

Identificação precoce de casos e contatos de hanseníase na Equipe de Estratégia Saúde da Família 004

Early identification of leprosy cases and contacts in the Family Health Strategy Team 004

Gustavo Damasceno Fonseca¹

Cintia Maria de Melo Mendes²

1-Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde 004 de Demerval Lobão -PI. E-mail: gustavodamasceno.gdf@gmail.com

2-Orientadora. Médica. Doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Membro do Núcleo de Apoio Pedagógico do Curso de Medicina UNINOVAFAPI; Médica de Toxicologia Clínica - Secretaria de Saúde do Estado do Piauí; Professora Adjunta de Propedêutica e Clínica Médica da Universidade Estadual do Piauí - UESPI e da Universidade Federal do Piauí.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução prolongada e de grande potencial incapacitante, causada por um bacilo álcool-ácido resistente, denominado de *Mycobacterium leprae*. Esse patógeno tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), porém poucos adoecem (baixa patogenicidade). No município de Demerval Lobão, nos últimos 12 meses foram registrados sete novos casos de Hanseníase, destes dois foram pela equipe de saúde 004. Um dos casos foi detectado sem queixas por parte do paciente, apenas a partir de perguntas específicas realizadas durante a consulta foi possível identificar que se tratava de um caso avançado da doença, inclusive com comprometimento de nervo ulnar. Outro caso foi detectado como Hanseníase Dimorfa, Desta forma, objetiva-se desenvolver uma proposta de intervenção para a identificação precoce e acompanhamento dos casos de hanseníase na Unidade Básica de Saúde 004 do município de Demerval Lobão - PI. Pretende-se capacitar a equipe de saúde para a identificação precoce de casos de hanseníase, estimular a equipe de saúde a identificar os casos de hanseníase de forma precoce, melhorar a qualidade da assistência oferecida para os pacientes com hanseníase e realizar grupos educativos para promover a saúde dos pacientes sobre as formas de prevenção da hanseníase.

DESCRITORES: Hanseníase. Prevenção. Assistência. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease, with a prolonged evolution and a great disabling potential, caused by an acid-resistant bacillus, called *Mycobacterium leprae*. This pathogen has the capacity to infect a large number of individuals (high infectivity), but few get sick (low pathogenicity). In the municipality of Demerval Lobão, seven new cases of leprosy were recorded in the last 12 months, of these two by the health team 004. One of the cases was detected without complaints by the patient, only from specific questions asked during the consultation. It is possible to identify that it was an advanced case of the disease, including ulnar nerve involvement. Another case was detected as Dimorfa Hansen's disease. Thus, the objective is to develop an intervention proposal for the early identification and monitoring of leprosy cases in the Basic Health Unit 004 in the municipality of Demerval Lobão - PI. It is intended to train the health team for the early identification of leprosy cases, to encourage the health team to identify leprosy cases early, to improve the quality of care offered to leprosy patients and to organize educational groups to promote patient health on ways to prevent leprosy.

DESCRIPTORS: Leprosy. Prevention. Assistance. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Atualmente trabalho no município de Demerval Lobão, o qual possui uma população de 13.550 habitantes e conta com uma rede assistencial de saúde constituída por uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com duas nutricionistas, uma psicóloga, três fisioterapeutas e um educador físico, um Serviço Móvel de urgência (SAMU), um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um hospital regional de urgências (Hospital João Luís Moraes) e consultas quinzenalmente com um ortopedista e um psiquiatra, duas Unidades básicas de saúde com três equipes de saúde da família.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuo é responsável por 726 famílias e 2036 pacientes, possui duas equipes de saúde da família. A equipe que atuo é constituída por cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Adriana dos Santos Silva; Franklin Moraes Pessoas; Maria Auxiliadora Ferreira Costa ; Maria Ivonildes Anísio; Maria Dalva Mendes Sousa); um Agende Comunitário de Endemias (ACE) (Leonardo Carvalho Ennes Fonseca); uma Auxiliar de Saúde Bucal (Lucélia Pereira de Araújo); um Cirurgião Dentista (Sérgio Olímpio Silva Soares); uma enfermeira (Rosilene Carvalhedo de Sousa); um médico (Gustavo Damasceno Fonseca) e uma técnica de enfermagem (Adna Alcatara dos Santos); dois profissionais que trabalham no administrativo e uma profissional na recepção e um agente de portaria.

A estrutura física da UBS é constituída por cinco consultórios (dois médicos, um odontológico e dois de enfermagem), também possui uma sala para uso dos ACS das duas equipes de ESF; uma sala de reunião, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma farmácia e uma recepção.

Um problema que despertou o interesse para o desenvolvimento desta intervenção foi o fato de que nos últimos 12 meses foram registrados sete novos casos de Hanseníase no município de Demerval Lobão. Destes, dois foram pela equipe de saúde em questão. Um dos casos foi detectado sem queixas por parte do paciente, apenas a partir de perguntas específicas realizadas durante a consulta foi possível identificar que se tratava de um caso avançado da doença, inclusive com comprometimento de nervo ulnar. Outro caso foi detectado como Hanseníase Dimorfa, devido queixa de mancha com perda de sensibilidade em joelho esquerdo, com gradual expansão.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução prolongada e de grande potencial incapacitante, causada por um bacilo álcool-ácido resistente, denominado de *Mycobacterium leprae*. Esse patógeno tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), porém poucos adoecem (baixa patogenicidade). A transmissão da doença dá-se através da via respiratória, a partir da qual o patógeno se dissemina para nervos periféricos e pele (BRASIL, 2016).

É uma patologia de notificação compulsória pela sua magnitude e transcendência, por causar incapacidades, deformidades e por ser doença transmissível passível de tratamento e controle. Dessa forma, a notificação é um importante fator determinante para a epidemiologia, visto que através dessa ação é possível identificar novos casos, buscar formas de prevenção a fim de diminuir sua recorrência (PENNA et al., 2011).

No Brasil, no ano de 2015 a hanseníase encontra-se em segundo lugar em relação aos números de casos novos detectados no ranking mundial, com 26.395 registros, dos quais 7,35%

foram em menores de 15 anos, sendo 4,28 casos/100 mil habitantes dessa população. A incidência de casos registrados de hanseníase na população infantil apresentou, nas últimas décadas, manutenção ou redução discreta (WHO, 2016).

No período de 2009 a 2016, foram notificados 9.149 casos de hanseníase no Estado do Piauí, o que equivale 3,58% de todos os casos do Brasil (255.830 casos) no mesmo período deste estudo. O coeficiente de detecção geral durante o período no estado foi de 34,69/100.000 habitantes, classificado como muito alto (20 a 39,99/100.000 habitantes), segundo os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

O bacilo de Hansen é considerado um micro-organismo de alta infectividade e baixa patogenicidade e virulência. Pode ser eliminado pelas secreções nasais da orofaringe e solução de continuidade da pele de doentes bacilíferos. A principal forma de transmissão da doença é através do contato entre uma pessoa doente e outra não doente, sobretudo nas formas bacilíferas (SOARES, 2012).

Há um risco de quatro vezes maior de um sujeito saudável desenvolver a hanseníase pelo contato com um caso índice na vizinhança e este risco aumenta nove vezes quando este contato é com um membro da família do afetado (WHO, 2016). A probabilidade de adoecimento depende, também, do grau de exposição ao bacilo e este sugere relação com o nível endêmico da região. Estudos indicam uma correlação entre a porcentagem dos casos multibacilares em crianças e a situação endêmica da região, lentidão no diagnóstico e fluxo migratório (MAGALHÃES et al., 2011).

Apesar de ainda presente em muitos Estados brasileiros, alguns municípios no Brasil já alcançaram a meta de eliminação da doença, no entanto, as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste ainda apresentam altos patamares de casos da doença, o que demonstra variação nos coeficientes de detecção nas diferentes regiões brasileiras (BRASIL, 2017). Levando em consideração essas diferenças entre os municípios, acredita-se que fatores inter e intraurbanos (por exemplo, segregação residencial) desempenham um importante papel na saúde coletiva, indicando que a multiplicidade e a interação de fatores em diferentes níveis determinam a o quadro geral de saúde das populações urbanas (GRACIE et al., 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, as desigualdades sociais e econômicas, aliadas a altas densidades demográficas decorrentes da dinâmica social vigente, favorecem a elevada incidência de hanseníase (BRASIL, 2017). Concomitantemente, falhas no acesso à educação também contribuem para o aumento do risco individual para a hanseníase, pois constata-se, na literatura, taxas mais elevadas de diagnósticos de Hanseníase associadas a municípios de maior porte e com maiores taxas de analfabetismo, mais urbanizados e com maior desigualdade social (FREITAS; DUARTE; GARCIA, 2014).

O diagnóstico é feito através do exame clínico, realização da anamnese, avaliação dermatológica e neurológica (presença de alteração de sensibilidade e motora e espessamento neural); e laboratorial, através da baciloscopia, onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais, como os lóbulos auriculares e/ou cotovelos (LIMA et al. 2010). De acordo com a resposta imunológica

específica ao bacilo, a infecção evolui de diversas maneiras. Essa resposta imune constitui um espectro que expressa as diferentes formas clínicas (BRASIL, 2017).

As ações de controle da hanseníase adotadas no Brasil integram atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades físicas, vigilância de comunicantes e educação em saúde. As estratégias visam a um aumento da cobertura dos serviços de saúde por meio da ampliação da rede de diagnósticos e de atenção ao paciente, mediante a descentralização das atividades para os serviços de atenção básica à saúde (LANA et al., 2011; BRASIL, 2014).

Dentre as ações de controle da doença, tem destaque a reorganização dos serviços de saúde voltada para um rompimento com a tendência da demanda espontânea, de forma a propiciar uma oferta organizada de acordo com as principais necessidades da população atendida. Alguns fatores influenciam a utilização dos serviços de saúde como: a acessibilidade, a existência de especialistas, a competência dos profissionais e o estabelecimento de vínculo com o paciente. O diagnóstico precoce e seu consequente tratamento garantem a cura com erradicação do bacilo, interrompendo seu ciclo de transmissão (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; DAVI, 2012), (GRACIE et al., 2017).

Portanto, o objetivo geral é desenvolver uma proposta de intervenção para a identificação precoce e acompanhamento dos casos de hanseníase na Unidade Básica de Saúde 004 do município de Demerval Lobão - PI. Os objetivos específicos são: capacitar a equipe de saúde para a identificação precoce de casos de hanseníase, estimular a equipe de saúde a identificar os casos de hanseníase de forma precoce, melhorar a qualidade da assistência oferecida para os pacientes com hanseníase e realizar grupos educativos para promover a saúde dos pacientes sobre as formas de prevenção da hanseníase.

PLANO OPERATIVO

Trata-se de um de um projeto de intervenção, em que o médico, com auxílio da equipe de vigilância epidemiológica do município irá realizar uma capacitação com a equipe multiprofissional, a qual ocorrerá em duas semanas.

Para identificar os casos de hanseníase os ACS irão fazer visita domiciliar para informar aos pacientes a importância de estar com seu tratamento regular e irão buscar os contatos para agendar consulta médica.

Será organizado juntamente com a equipe um cronograma de ações educativas que serão desenvolvidas a cada 15 dias, por meio de palestras sobre os seguintes temas (sinais e sintomas da hanseníase, tratamento medicamentoso, importância da consulta médica e de enfermagem para a identificação da doença e saúde mental dos casos. Também será solicitado participação da equipe do NASF (psicóloga). Também será aproveitado o momento das consultas médicas e de enfermagem para oferecer orientações aos pacientes e familiares sobre o tratamento e as formas de prevenção da doença. O quadro 1 mostra as ações que serão desenvolvidas para o alcance dos objetivos e metas propostas.

Quadro 1: síntese das ações programadas

| Situação problema | OBJETIVOS | METAS/ PRAZOS | AÇÕES/ ESTRATÉGIAS | RESPONSÁVEIS |
|--|--|--|--|---|
| Despreparo da equipe em identificar os casos de hanseníase | Capacitar e estimular a equipe para identificação dos casos de hanseníase de forma precoce | Capacitar 100% da equipe/ Duas semanas | Durante duas semanas a equipe receberá uma capacitação sobre hanseníase que será realizada pela médica com auxílio da equipe de vigilância epidemiológica do município. | 1-Médico 2-Equipe de vigilância epidemiologia (Enfermeira e médico epidemiologistas) |
| Melhorar a qualidade da assistência oferecida para os pacientes com hanseníase | Identificar os doentes com dificuldade de adesão ao tratamento | Busca de 80% 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 dos casos confirmados e suspeitos de hanseníase | 1 Agentes Comunitários de Saúde 2-Enfermeira |
| Ausência de ações educativas para este público | Realizar grupos educativos para promover a saúde dos pacientes sobre as formas de prevenção da hanseníase; | Garantia da orientação sobre a importância do tratamento medicamentoso a 100% dos participantes/ 2 meses; Garantir orientação a respeito dos sinais e sintomas, bem como a procurar avaliação médica a 100% dos pacientes/ 2 meses. Garantir acompanhamento médico e de enfermagem a 100% dos pacientes. | 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 e saúde mental dos casos. Também será solicitada participação da equipe do NASF (psicóloga) | 1-Médico 2-Enfermeira Equipe do NASF: 1-Psicóloga. |

REVISÃO DE LITERATURA

Epidemiologia da Hanseníase

Foram identificados na Microrregião de Tucuruína, na Amazônia brasileira do estado do Pará, pois a faixa etária entre 15 e 59 anos foi a prevalente, inferindo-se ser a faixa economicamente ativa a mais afetada pela infecção por *M. leprae* (COSTA et al., 2017). Há prejuízos para a economia desse segmento populacional, uma vez que essa classe pode desenvolver múltiplas incapacidades, levando-se à exclusão do mercado de trabalho, culminando um grande prejuízo social. Estudos realizados em Divinópolis, estado de Minas Gerais e no estado da Paraíba corroboram com esses achados (BRITO et al., 2015; LANA; CARVALHO; DAVI, 2016).

O Boletim Epidemiológico Mundial, publicado em agosto de 2018 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), informa que 150 países e territórios reportaram casos da hanseníase em 2017. Do total de 210.671 casos novos informados, o Brasil ocupou a segunda posição com 26.875 (12,7%) e a Índia a primeira, com 126.164 (59,9%) casos novos da doença.

Em 2017, 2.933 municípios diagnosticaram casos novos de hanseníase no Brasil. Desses, 630 municípios diagnosticaram casos em menores de 15 anos, sinalizando focos de infecção ativos e transmissão recente. O país registrou 26.875 casos novos da doença, com taxa de detecção de 12,94 por 100.000 habitantes (alta endemicidade). Do total de casos novos registrados, 1.718 (6,4%) foram diagnosticados em menores de 15 anos (BRASIL, 2017).

No Brasil, em estudo realizado em Florianópolis-SC, envolvendo pacientes multibacilares seguidos por seis anos pós-tratamento, 74% desenvolveram episódios reacionais, sendo 29% de reação reversa (RR), 25% de Eritema Nodoso Hansênico (ENH) e 20% de neurite isolada (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

Outro estudo controlado e comparativo de dois esquemas terapêuticos revelou que 50% dos pacientes tratados com o regime de poliquimioterapia (PQT/OMS) apresentaram reações hansênicas, entre estas 17,1% de RR, 30% de ENH e 2,8% de neurite isolada. A ocorrência das manifestações reacionais foi significativamente menor com regime de poliquimioterapia/OMS comparada àquela observada com regime preconizado anteriormente pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (MACEDO; CERQUEIRA; POVEDA, 2014).

Estudos apontam que a hanseníase, possivelmente alcançou o Piauí na época da colonização, quando foi trazida por pastores procedentes da Bahia na última metade do século XVII à primeira do XVIII (1674 – 1774), mas também teve a contribuição dos bandeirantes oriundos de São Paulo. Posteriormente, já em 1822, alguns casos da doença já apontavam na província do Piauí, porém alguns estudos realizados em 1912 e 1918, demonstraram que era uma doença rara e ignorada nos estados do Piauí e Ceará (COSTA et al., 2017).

Período de 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).

As formas clínicas Tuberculóide e Indeterminada são classificadas como paucibacilares, enquanto a Virchowiana e Dimorfa são classificadas como multibacilares. 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).

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, à 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 (FINEZ et al., 2011).

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 (LIMA et al. 2010).

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 (ABRAÇADO 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 poliquimioterapia (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) (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) (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).

Por fim, 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).

CONCLUSÃO

Mediante a complexidade da ocorrência de casos de hanseníase no município de Demerval Lobão, em especial na UBS 004, em que existem pacientes em tratamento a educação em saúde é uma ferramenta importante para prevenir novos casos e contribuir para os pacientes em tratamento continuarem até a conclusão do mesmo. Portanto, pretende-se capacitar a equipe de saúde para a identificação precoce de casos de hanseníase, estimular a equipe de saúde a identificar os casos de hanseníase de forma precoce, melhorar a qualidade da assistência oferecida para os pacientes com hanseníase e realizar grupos educativos para promover a saúde dos pacientes sobre as formas de prevenção da hanseníase.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descrição da doença. Portal da saúde**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenise/11294-descricao-da-doenca>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

_____. 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.

FINEZ, M. A. S. S. et al. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de Hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **J Heal Sci Inst**. v. 29, n. 3, p. 171-75, mai. 2011.

FREITAS L. R.; DUARTE E. C.; GARCIA L. P. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. *Trop. Med. Int. Health*, v. 19, n. 10, p. 1216-225, set. 2014.

GRACIE, R. et al. Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012. *Ciênc. Saúde Colet.*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 1695-1704, mai. 2017.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-7, jan-mar. 2016.

LIMA, H. M^a. N et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Bras Clin Med**. São Paulo, v. 8, n. 4, p. 323-27, mai. 2010.

LIMA, L. S. et al. Caracterização clínica- epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias. **Rev. Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, v.7, n.2, p.74-83, 2015.

MACEDO, C. P.; CERQUEIRA, M. F. F.; POVEDA, V. B. Avaliação do perfil epidemiológico da hanseníase em um município do interior paulista nos anos de 2000 a 2006. **Revista REENVAP**, São Paulo, v. 4, n. 13, p., mai. 2014.

MAGALHÃES, M. C. C. Migração e hanseníase em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Brasília, v. 14, n. 3, p. 386-97, 2015.

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO, A. M^a. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 15-21, nov-dez. 2014.

PENNA, G. O. et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. *An. Bras. Dermatol.* São Paulo, v. 86, n. 5, p. 865-77, set. 2014.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev. Bras. Clin. Med.* São Paulo, v. 10, n. 4, p. 272-77, jul-ago. 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.

SOARES, S. E. Aspectos geográficos e epidemiológicos da hanseníase em Cuiabá e Várzea Grande – MT. 139f. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2015.

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>>.