dos pacientes em uso de medicamentos ou com queixas de dores ou incômodos nos nervos e também no momento da alta. A importância do tratamento regular e completo tende a evitar estas incapacidades (BRASIL, 2002, p.42; BRASIL, 2009, p.15; BRASIL, 2010, p.217; MINAS GERAIS, 2006, p.41).

A prevenção das incapacidades é uma medida necessária e importante para reinserir o paciente na sociedade após a cura, sendo o enfermeiro um importante colaborador. Para Brasil (2008, p. 87), o diagnóstico e o tratamento precoces são fatores contribuintes nesta situação. Além disso, as consultas de enfermagem aos pacientes nas UBSs oportunizam a

avaliação e aplicação dos testes dermatoneurológicos e buscam sinais de incapacidades, além de viabilizar orientações quanto ao autocuidado.

Nardi *et all* (2005, p. 165), relata que:

Os pacientes que chegam sem qualquer tipo de incapacidades, que são monitorados e orientados durante todo o tratamento, têm uma grande chance de evitar o aparecimento de incapacidades quando realizam as ações propostas pelos profissionais que o acompanham. Pacientes que chegam ao serviço com diagnóstico tardio; em muitos casos apresentam lesões irreversíveis. Nestas, as medidas preventivas evitam o agravamento de danos decorrentes da lesão estabelecida e danos posteriores.

A oportunidade de o enfermeiro avaliar e orientar são apresentadas a cada consulta mensal. O acolhimento deste paciente contribui para sua adesão ao tratamento e gera credibilidade quanto às orientações feitas pela equipe de saúde.

3.3.8 Orientações quanto ao autocuidado

Segundo Brasil (2002, p.43-49), o autocuidado representa procedimentos auto realizados e exercícios adequados com o intuito de prevenir as incapacidades e deformidades desencadeadas pela doença, porém só poderão ser realizados após orientação e supervisão da equipe de saúde capacitada.

Pessoas com hanseníase que não são devidamente avaliadas ou orientadas podem desenvolver sequelas geradoras de incapacidades. Com o emprego destes procedimentos se objetiva evitar as incapacidades físicas, além de gerar boas expectativas quanto ao retorno social e econômico dos pacientes após a alta.

Para Brasil (2008, p 87-91), o autocuidado deverá ser realizado pelo paciente em seu domicílio desde que seja orientado e capacitado pelos profissionais de saúde das UBSs. Para a efetivação destas manobras, o SUS disponibiliza alguns medicamentos como colírio para reposição de lágrima, soro fisiológico para o ressecamento do nariz, óleo com ácidos graxos essenciais e creme com ureia a 10 % para lubrificar e hidratar a pele. Na oportunidade de uma visita domiciliar, o enfermeiro poderá acompanhar de perto a aplicação destes cuidados e, se necessário, reorientar o paciente e sua família.

Ao avaliar o doente, cada queixa deve ser valorizada e investigada, indicando um autocuidado, conforme a necessidade e a classificação do grau de incapacidade.

3.3.9 Supervisão quanto aos medicamentos

O tratamento da hanseníase é ambulatorial e custeado pelo SUS, as UBSs são responsáveis pela distribuição e controle da PQT, na maioria dos municípios. O enfermeiro é responsável pelo estoque de medicamentos, gerenciando os pedidos de medicações feitos em formulários próprios, que são encaminhados às unidades complexas de distribuição. Além disso, o enfermeiro é responsável por administrar a dose mensal supervisionada (BRASIL, 2008, p. 99).

3.3.10 Coordenação e orientação

Para Brasil (2008, p.98-99), o enfermeiro deve coordenar a sua equipe, capacitando e avaliando as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como orientar os Técnicos de Enfermagem (TE) para o acompanhamento dos pacientes em tratamento.

O cuidado oferecido aos pacientes em tratamento de hanseníase é, em grande parte, responsabilidade do enfermeiro. Assim, o bom direcionamento da equipe de enfermagem contribuirá para a cura do paciente.

3.3.11 Educação e planejamento

Projetos que envolvam muitas pessoas, como equipe de trabalho e população requerem um bom planejamento. Desta forma o enfermeiro deve traçar objetivos, planejando a forma de alcançá-los com o apoio de toda a equipe.

Em se tratando de saúde pública, a educação deve ser uma constante, principalmente quanto à hanseníase. Os profissionais devem orientar quanto à prevenção, tratamento, prevenção de incapacidades, efeitos adversos medicamentos e, principalmente, o estigma que a doença traz. Esta tarefa pode ser desenvolvida em escolas, associações de moradores, conselhos de saúde, entre outros locais frequentados pela maioria da comunidade (BRASIL, 2008, p.99).

O enfermeiro é uma peça fundamental no controle e combate a hanseníase, a partir deste profissional, a UBS se revigora desenvolvendo um trabalho de apoio à saúde da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase permanece presente nas mais variadas culturas, a partir deste estudo foram identificadas as diversas dificuldades quanto ao preconceito e estigma em torno dessa doença. Por milênios, pessoas foram incompreendidas e julgadas pelas chagas apresentadas em seus corpos, repudiando qualquer pessoa por onde passavam.

Com o decorrer dos séculos, muitas ações foram empreendidas quanto a exterminação da doença, como isolamentos, colônias, tratamentos dos mais variados, o que não logrou em total êxito.

A presença da hanseníase, ainda é um fator preocupante para as autoridades governamentais, que preocupados investem em ações nas Unidades Básicas de Saúde, como medidas de prevenção, controle e tratamento da doença.

Atualmente, o Brasil encontra-se em acordo com a Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de reestruturar a assistência básica recapacitando e implantando novas medidas que intensificarão as ações no controle da disseminação da hanseníase.

O preconceito ainda está presente, os próprios doentes temem a exposição, o que dificulta a descoberta e tratamento de novos casos, impedindo medidas de controle eficaz.

Hoje, o Sistema Único de Saúde oferece o tratamento assistencial em diferentes níveis de complexidade. O paciente diagnosticado com hanseníase tem acesso imediato as medicações, o que contribui efetivamente para evitar a disseminação da doença e possíveis incapacidades físicas.

A equipe multiprofissional da assistência básica é de grande importância neste contexto, gerenciada pelo enfermeiro, tem a responsabilidade de identificar e acompanhar os pacientes com hanseníase desde o diagnóstico até a cura.

Esse trabalho buscou evidenciar a importância do enfermeiro na complexidade em torno do acompanhamento e tratamento da hanseníase. É importante salientar que, o seu bom desempenho e envolvimento, contribuem positivamente para redução da patologia.

Com ajuda dos estudos empreendidos pela literatura, compreendeu-se o caráter essencial do enfermeiro junto as intervenções quanto à hanseníase, considera-se indispensável a sua gerencia para o desenvolvimento de projetos e ações relevantes neste contexto.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcelo Grossi. *Hanseníase no Brasil*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol. 36. Nº3. Uberaba. 2003. 10p. ISSN 0037-8682. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010> acesso em: 02 agosto 2014.

BAZZO, Dineusa; MENDONÇA, Fernanda de Freitas. Percepções da consulta de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros e usuários de uma unidade básica de saúde. *SaBios: Revista de Saúde e Biologia*. Campo Mourão, v. 8, n. 1, p.53-61, jan./abril 2013. Disponível em: < <http://www.revista.grupointegrado.br/sabios/> > acesso em: 05 de setembro de 2014.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. *Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na 'descoberta' do bacilo da lepra*. História, Ciência e Saúde-Manguinhos vol.19 no. 3. Rio de Janeiro. Julho/Setembro. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000300003> acesso em: 15 setembro de 2014.

BÍBLIA, sagrada. 3ª edição. Rio de Janeiro: Imprensa Bíblica Brasileira, 1988. BRASIL.

BOYER, Carl B. *A história da Matemática*. Tradução de Elza F. Gomide. 2ª edição. São Paulo: Edgard Blucher, 2003. Disponível em: <http://www.cursointerseccao.com.br/resumos/a_historia_da_matematica.pdf> acesso em 07 de setembro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 165 de 14 de maio de 1976*. Política de Controle da Hanseníase. 1976. Disponível em: <<http://goo.gl/ai6nby>> acesso em: 15 outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para o controle da Hanseníase*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 3ªed. Brasília. 2002. 89 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenise.pdf > acesso em: 18 de julho 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. *Vigilância em saúde, dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2 ed. rev. Brasília. 2008. 195p. Disponível em: <http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_21_vigilancia_saude_dengue_esquistossomose_hansen%C3%ADase_mal%C3%A1ria_tracoma_tuberculose.pdf> acesso em: 02 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7ªed. Caderno 7 Brasília. 2009. 816p. ISBN 978-85-334-1632-1. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/nveh/pdf/Guia_VigEpd_7ed.pdf > acesso em: 20 julho 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8ªed. rev. Brasília. 2010. 444p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf> acesso em: 22 julho 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. *Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases*. Plano de ação 2011-2015. 2012 (p. 13-18). Disponível em: <<http://goo.gl/HiZq8X>> acesso em: 02 setembro 2013.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. *Bogliolo Patologia*. 8ªed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan. 2012.1492 p. ISBN 978-85-277-1762-5.

CABRAL, Dilma. *Saem os debilitantes, entram os reconstituintes: a terapêutica da lepra no século XIX*. In: Simpósio Nacional de História. Anais do XXIV Simpósio Nacional de História – História e multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos. São Leopoldo, RS: Unisinos, 2007. Disponível em:

<<http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S24.0423.pdf>> , acesso em 15 setembro de 2014.

CRESPI, Giovanni. *São Francisco e um Leproso*. 1630. Figura 2. Pinacoteca de Brera. Milão. Disponível em: <<http://goo.gl/DQo9ZU>> acesso em: 15 outubro de 2013.

CUNHA, Ana Zoé Schilling da. *Hanseníase: A História de Um Problema de Saúde Pública*. Santa Cruz do Sul: UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul – 1997. Disponível em: <<http://goo.gl/pXhbDD>>acesso em: agosto de 2013.

DAMASCO, Mariana Santos. *História e Memória da Hanseníase no Brasil do século XX: o Olhar e a Voz do Paciente*. Rio de Janeiro: Departamento de História da PUC-Rio – 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/hhoQhb>> acesso em setembro de 2013.

LASTORIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. *Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento*. Biblioteca Virtual da Saúde-BVS -Universidade Estadual Paulista-Botucatu; Hospital Regional e Universidade do Oeste Paulista-Presidente Prudente. 2012. 7p. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>> acesso em: 29 de julho de 2014.

MACIEL, Roseli Martins Tristão. Os Estigmas Religiosos Lançados à Lepra e aos Leprosos. *Revista Plurais – Virtual*. Anápolis: v. 3, n. 1, 2013. Edição Especial – ISSN: 2238-3751. Disponível em: <<http://goo.gl/H3ecnB>> acesso em 05 de setembro de 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Saúde em Casa*. Atenção à Saúde do Adulto: hanseníase. 1ªed. Belo Horizonte. 2006. 62p. Disponível em: 2014

NARDI, Susilene Maria Tonelli; PASCHOAL, Vânia Del’ Arco; ZANETTA, Dirce Maria Trevisan. *Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas*

durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. Portal de Revistas – SES, vol.30, n.2, Bauru, 2005 p.157-166. ISSN 1982-5161. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612005000200002&lng=pt&nrm=iso>, acesso em: 10 agosto de 2014.

OMS-Organização Mundial da Saúde. *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015*: Diretrizes Operacionais (atualizadas). Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2010. 86p. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/210018108/Hanseníase-LIVRO-GLP-GLP-2009-4-versaoWEB>> acesso em: 30 julho 2014.

QUEIROZ, Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p. ISBN 85-85676-33-7. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://goo.gl/L0fZFP>> acesso em: 05 setembro 2013.

RAMIREZ, Ariete; MELÃO, Roberta. Hanseníase. In: BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; GAMBA, Mônica Antar (Orgs.). *Enfermagem e saúde do adulto*. Barueri-SP: Manole, 2006. p. 201-214.

SANTOS, Andréia Soprani dos; CASTRO, Denise Silveira de; FALQUETO, Aloísio. Fatores de Risco para a Transmissão da Hanseníase. *REBEn-Revista Brasileira de Enfermagem*, v.61, p. 738-743. Brasília. 2008. ISSN 0034-7167. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf> > acesso em: 05 agosto de 2014.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antônio Carlos. *O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprotica*. História, Ciência e Saúde-Manguinhos vol.15 no. 1. Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008. Disponível em:

<<file:///G:/MONOGRAFIA/Artigo%20hanseníase/%C3%B6leo%20de%20chaulmoogra.ht>> acesso em: 05 novembro de 2013.

SOBRINHO, Reinaldo Antônio da Silva; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; GOMES, Eunice Alves; LINCOLN, Patrícia Barbosa. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.15, n.6, s.p., novembro/dezembro 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600011&script=sci_arttext&tlng=pt > acesso em 07 setembro de 2014.

Universidad Autónoma de Guadalajara. (S.d.). Tela "*El Tullido con Lepra*". Pintor desconhecido do círculo de Konrad Witz, 1450. Disponível em:

<<http://campusdigital.uag.mx/academia/27/infecto/galeria.htm>>.

Acesso: 15 novembro 2013.

WHO-World Health Organization. *Global leprosy situation 2010*. Weekly epidemiological record. Switzerland, n. 35, p. 337-348, agosto 2010. ISSN 0049-8114. Disponível em:

<<http://www.who.int/wer/2010/wer8535.pdf> >. Acesso em 7 de novembro de 2014.

ANEXO 1

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação							
	HANSENÍASE		A 3 0. 9									
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação								
					Código (IBGE)							
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico							
Dados de Residência	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento						
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor						
	14 Escolaridade		0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-3ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica									
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe								
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito				
Dados Complementares do Caso	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código					
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1					
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP				
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	País (se residente fora do Brasil)				
	31	Nº do Prontuário		32 Ocupação								
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica		35	Classificação Operacional		36	Nº de Nervos afetados	
			1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB							
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado											
	38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado											
Dados Lab.	39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado											
	40 Baciloscopia 1, Positiva 2, Negativa 3, Não realizada 9, Ignorado											
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento											
	42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos											
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados											
Observações adicionais:												
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Código da Unid. de Saúde					
	Nome				Função		Assinatura					
	Hanseníase				Sinan NET		SVS 30/10/2007					