

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A IDENTIFICAÇÃO  
PRECOCE E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA**

*AN INTERVENTION PROPOSAL FOR EARLY IDENTIFICATION AND  
MONITORING OF LEPROSY CASES IN A BASIC HEALTH UNIT IN THE CITY  
OF CAXIAS-MA*

*Thiago Fontenelle Matias<sup>1</sup>*

*Ione Maria Ribeiro Soares Lopes<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde do município de Caxias-MA. E-mail: *fontenellethiago@gmail.com*

<sup>2</sup>Orientadora: Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Departamento Materno-Infantil, UFPI. Endereço para contato: Rua Desembargador Pires de Castro, 260-centro Contato: (86) 3221-6319. E-mail: *ione.gin@hotmail.com*

## **RESUMO**

**Introdução:** um dos problemas que mais despertou a atenção para o desenvolvimento desta intervenção foi a quantidade elevada de casos de hanseníase, casos estes que havia pouca detecção em anos anteriores. **Objetivo:** elaborar uma proposta de intervenção para a identificação precoce e acompanhamento dos casos de hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Caxias-MA. **Metodologia:** trata-se de uma proposta de intervenção que terá início com a capacitação sobre hanseníase para a equipe multiprofissional. Com a finalidade de cadastrar e acompanhar os casos de pacientes com hanseníase, nas consultas médicas e de enfermagem será realizada uma avaliação, agendamento de visita domiciliar ou consulta dos contatos, bem como será instituído o tratamento indicado e acompanhamento mensal. A cada 15 dias serão realizadas palestras sobre a temática. Essas ações educativas serão realizadas na própria UBS em dia e horário pré-estabelecidos. Os agentes comunitários de saúde ficarão responsáveis por informar a comunidade e estimular a participação dos mesmos. Ficarão responsáveis pelas palestras a enfermeira, o médico e a psicóloga do núcleo de atenção em saúde da família. Nessas ações educativas, esses profissionais irão decidir qual recurso audiovisual irão utilizar, assim como informativos e outros materiais de suporte. **Conclusão:** espera-se com esse projeto que haja diminuição da curva de prevalência dos casos de hanseníase, pois desenvolvendo as ações de promoção da saúde nesse seguimento, sejam úteis para alertar a população das formas de prevenção desta doença e sobre os sinais e sintomas de alerta para sua ocorrência.

**Palavra-chave:** Hanseníase. Promoção da Saúde. Atenção Básica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** one of the problems that most attracted attention to the development of this intervention was the high number of leprosy cases, cases that had little detection in previous years. **Objective:** to elaborate an intervention proposal for the early identification and monitoring of leprosy cases in a Basic Health Unit (UBS) in the city of Caxias-MA. **Methodology:** this is an intervention proposal that will start with the training on leprosy for the multiprofessional team. In order to register and monitor the cases of leprosy patients, in medical and nursing consultations an evaluation, home visit scheduling or consultation of contacts will be carried out, as well as the indicated treatment and monthly monitoring will be instituted. Lectures on the theme will be held every 15 days. These educational actions will be carried out at the UBS in a pre-established day and time. Community health workers will be responsible for informing the community and encouraging their participation. The infirmary, the doctor and the psychologist of the family health care unit will be responsible for the lectures. In these educational actions, these professionals will decide which audiovisual resource they will use, as well as information and other support materials. **Conclusion:** it is hoped with this project that there will be a reduction in the prevalence curve of leprosy cases, since by developing health promotion actions in this segment, they will be useful to alert the population of the ways of preventing this disease and of the signs and symptoms alert for its occurrence.

**Keyword:** Hansen's disease. Health Promotion. Primary Care.

## INTRODUÇÃO

O Município de Caxias – MA possui uma população de 164.880 habitantes, disponibiliza uma rede de saúde constituída por 56 postos de saúde, com 65 equipes de saúde da família que se distribuem pela zona rural e urbana da cidade, um Centro Especializado em Odontologia (CEO), três Centro de Atenção Psicossocial, quatro Centros de Atenção de Assistência Social (CRAS), dois Centro de Referência Especializado de Assistência em Saúde (CREAS), três Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), um hospital de pequeno médio porte, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Também possui um Centro de testagem e aconselhamento (CTA).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio fica localizada em zona rural deste município e será alvo da intervenção, sendo responsável por 628 famílias e 2.064 pessoas. A equipe é constituída por dois enfermeiros, uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, duas técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de higiene bucal e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estrutura física conta com uma recepção, um serviço de arquivo médico e estatístico (SAME), uma cozinha, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma despensa, uma área ampla que serve para eventos e reuniões, e uma pequena sala onde ficam materiais de primeiros socorros, maca e nebulizador, uma sala de vacina e uma farmácia.

Possui também um banheiro pra os funcionários e dois para os usuários, sendo um masculino e o outro feminino.

A UBS em uma área de pobre, em processo de urbanização, áreas em processo de saneamento e pavimentação, com terrenos baldios. Seus moradores possui como principal fonte de renda a extração do babaçu e o comércio de produtos naturais provenientes do plantio próprio, onde os mesmos comercializam o excesso após retirar o que será utilizado para consumo próprio.

Um dos problemas que mais despertou a atenção para o desenvolvimento desta intervenção foi a quantidade elevada de casos de hanseníase, casos estes que havia pouca detecção em anos anteriores, porém diagnosticados no ano de 2019. Nesse cenário da UBS Santo Antônio, torna-se relevante este estudo, visto que ações de promoção da saúde podem contribuir para diminuir a ocorrência de novos casos e/ou reincidias da doença.

Dessa maneira, ações que busquem detectar o maior número de pacientes bacilíferos disseminadores da doença e iniciar tratamento adequado, além do manejo dos contatos com a vacina de BCG são mais úteis para o seu controle. Pois, dentro de uma curva de incidência do número de casos diagnosticados melhoraria sua detecção pela avaliação dos casos suspeitos, com isso seria possível diminuir a curva de prevalência dos casos de hanseníase.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete principalmente pele e/ou nervos periféricos. Essa doença pode afetar praticamente todos os órgãos e sistemas em que existam macrófagos, exceto o sistema nervoso central. Sua evolução é crônica e pode apresentar períodos de agudização, que são denominadas reações. É potencialmente incapacitante e, embora curável, seu diagnóstico causa grande impacto psicossocial, pelos preconceitos e estigmas que a envolvem desde a antiguidade (AZULAY, 2015).

O *Mycobacterium leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente com forma de bastonete. É um parasita intracelular obrigatório de macrófagos e apresenta tropismo pelas células de Schwann. É uma espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos. Esse bacilo não cresce em meios de cultura artificiais (in vitro). O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *M. leprae* (AZULAY, 2015; BRASIL, 2014).

Essa patologia é uma das mais antigas que acomete o homem, com referências mais remotas que datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença. A melhoria das condições de vida

e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente seu quadro, que atualmente tem tratamento e cura. No Brasil, cerca de 47.000 casos novos são detectados a cada ano (BRASIL, 2014).

A hanseníase é uma doença que precisa ser enfrentada como qualquer outra patologia curável e o preconceito histórico deve ser desvinculado desse agravo. É possível a erradicação do bacilo, desde que haja a desmistificação do preconceito que rodeia esta moléstia. A fim de minimizar o preconceito em relação à hanseníase e melhorar a aceitação da pessoa ao diagnóstico e tratamento é necessário investir na educação e divulgação de informações que sejam capazes de conscientizar as pessoas sobre a doença (ARRUDA, 2016).

Dessa forma, promover o conhecimento claro e acessível a toda sociedade é essencial para que seja possível a compreensão de que a doença tem cura, não havendo a necessidade do medo, eliminando os danos emocionais e facilitando o tratamento (ARRUDA, 2016).

Os dados sobre a realidade da Hanseníase no Brasil indicam que "a incidência ainda é alta" (1,85 por 10.000 habitantes), com associação entre municipalidades com características socioeconômicas mais pobres e incidências mais elevadas. A nível internacional, o quadro também é preocupante, pois de acordo com os relatos oficiais internacionais, ainda em torno de vinte nações no mundo acusam mais de mil casos anuais, resultando, globalmente, prevalência de 189.018 doentes e a incidência de 232.857, o que vale dizer mais 6.231 casos novos que no ano anterior (GONÇALVEZ *et al.*, 2014).

O município de Teresina possui o maior número de casos de hanseníase notificados em todo o estado do Piauí, porém os demais municípios também possuem números expressivos. Vários estudos relataram a detecção tardia de diagnóstico em pacientes com grau II de incapacidade, o elevado número de casos em menores de 15 anos e a distribuição espacial da hanseníase, que está concentrada em bairros mais antigos da capital (BONA *et al.*, 2015).

Portanto, o objetivo geral será elaborar uma proposta de intervenção para a identificação precoce e acompanhamento dos casos de hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Caxias-MA, e como objetivos específicos : capacitar e estimular a equipe de saúde para a identificação precoce de casos de hanseníase; cadastrar e acompanhar os pacientes com hanseníase até a conclusão do tratamento; realizar ações educativas com os pacientes com hanseníase e seus familiares.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma proposta de intervenção para a identificação precoce e acompanhamento dos casos de hanseníase em uma unidade básica de saúde do Município de Caxias-MA. Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, esse projeto de intervenção terá início com a capacitação sobre hanseníase para a equipe multiprofissional.

Essa capacitação será realizada pelo médico, durante duas semanas. Ela correrá em duas sextas-feiras, com duração de quatro horas cada encontro. Como material didático será utilizado o Manual do Ministério da Saúde sobre o Acompanhamento de pacientes com hanseníase na atenção básica.

Após o término da capacitação será agendado com a equipe da UBS um terceiro encontro para repassar os objetivos, metas e as responsabilidades durante a execução da intervenção. Desta forma, ficará sob responsabilidade dos ACS realizar visita domiciliar para informar aos pacientes a importância de estar com seu tratamento regular e irão realizar buscas dos contatos dos casos confirmados e suspeitos de hanseníase. A enfermeira realizará o monitoramento e avaliação das ações programadas, no intuito de corrigir as possíveis falhas no decorrer da intervenção.

Com a finalidade de cadastrar e acompanhar os casos de pacientes com hanseníase, nas consultas médicas e de enfermagem será realizada avaliação dos mesmos, agendada visita domiciliar ou consulta dos contatos, bem como será instituído o tratamento indicado e acompanhado mensalmente.

A cada 15 dias serão realizadas palestras sobre os seguintes temas: sinais e sintomas da hanseníase, tratamento medicamentoso, importância da consulta médica e de enfermagem para a identificação da doença. Essas ações educativas serão realizadas na própria UBS em dia e horário pré-estabelecidos. Os ACS ficarão responsáveis por informar a comunidade e estimular a participação dos mesmos. Ficarão responsáveis pelas palestras a enfermeira, o médico e a psicóloga do NASF. Nessas ações educativas, esses profissionais irão decidir qual recurso audiovisual irá utilizar, assim como informativos e outros materiais de suporte.

**PLANO OPERATIVO:**

<b>SITUAÇÃO PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESP.</b>
Quantidade elevada de casos de hanseníase e ausência de ações programadas	Capacitar e estimular a equipe de saúde para identificar os casos de hanseníase de forma precoce	Capacitar 100% da equipe de saúde/ duas semanas	Durante duas semanas a equipe receberá uma capacitação sobre hanseníase que será realizada pelo médico.	1-Médico
	Cadastrar e acompanhar os pacientes com hanseníase até a conclusão do tratamento	Realizar busca de 100% dos pacientes com o diagnóstico confirmado e suspeito de hanseníase, assim como os seus contatos/ 3 meses	Os ACS irão fazer visita domiciliar para informar aos pacientes a importância de estar com seu tratamento regular e irão buscar os contatos. A psicóloga irá identificar os fatores de abandono do tratamento.	1-ACS 2-Enfermeira 3-Psicóloga (NASF)
	Desenvolver ações educativas junto aos pacientes com hanseníase e seus contatos, bem como convidar a comunidade em geral.	Divulgar informações orientações a respeito da importância do tratamento medicamentoso, dos sinais e sintomas a 100% dos participantes/ 3 meses;	Ações educativas na própria UBS, com intervalo de 15 dias. Durante as consultas os pacientes também receberão orientações e os contatos serão estimulados a participar. Os pacientes também serão orientados sobre o déficit motores e reabilitação.	1-Médico 2-Enfermeira  Equipe do NASF: 1-Psicóloga. 2-Fisioterapeuta

**DISCUSSÃO****CARACTERÍSTICAS GERAIS DA HANSENÍASE**

Em 2016, foram notificados 25.218 casos novos no País, o que equivale a uma taxa de detecção de 12,2/100 mil habitantes. No ano de 2008, havia uma prevalência geral de 2,06 casos/10 mil habitantes, e em 2015, a prevalência caiu para 1,01 caso/10 mil habitantes (BRASIL, 2016). Para o ano de 2017 foi observado um

aumento no número de pessoas afetadas pela doença no país, com registro de 26.875 casos novos (OMS, 2018).

A região nordeste é a mais acometida por números de casos do Brasil e é possível reconhecer uma relação direta entre elevada ocorrência de casos novos e contexto social de pobreza, o que dificulta ainda mais o seu controle e reafirma os processos de determinação social a ela vinculados (MONTEIRO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, falhas operacionais de controle nas redes de atenção à saúde possibilitam a manutenção dos elevados níveis de endemidade da hanseníase no país, como ocorre, por exemplo, nos estados do Piauí (Região Nordeste) e de Rondônia (Região Norte) (BRASIL, 2017).

Os municípios de Picos (Piauí) e Rolim de Moura (Rondônia), territórios estudados pelos autores, estão situados em contextos estaduais com ocorrência de número expressivo de casos novos entre crianças menores de 15 anos de idade. Esse acontecimento reforça a existência de focos ativos de transmissão de *Mycobacterium leprae* no território 2,3, com elevada dinâmica de circulação, em particular nos contextos domiciliares (ROMERO *et al.*, 2017).

Apesar dos esforços, esses parâmetros ainda classificam o país como de alta carga para a doença, pois o Brasil é segundo país com o maior número de casos novos registrados no mundo e o primeiro das Américas, atrás apenas da Índia (OMS, 2017).

Com o objetivo de reduzir a carga da hanseníase no âmbito global e local, foi desenvolvida, pela OMS, a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, visando acelerar a ação rumo a um mundo sem hanseníase. A atual estratégia é voltada, principalmente, para os países que ainda não alcançaram a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no âmbito subnacional e está pautada em três pilares: fortalecimento do controle, coordenação e parceria do governo; combate a hanseníase e suas complicações; combate à discriminação e promoção da inclusão compõem o terceiro pilar (OMS, 2020).

Para o alcance da meta de controle da hanseníase da OMS e do Ministério da Saúde (MS), é necessária a obtenção de uma prevalência menor que 1 caso/10 mil habitantes. Logo, torna-se necessário investir em ações efetivas para o diagnóstico precoce e controle da doença (OMS, 2020).

Dois frequentes impactos provocados pela hanseníase é o estigma e a discriminação, os quais proporcionam impactos negativos no acesso ao diagnóstico, nos resultados do tratamento ou na atenção, além de afetar o funcionamento social. O

estigma é uma causa importante de atraso do diagnóstico, o que facilita a transmissão da infecção nas famílias e nas comunidades (ROMERO *et al.*, 2017).

Foi introduzido um indicador para monitorar a discriminação das pessoas afetadas pela doença. Outros indicadores relacionados com os aspectos sociais da hanseníase também foram incluídos para a avaliação do programa (OMS, 2020).

Apesar dos fortes impactos a saúde proporcionados pela hanseníase, principalmente aquela que não recebe o tratamento recomendado, ou com retardo para o seu início fez com que nessas três últimas décadas ocorressem avanços notáveis no seu controle. A eliminação dessa doença como problema de saúde pública (ou seja, prevalência registrada abaixo de 1 por 10.000 habitantes) foi alcançada em todos os países (OMS, 2020).

A agenda de eliminação da hanseníase no âmbito subnacional ainda está inconclusa em muitos países e, continuará a ser aplicada nos próximos anos. Restam outros desafios: a continuação do atraso na detecção de novos pacientes, a persistência da discriminação de pessoas afetadas pela hanseníase e o impacto limitado na transmissão da hanseníase (OMS, 2020).

## **INCUBAÇÃO, FORMAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO**

A doença é determinada por um período de incubação que varia de dois a cinco anos, demonstrando evolução insidiosa e que acomete os indivíduos provocando situações clínicas de incapacidade, sendo de fundamental importância o diagnóstico precoce. Clinicamente, a hanseníase é categorizada segundo o aspecto, quantidade e gravidade das lesões em: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana (BRITO *et al.*, 2015).

Conhecer a incidência e a prevalência da classificação operacional e da forma clínica são de grande importância para adotar medidas que evitem o agravamento da doença em pessoas já portadoras (ABRAÇADO *et al.*, 2015).

As formas clínicas Tuberculóide e Indeterminada são classificadas como paucibacilares, enquanto a Virchowiana e Dimorfa são classificadas como multibacilares, conforme mostra a Figura 1.



**Figura 1: Formas clínicas da Hanseníase**



Fonte: <http://saibasobrehanseníase.blogspot.com/2017/>

Para o diagnóstico da hanseníase é essencial o conhecimento clínico e epidemiológico desta doença, sendo verificada a análise histórica e das situações de vida dos indivíduos acometidos, bem como a realização do exame dermatoneurológico com a finalidade de observar as lesões ou possíveis regiões da pele que estão com sensibilidades alteradas e/ou implicações nos nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autônomo); e o exame laboratorial por meio da baciloscopia (SANTANA *et al.*, 2016).

As alterações neurológicas podem contribuir para o desenvolvimento de incapacidades físicas que podem até mesmo conduzir o quadro para graves deformidades. Tais alterações se expressam por meio da dor, espessamento dos nervos periféricos e perda de sensibilidade nas áreas constituídas pelos mesmos, principalmente nos olhos, mãos e pés (GRACIE *et al.*, 2017).

Durante a realização do exame clínico, os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesões cutâneas (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam áreas com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente devem ser conduzidos para os locais de referência

(municipal, estadual, regional, ou nacional), pois estes possuem profissionais que estão aptos a realização de condutas de confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2017).

Nesses serviços de saúde, a orientação é que todos os casos devem passar repetidamente pelos mesmos exames realizados: dermatoneurológico, a coleta das amostras para os exames de baciloscopias ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo, e sempre que possível, deve-se realizar os exames eletrofisiológicos e/ou outros de maior complexidade (BRASIL, 2017).

É imprescindível a realização da classificação operacional do caso de hanseníase, pois diante desta, é direcionado a forma de tratamento através do esquema terapêutico característico para cada tipo, denominado de PQT/OMS (poliquimioterapia), haja vista que deve ser supervisionado pelo profissional de saúde. Tal classificação baseia-se no quantitativo de lesões cutâneas apresentadas, portanto, paucibacilar (PB), pacientes que apresentarem até 5 lesões de pele, e multibacilar (MB), indivíduos que apresentem mais de 5 lesões de pele (BRASIL, 2017).

Como exame complementar utiliza-se a baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico). O diagnóstico tem o auxílio adicional do exame laboratorial chamado de baciloscopia de esfregaço intradérmico, em que é coletada a linfa de sítios específicos nos pacientes (lóbulo auricular, cotovelos, lesões). A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, sendo este resultado independentemente do número de lesões encontradas. O resultado negativo da baciloscopia não descarta o diagnóstico da hanseníase (SANTANA *et al.*, 2016).

O diagnóstico da hanseníase em crianças é ainda mais complexo, devido às dificuldades de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. A hanseníase tuberculóide nodular infantil é um tipo particular de hanseníase caracterizada pela presença de lesões nodulares, que aparece exclusivamente durante a infância e afeta crianças com menos de 5 anos de idade. Apesar da dificuldade, o diagnóstico diferencial pode ser feito em qualquer idade, para isso a epidemiologia e a biópsia da lesão são muito úteis e é importante ressaltar que pessoas com idade inferior a 15 anos só adquirem a doença em casos de maior endemicidade (ABRAÇO *et al.*, 2015).

## **TRATAMENTO DA HANSENÍASE**

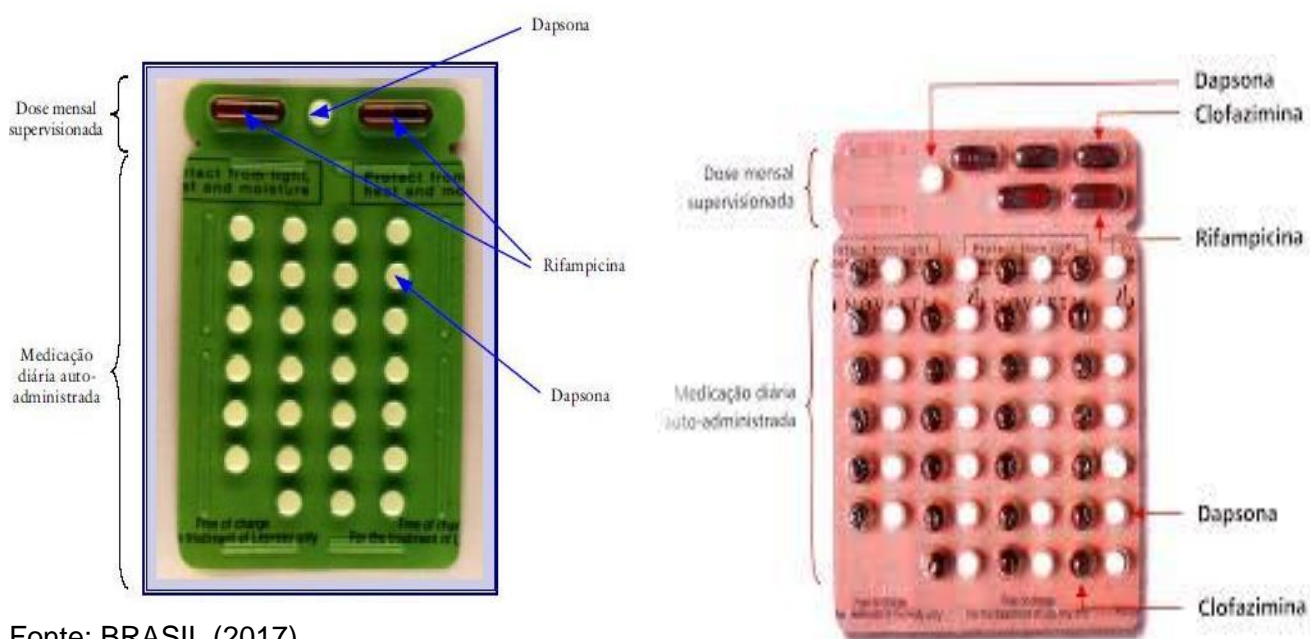
Para o tratamento da hanseníase é necessário prescrever os medicamentos e administrar as doses supervisionadas, orientar sobre a dose diária auto-administrada, agendar retorno a cada 28 dias, a fim de garantir a regularidade do tratamento e

acompanhamento do caso, visando diagnosticar e tratar intercorrências, bem como prevenir e/ou tratar incapacidades e deformidades físicas provocadas pela doença (COSTA *et al.*, 2017).

O tratamento é realizado por meio da PQT, seguindo esquemas de acordo com a classificação do paciente. Casos Paucibacilares: Adulto (Dose supervisionada com 600 mg de rifampicina e 100 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 06 doses num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com 100 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos); Infantil (Dose supervisionada com 300 a 450 mg de rifampicina, 50 mg de dapsona, a cada 28 dias num total de 06 doses, num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos), conforme mostra a Figura 2 (BRASIL, 2016).

Os casos multibacilares Adulto: (Dose supervisionada com 600 mg de rifampicina, 300 mg de clofazimina e 100 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses; Dose auto-administrada com 100 mg de dapsona e 50 mg de clofazimina, diárias, num total de 27 unidades de cada uma); infantil (Dose supervisionada com 300 a 450 mg de rifampicina, 150 mg de clofazimina e 50 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses; Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona diária, num total de 27 unidades, e 150 mg de clofazimina por semana, num total de 13 unidades), conforme mostra a figura 3 (BRASIL, 2017).

**Figura 2 e 3: Representação das cartelas de tratamento medicamentosa da hanseníase.**



Fonte: BRASIL (2017)

Crianças com menos de 30 quilos, com a forma multibacilar deverão ter a dose ajustada por quilo de peso corporal: Dapsona 1,5 mg/kg/dia, Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada, Rifampicina 10 a 20 mg/kg. Os esquemas alternativos utilizam medicamentos de 2ª linha como ofloxacina e minociclina (BRASIL, 2017).

Pacientes que apresentarem reações adversas aos medicamentos do esquema padrão deverão ser encaminhados às unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos, que é competência das Unidades de Média Complexidade (BRITO *et al.*, 2015).

No que se refere ao acompanhamento dos tratamentos segundo risco, aquelas de baixo risco a maioria dos pacientes cursa o tratamento sem maiores intercorrências, tomando a medicação como previsto em 6 ou 12 doses e, em seguida, recebendo a alta por cura. Já os de alto risco são aqueles casos que requerem maior atenção e encaminhamento para as unidades de referência para avaliação (BRASIL, 2016).

Os pontos importantes a observar no tratamento incluem: não existem relatos de resistência medicamentosa múltipla para a PQT; os casos de recidiva após a PQT são raros, variando de zero a 2,04%; frente a um caso de suspeita de recidiva, encaminhá-lo para avaliação em Centro de Referência; o tratamento indicado para casos de recidiva é a PQT padrão; o critério de alta adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão (BRASIL, 2017).

A vigilância de contatos é considerada uma das medidas mais eficazes para o diagnóstico e controle da hanseníase, garantindo cobertura e qualidade adequadas. Tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada, com o caso novo de hanseníase diagnosticado (PEDROSA *et al.*, 2018).

É importante mencionar também que a ocorrência de casos novos entre contatos domiciliares consanguíneos do caso índice, principalmente, parentes de primeiro grau, apresentou probabilidade 2,05 vezes maior em relação a outros tipos de parentesco, evidenciando a importância da suscetibilidade genética na cadeia de transmissão da doença (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016).

Quanto à forma clínica da doença, encontrou-se que os contatos de pacientes com hanseníase MB em sua forma V apresentaram risco 3,8 vezes maior de desenvolvimento de hanseníase do que os contatos de pacientes com as outras formas clínicas (SANTOS *et al.*, 2019).

Os dados reforçam a necessidade do diagnóstico precoce e da instituição de tratamento adequado, o que contribui para diminuição do período de exposição dos contatos aos casos, principalmente, aos MB (PEDROSA *et al.*, 2018).

Os contatos domiciliares sem cicatriz de BCG apresentaram risco 3,7 vezes maior de desenvolver hanseníase quando comparado aos contatos com uma ou mais cicatrizes. Em relação ao teste de Mitsuda, os contatos domiciliares que obtiveram resultado de Mitsuda  $\leq 7$  mm apresentaram risco estimado de ocorrência da doença de 6,25 vezes maior quando comparado aos contatos positivos (8 a  $\geq 10$  mm) (GOULART *et al.*, 2018).

### **ATENÇÃO BÁSICA E O ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE**

A eliminação em âmbito nacional da hanseníase está atrelada as ações do Programa de Controle da Hanseníase, presente na Atenção Primária à Saúde (APS), em particular nas Equipes de Saúde da Família (ESF), atendendo a população por meio de ações preventivas e curativas (BRASIL, 2017).

A presença de profissionais de diversas categorias é de extrema importância na assistência da hanseníase, tendo em vista a necessidade da prestação de cuidados de forma integral a esse grupo de usuários. A presença da equipe multiprofissional propicia um atendimento acolhedor e uma maior resolutividade do trabalho, permitindo um aprofundamento de saberes e práticas e a geração de vínculos comunitários, gerando uma maior autonomia no processo de trabalho e assistência da atenção primária (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

Os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção primária nos locais onde a ocorrência de hanseníase é comum têm um papel fundamental nas práticas de vigilância epidemiológica, a partir da busca ativa de casos suspeitos favorecendo o diagnóstico precoce, no encaminhamento do paciente para o tratamento oportuno, prevenindo as incapacidades provenientes do diagnóstico tardio, na vigilância de contatos intradomiciliares (SANTOS *et al.*, 2019).

Desta maneira, os profissionais de saúde da atenção básica fazem a coleta de dados a partir da ocorrência de um evento sanitário de caso suspeito ou caso confirmado da doença sob vigilância, ocorrendo em todos os níveis de atuação do sistema de saúde. É necessário que os responsáveis pelo atendimento sejam bem preparados para diagnosticar corretamente o caso, assim como realizar uma boa

investigação epidemiológica, com anotações claras e confiáveis. A força e valor da informação dependem da qualidade e fidedignidade (SALTARELLI; SEIXAS, 2016).

É importante também que esses profissionais da atenção básica para o planejamento e desenvolvimento das atividades no controle da hanseníase, os serviços de saúde devem levar em consideração o nível de escolaridade dos pacientes, as ações educativas devem ser desenvolvidas numa linguagem adequada à capacidade cognitiva dos usuários e os profissionais devem valorizar os seus conhecimentos e crenças, adequando-os aos conceitos atuais e promovendo novas informações, esclarecendo os questionamentos dos doentes e comunicantes de hanseníase de forma clara (LANZA *et al.*, 2015).

## CONCLUSÃO

A suspeição da hanseníase é feita pela equipe de saúde e pelo próprio paciente, e com isso espera-se que esse projeto de intervenção desenvolva ações de promoção da saúde nesse seguimento sejam úteis para alertar a população das formas de prevenção desta doença e sobre os sinais e sintomas de alerta para sua ocorrência. Nesse cenário o planejamento de estratégia que visem esses dois seguimentos: orientações e promoção da saúde são importante para mudar a realidade desta situação problema que é a quantidade elevada de casos de hanseníase na UBS em questão.

## REFERÊNCIAS

- ABRAÇADO, M. F. S. *et al.* Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. **Rev Pan-Amazônica Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 23-8, mai. 2015.
- ARRUDA, J. T. *et al.* Hanseníase e o preconceito: estudo de caso em duas escolas do ensino fundamental em goiânia-go. **Renefara**, v. 9, n. 9, p. 123-135, 2016.
- AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- BONA, S. H. *et al.* Recurrence of leprosy in reference centers in Teresina, State of Piauí, Brazil, 2001-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 731-738, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada.** Boletim Epidemiológico 2016.

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

BRITO, K.K.G, et al. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, esp, p. 24-30, set. 2015.

COSTA, L. A. et al. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 8, n. 3, p., set. 2017.

GONÇALVEZ, A. *et al.* Avaliações Epidemiológicas de Aspectos Clínicos do Controle da Hanseníase: Estudo Comparativo de Retroanálise. **RBM rev. bras. med**, v. 72, n. 7, 2015.

LANZA, F. M. *et al.* Avaliação das ações de hanseníase desenvolvidas na atenção primária: proposta de um instrumento para gestores. **REME Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 598-605, mai. 2015.

LOBATO, D. C.; NEVES, D. C. O.; XAVIER, M. B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará. Brasil. **Rev. Pan-Amazônica Saúde.** Amazonia, v. 7, n. 1, p. 45-53, mai. 2016.

MONTEIRO, L. D. Social determinants of leprosy in a hyperendemic State in North Brazil. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 51, n. 12, p. 70-80, mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020.** Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. 2020. Disponível em:< <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PEDROSA, V. L. et al. Leprosy among schoolchildren in the Amazon region: a cross-sectional study of active search and possible source of infection by contact tracing. **Plos negl. trop. dis.** v. 12, n. 2, p. 62-71, jun. 2018.

ROMERO, M. M. et al. Evaluation and monitoring of the transmission of Mycobacterium leprae in household contacts of leprosy patients in Colombia. **PLoS Negl Trop Dis.** v. 11, n. 12, p. 53-75, set. 2017.

SALTARELLI, R. M F.; SEIXAS, D. H. T. Limites e possibilidades na atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev. APS.** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 13-22, out-dez. 2016.

SANTANA, R. S. et al. Prioridades da pesquisa clínica com medicamentos no Brasil e as doenças da pobreza. **Rev Panam Salud Publica.** São Paulo, v. 40, n. 5, p. 356-62, mai. 2016.

SANTOS, K. C. B. et al. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 43, n. 121, p. 21-35, abr-jun. 2019.

SOUSA, G. S.; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde debate. São Paulo**, v. 41, n. 112, p. 12-21, jan-mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record**. WHO. v. 35, n. 92, p. 501-20, mai. 2017. Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf?sequence=1>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record**. Geneva: WHO; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. **Wkly Epidemiol Rec**. v. 93, n. 12. P. 445-56, set. 2018.