

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

**LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO AO PORTADOR
DE HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Rafaela Magalhães Fernandes Saltarelli

**Conselheiro Lafaiete/Minas Gerais
2011**

Rafaela Magalhães Fernandes Saltarelli

**LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO AO PORTADOR
DE HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Denise Helena Terenzi Seixas

**Conselheiro Lafaiete/Minas Gerais
2011**

Rafaela Magalhães Fernandes Saltarelli

LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientadora: Prof^a Dra. Denise Helena Terenzi Seixas

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Denise Helena Terenzi Seixas (orientadora)
Prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Aprovado em Belo Horizonte: 10/12/2011

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos pacientes portadores de hanseníase que, humildemente, se entregam em nossas mãos. Foi por acreditar que é possível melhorar a assistência a esses pacientes nas unidades Saúde da Família, garantindo o diagnóstico precoce e evitando as complicações decorrentes da doença, que me senti encorajada a realizar esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Aberta do Brasil pela oportunidade de realizar esse curso de especialização de enorme importância para a minha prática profissional;

À orientadora Denise Terenzi por me incentivar na realização desse trabalho, não medindo esforços para solucionar as minhas dúvidas e compartilhar os seus conhecimentos;

Às tutoras Rosana Paes e Kênia Lara pelos ensinamentos nos módulos do curso e reflexões, que contribuíram para transformar o atendimento prestado na minha unidade de Saúde da Família;

Ao meu bebê, Heitor, razão da minha vida;

À minha família, em especial ao meu esposo Joel e minha mãe Ângela, pelo incentivo e por cuidar do meu bebê para que eu pudesse estudar;

Enfim, não poderia deixar de prestar a minha imensa gratidão a Deus por fazer disso tudo uma conquista, pois sem a sua presença dentro de mim, nada teria sido possível. Obrigada por tudo!

RESUMO

A magnitude e a transcendência da hanseníase nos indicadores brasileiros fizeram com que esse problema fosse incluído no grupo das áreas estratégicas mínimas da Atenção Primária à Saúde (APS) a serem desenvolvidas a partir de recentes diretrizes políticas da assistência à saúde no Brasil. No entanto, na prática observa-se que as ações para a eliminação da hanseníase ainda encontram-se centralizadas e pouco difundidas dentro do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF's). O presente estudo teve como objetivo analisar os limites e as possibilidades de implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PCNH) nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Utilizou-se como metodologia a revisão integrativa. Apesar dos poucos registros de estudos no Brasil avaliando a relação entre os indicadores epidemiológicos e as ações de intervenção da doença, percebe-se que a descentralização é um instrumento capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integração das atividades de detecção precoce de casos novos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes. No entanto, observou-se que os profissionais das ESFs ainda possuem dificuldade em priorizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico, tratamento e reabilitação das incapacidades desse agravo frente aos demais programas da atenção primária a saúde. A rotatividade de profissionais médicos, a precarização dos direitos trabalhistas dos profissionais que atuam nas ESFs, a deficiência em educação permanente, a ausência de recursos materiais e a falta de vontade política da gestão local são fatores que influenciam o não preparo das ESFs para realizar as ações de controle da hanseníase. Conclui-se que o diagnóstico mais precoce da hanseníase pode colaborar na interrupção do ciclo de transmissão da doença, além de atuar reduzindo ou evitando a incapacidade nos pacientes. Algumas experiências encontradas na literatura evidenciaram que é possível implantar o PNCH nas unidades do PSF, mas que, para isso, é preciso superar os limites relatados nesse trabalho, assim como garantir um sistema efetivo de referência e de contra-referência.

Palavras Chaves: Hanseníase; Programa Saúde da Família; Descentralização.

ABSTRACT

The magnitude and transcendence indicators of leprosy in Brazil made this issue to be included in the group of the strategic areas of Primary Health Care, developed by the municipalities from the recent guidelines on decentralization and regionalization of healthcare in the country. Although there is this indicator in the policy guidelines, in practice it is observed that the actions for the elimination of leprosy are still centralized and less widespread within the work of Family Health Teams (ESF's). This study aimed to analyze the limits and possibilities of implementation of the National Leprosy Control (PCNH) teams in the Family Health Program (PSF). The methodology used was an integrative review. Despite there are few reports of studies in Brazil assessing the relationship between the operational strategies and epidemiological indicators about the disease, it is clear that decentralization is an instrument capable of expanding access to health services, enabling the integration of activities early detection of new cases, chemotherapy treatment, disability prevention and surveillance of contacts. However, it was observed that the ESFs professionals still have difficulty in prioritizing prevention, control, diagnosis, treatment and rehabilitation of disability of this condition compared to the other programs of primary health care. The turnover of medical professionals, the precariousness of the labor rights for professionals working in the ESFs, the deficiency in continuing education, lack of material resources and lack of political will of local management are factors that influence the preparation of ESFs not performing actions in leprosy control. We conclude that early diagnosis of leprosy may help to break the cycle of disease transmission, and avoiding or reducing disability in patients. Some experiences in literature showed that one can deploy PNCH in the units of PSF, but for that, it is needed to overcome the limits reported in this work, as well as ensuring an effective system of reference and counter reference.

Key words: *Leprosy; Family Health Program; Decentralization.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS	13
3	METODOLOGIA	14
4	DESENVOLVIMENTO	15
4.1	Epidemiologia da Hanseníase	15
4.2	Assistência ao portador de hanseníase na Atenção Primária a Saúde: limites e possibilidades	32
4.3	Diretrizes para a implantação do cuidado ao paciente com hanseníase segundo o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	66
	ANEXO 1: Formulário para avaliação do grau de incapacidade física	66
	ANEXO 2: Formulário para avaliação neurológica simplificada	67

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 80, iniciou-se no Brasil um processo de redemocratização, marcado por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, resultantes das mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Neste contexto, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou a criação de um sistema de saúde inclusivo, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se em uma política do estado brasileiro para a melhoria da qualidade de vida e para a afirmação do direito à vida e à saúde (BRASIL, 2006a). O SUS foi regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 - Leis Orgânicas da Saúde - que prevêm, por meio de seus princípios e diretrizes, acesso universal, igualdade no atendimento assistencial e equidade na distribuição dos recursos.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) consistiu num marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. Surgido em 1994 e, inicialmente visando a extensão da cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. A partir de 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SCOREL *et al.*, 2007).

Segundo a portaria 648/2006 é de competência dos municípios a organização dos serviços da atenção primária à saúde, bem como o desenvolvimento de estratégias visando alcançar as metas de saúde definidas pelos governos estadual e federal (BRASIL, 2006a). Uma dessas metas corresponde à assistência ao paciente com hanseníase, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Dentre as diretrizes operacionais dos pactos pela saúde, está o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza. No que se refere à hanseníase, especificamente, o objetivo e meta para a sua eliminação consiste em atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006 (BRASIL, 2006a).

A magnitude e a transcendência do problema nos indicadores brasileiros fizeram com que a eliminação da hanseníase fosse incluída no grupo das áreas estratégicas mínimas da Atenção Primária à Saúde, a serem desenvolvidas pelos municípios brasileiros a partir das recentes diretrizes de descentralização e regionalização da assistência à saúde no país. Segundo Lanza (2009), esses movimentos da década de 70 e 80 foram responsáveis pela orientação aos governantes sobre a necessidade de se realizar a mudança do programa vertical de atenção à hanseníase para um serviço descentralizado de controle da doença. Esse processo é definido como Integração das Atividades de Hanseníase nos Serviços de Saúde.

A estratégia adotada pelos países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1991, que a hanseníase deixaria de ser um problema de saúde pública naqueles países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a um caso para cada 10 mil habitantes (WHO, 1991). No entanto, o objetivo de eliminação da hanseníase foi alcançado na maior parte do mundo em 2008, com exceção de apenas três países: Brasil, Nepal e Timor-Leste. Os dados apontavam no Brasil uma prevalência de 45.847, com 39.125 casos novos detectados, e uma taxa de incidência de 20,45/100.000 habitantes. No Mundo, prevaleciam a Ásia com 171.552 casos novos, as Américas com 41.978 e a África com 31.037. A prevalência e número de novos casos detectados na Índia permaneciam em 87.228 e 137.685 respectivamente, ainda os maiores do mundo (WHO-WER, 2008).

Atualmente, a meta de eliminação foi abandonada a partir da criação da Portaria 125/2009, sendo substituída por estratégias de controle da doença. Assim, a detecção e o tratamento precoces são considerados elementos básicos para o seu controle. Essas ações devem ser executadas em toda rede de atenção primária do SUS e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário (BRASIL, 2009a). No Brasil, a doença é uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS), implementada através do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) (MORENO, ENDERS, SIMPSON, 2008).

O princípio cardinal do controle da hanseníase é o “controle da morbidade”, ou seja, a realização da detecção oportuna de novos casos; o tratamento com o esquema poliquimioterápico e a prevenção de incapacidades e a reabilitação. Para

tanto, é necessário assegurar que as atividades de controle da doença estejam integradas aos serviços da Atenção Primária à Saúde (LANZA, 2009).

Até o momento, as estratégias vigentes para o controle e eliminação da doença, embora tenham apresentado resultados positivos, são ainda insuficientes. A principal estratégia brasileira para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase baseia-se no princípio da descentralização, que propõe a integração das ações de controle da hanseníase na programação das atividades das Equipes Saúde da Família (ESFs), constituindo-se assim em uma rede de cuidados e atenção integral.

Diante disso, o governo vem trabalhando para assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a toda a população nos serviços de saúde mais próximos às suas residências, ou seja, estejam descentralizadas nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) (LANZA, 2009). É interessante verificar que a Campanha Nacional de Controle da Lepra já propunha na década de 60, além do fim do isolamento seletivo, o atendimento ambulatorial aos acometidos pela doença, no entanto, isto não foi levado adiante pelos governos militares (SAVASSI, 2010). Embora exista esse esforço por parte das diretrizes políticas atuais, na prática observa-se que as ações para a eliminação da hanseníase ainda encontram-se centralizadas e pouco difundidas no trabalho das ESFs.

Atualmente, o maior desafio é a garantia do acesso ao tratamento a todos os pacientes e em todas as unidades de saúde, mas para isso torna-se necessário que gestores, profissionais de saúde e a própria comunidade sejam envolvidas nas ações de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil (ANDRADE, 2000). Uma descentralização efetiva do diagnóstico e do tratamento da doença, utilizando os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, o mais próximo possível da casa do paciente, será capaz de levar a um diagnóstico na fase inicial da doença, permitindo o tratamento imediato e reduzindo as taxas de abandono do tratamento.

Segundo Brandão (2008), o PNCH vem estreitando laços com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com o objetivo de descentralizar as ações para controle da hanseníase. Segundo esse mesmo autor, muito se tem investido na capacitação de profissionais de saúde que atuam na rede básica.

Percebe-se, no entanto, uma fragilidade na integração entre as ações de controle e a atenção primária à saúde, não pelas propostas estabelecidas diretamente pelo Ministério e sim pela precariedade da execução a nível municipal. Ainda hoje, em muitos municípios do Brasil, as condições de trabalho são precárias, o vínculo empregatício incerto e há dificuldades de lotação do profissional médico que, por sua vez, não possui na maioria das vezes a formação generalista ou de médico de família. Isto faz com que a rotatividade de profissionais seja intensa e as capacitações não acompanhem tais mudanças. A necessidade de investimento em educação permanente não deve estar apenas em idéias ou planos de alguns segmentos, mas deve ser garantida nos planos diretores municipais.

Há também uma realidade que não pode ser esquecida: muitos dos Secretários Municipais de Saúde não possuem formação na área e suas assessorias estão à mercê das demandas políticas locais, o que implica, muitas vezes, num esquecimento das ações de controle da hanseníase (BRANDÃO, 2008). A Hanseníase precisa ser vista como prioridade, não apenas pelo poder público, mas também pelos profissionais de saúde e seu controle deve ser cobrado pela população através dos Conselhos Municipais de Saúde.

A importância da atenção ao portador de hanseníase no âmbito da Estratégia da Saúde da Família inspirou este trabalho, que se propõe a realizar um levantamento bibliográfico quanto aos limites e possibilidades dessa descentralização. É evidente que as diretrizes do PNCH direcionam para esse caminho, mas, na prática diária, ainda existe uma resistência por parte dos profissionais em trabalhar tal tema e uma desvalorização do mesmo por parte dos gestores. Espera-se que, ao final desse estudo, seja possível responder a seguinte questão: a Equipe Saúde da Família está preparada para atender os pacientes com hanseníase?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Analisar os limites e possibilidades de implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PCNH) nas equipes do Programa Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a- Analisar o modelo assistencial na atenção à hanseníase no processo de descentralização da atenção para as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- b- Levantar os fatores que facilitam e/ou dificultam a assistência ao portador de hanseníase pelas Equipes Saúde da Família.
- c- Definir diretrizes para a implantação do cuidado ao paciente com hanseníase dentro da Estratégia da Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT e BECK, 2006). Dessa forma, a revisão integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico e a melhoria da prática clínica.

Para a coleta de dados foram utilizados artigos científicos, teses e dissertações publicados nos últimos 15 (quinze) anos nas seguintes bases de dados online: SciELO, LILACS, BIREME, MEDLINE, COCHRANE e Google Acadêmico. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras chaves: “hanseníase”, “Programa Saúde da Família”, “descentralização”. As produções científicas encontradas foram analisadas e os resultados discutidos, buscando uma integração entre eles.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Epidemiologias da Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, com grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, a limitação da vida social e problemas psicológicos (BRASIL, 2002a).

É causada pelo bacilo Mycobacterium leprae, que foi descrito em 1873 pelo norueguês Amauer Hansen, daí o nome “Bacilo de Hansen”. Trata-se de um bacilo álcool-ácido resistente e parasita intracelular, com predileção pelas células de Schwann e da pele. O homem é definido como o único reservatório natural do bacilo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos) (ARAUJO, 2003).

A classificação de Madri (1953) adota critérios de polaridade, baseados nas características clínica, bacteriológica, imunológica e histológica da doença, definindo os grupos polares, tuberculóide (T) e virchoviano (V); o grupo transitório e inicial da doença, a forma indeterminada (I); e o instável e intermediário, a forma dimorfa (D) (SOUZA, 1997). Para fins operacionais, em 1982, a OMS propôs classificar a doença como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB), sendo essa uma classificação simplificada e indicada para o trabalho de campo. As formas PB são caracterizadas por até cinco lesões de pele com perda de sensibilidade. Já a hanseníase MB está associada a múltiplas lesões de pele (mais de cinco) (MINAS GERAIS, 2006). Os pacientes portadores de formas multibacilares (MB) são considerados a principal fonte de infecção (ARAUJO, 2003). A tabela 1 ilustra essa classificação.

Tabela 1: Correlação entre as classificações de Madri (1953) e da OMS (1982) adotadas para a hanseníase. Viçosa, 2011.

MADRI	Indeterminada (I)	Tuberculóide (T)	Dimorfa (D)	Virchoviana (V)
OMS	Paucibacilares (PB)		Multibacilares (MB)	

O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar de 11 a 16 dias (LOMBARDI *et al.*, 1990 *apud* LANZA, 2009) e de período de incubação prolongado, em média, de dois a cinco anos (BRASIL, 2008a). Essa lentidão biológica do bacilo é um dos motivos da hanseníase ser uma doença crônica, porém não o único, visto que as próprias manifestações clínicas são pouco perceptíveis e as complicações irreversíveis.

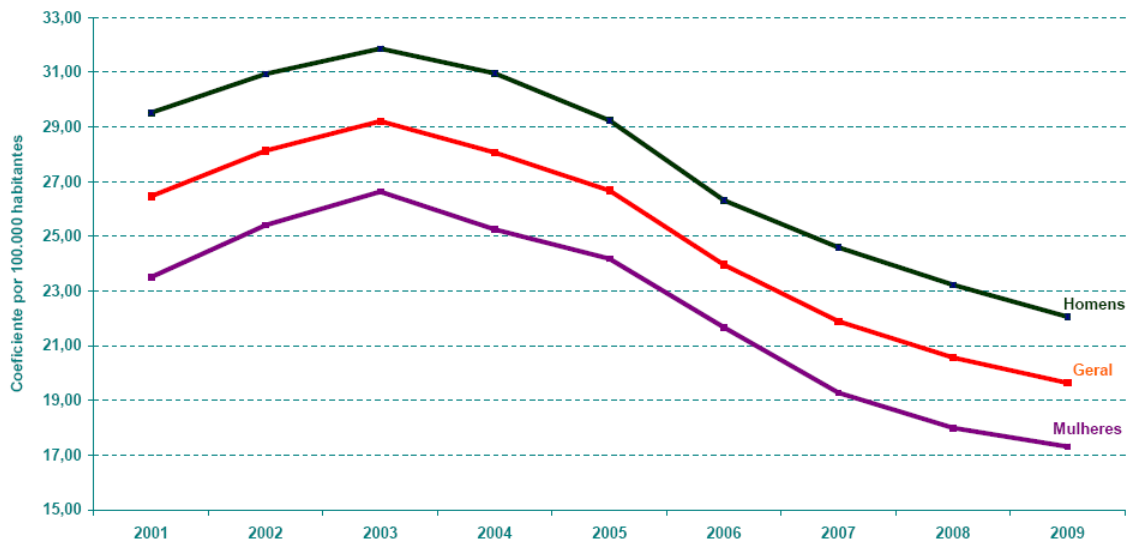
A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente, portadora da forma infectante – MB, sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Dessa forma, a principal via de eliminação dos bacilos são as vias aéreas superiores, sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada do Mycobacterium leprae no corpo, através de um contato íntimo e prolongado (BRASIL, 2008a).

O Mycobacterium leprae tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, mas poucos adoecem, devido à sua baixa patogenicidade e também devido a necessidade do paciente susceptível a doença. Um grande número de pessoas tem resistência natural ao bacilo, e outras se beneficiam da reação cruzada da BCG. Somente aqueles anérgicos (Mitsuda negativo) estão susceptíveis ao adoecimento. Mesmo em áreas endêmicas, somente 10% das pessoas contaminadas desenvolvem os agravos (BRASIL, 2002a). Sabe-se, também, que a susceptibilidade ao Mycobacterium leprae tem influência genética e estima-se que 90% da população tenha defesas naturais contra esse bacilo (BRASIL, 2008a).

Observa-se que, na maioria das regiões do mundo, há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres. No Brasil, o gráfico 1 evidencia que o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase, no período de 2001 a 2009, foi maior nos homens. Em relação às crianças, especialmente em menores de 15

anos, observa-se maior número de casos, nos locais onde a endemia está em expansão (LANZA, 2009).

Gráfico 1: Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes, segundo sexo, período de 2001 a 2009, Brasil. Sinan/SVS-MS, 2009.



Fonte: Sinan/SVS-MS

dados disponíveis em 31/07/2010

Fonte: Sinan/SVS-MS

A endemia hanseníase também possui uma estreita relação com as condições econômicas de uma população e com seus fatores demográficos, históricos, culturais e sociológicos. São apontados como fatores que contribuem para a manutenção da endemia: movimentos populacionais massivos em direção aos grandes centros urbanos, gerando um crescimento descontrolado e um assentamento desorganizado da periferia desses centros; o quadro sócio-sanitário caótico (desemprego, inflação, analfabetismo, alimentação inadequada, falta de higiene, altas taxas de mortalidade infantil, ausência de planejamento familiar, entre outros), além da existência de uma estrutura deficiente da rede de serviços de saúde, que não dá respostas adequadas aos problemas existentes (LANZA, 2009).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele, com alteração de sensibilidade e/ ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2009a).

O exame dermatológico consiste na identificação de lesões de pele por meio de inspeção de toda a superfície corporal do paciente e realização de testes de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões e/ou áreas suspeitas, para verificação de qualquer alteração (BRASIL, 2008a).

O exame neurológico, por sua vez, compreende a inspeção, palpação/percussão e avaliação funcional (sensibilidade e força muscular) dos nervos periféricos. A partir desse exame pode-se classificar o grau de incapacidade física (BRASIL, 2008a).

Sabe-se que o processo inflamatório dos nervos periféricos, conhecido também como neurite, é um aspecto importante da hanseníase. No estágio inicial da doença, a neurite hansênica não apresenta um dano neural demonstrável; contudo, sem tratamento adequado, a neurite torna-se crônica e evolui, passando a evidenciar o comprometimento dos nervos periféricos. Dessa forma, as pessoas doentes podem apresentar perda da capacidade de suar (anidrose), perda de pelos (alopecia), perda das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil e paralisia muscular (BRASIL, 2002a).

O processo inflamatório descrito acima pode ser causado pela ação do bacilo nos nervos, pela resposta do organismo à presença do bacilo, ou por ambos. Assim, lesões neurais surgem e, se não tratadas, podem causar dor e espessamento dos nervos periféricos, alteração de sensibilidade e perda de força nos músculos inervados por esses nervos, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores, dando origem a incapacidades e deformidades (BRASIL, 2002a).

O grau de incapacidade física é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés, por serem essas as áreas com maior frequência de lesão de diagnóstico simples e com maiores repercussões nas atividades cotidianas do indivíduo. O resultado final é expresso em valores que variam de 0 a 2. No grau 0 estão classificados os doentes sem qualquer tipo de incapacidade funcional; no grau 1, aqueles que apresentam perda de sensibilidade protetora e no grau 2 aqueles que, além da perda de sensibilidade, apresentam complicações tais como: úlceras tróficas, garras, reabsorções ósseas em mãos e/ou pés ou, ainda, lesões oculares diversas (LANZA, 2009).

Evitar a ocorrência de lesões nervosas corresponde à maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase e, para isso, são necessários o diagnóstico e tratamento precoces, pois as incapacidades e deformidades causadas por essas lesões são responsáveis pelo estigma e pela discriminação que recaem sobre os indivíduos e suas respectivas famílias (OMS, 2000).

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia (PQT). Ele é fundamental para curar e encerrar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública. (BRASIL, 2002a)

O esquema PQT é constituído pelos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada para evitar a resistência do bacilo aos medicamentos. O tipo de esquema terapêutico é recomendado de acordo com a classificação operacional do doente.

O esquema PQT para os pacientes PB é constituído por seis doses mensais de rifampicina e doses diárias auto-administradas de dapsona, durante um período que pode variar de seis a nove meses. Já o esquema MB consiste em 12 doses mensais de rifampicina e doses diárias auto-administradas de dapsona e clofazimina, com duração mínima de 12 e máxima de 18 meses (BRASIL, 2002a).

A PQT combate o bacilo tornando-o inviável. O bacilo inviável é incapaz de infectar outras pessoas, conseqüentemente, rompe a cadeia epidemiológica da doença, fazendo com que seja possível a eliminação da hanseníase e a prevenção da ocorrência de incapacidades físicas. Sua ação eficiente vem reduzindo a prevalência global da doença, sendo possível garantir sua cura e reduzindo, assim, o grande e histórico estigma ligado ao seu portador, sua discriminação e exclusão social (LANZA, 2009).

A introdução oficial da PQT, na década de 80, possibilitou rápidos avanços no controle da hanseníase. Em maio de 1991, durante a 44^a Conferência Mundial de Saúde, os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiram estratégias para que a hanseníase deixasse de ser um problema de saúde pública naqueles países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a um caso para cada 10 mil habitantes (SILVA SOBRINHO e MATHIAS, 2008). Dessa forma, o aumento da cobertura dos serviços de PQT, a procura ativa de casos e as

campanhas de eliminação da hanseníase registraram um dramático aumento do número de casos novos detectados a cada ano (ANDRADE, 2000).

Essas estratégias foram reconhecidas por inúmeros países endêmicos em hanseníase que, a partir de 1995, promoveram, com o apoio da OMS e de Organizações Não-Governamentais (ONG), as Campanhas de Eliminação da Hanseníase, com o objetivo de detectar os casos da doença e tratá-los imediatamente com a PQT, principalmente nas áreas que havia muitos casos ocultos e nas comunidades onde os serviços de assistência a pacientes com hanseníase eram inadequados (LANZA, 2009).

Essas campanhas proporcionavam o envolvimento dos serviços de saúde nas atividades de prevenção e controle da doença e tinham como objetivos o treinamento dos profissionais de saúde; a educação da comunidade para estimular a detecção através de métodos passivos e a remoção das percepções negativas sobre a doença, além do tratamento de todos os casos diagnosticados utilizando o esquema poliquimioterápico (LANZA, 2009).

Apesar de todos esses esforços, o Brasil, em 1998, ainda aparecia nas estatísticas da OMS como o 2º país em número absoluto de casos em registro ativo, com aproximadamente 75.000 casos conhecidos, só perdendo para a Índia. Isso representava cerca de 85% dos casos na América Latina e uma prevalência de 4,54 doentes por 10.000 habitantes em 1998 (LANA *et al.*, 2000). Cunha *et al* (2007) informam que no período de 1990 a 2003 ocorreu uma importante redução da taxa de prevalência, de 18,5 para 3,88; no entanto, foi observado um aumento na taxa de detecção nesse mesmo período, de 1,89 para 2,39 casos, para cada 10 mil habitantes.

Esse aumento da taxa de detecção pode ser atribuído, provavelmente, mais a razões operacionais do que à continuação da disseminação da doença, principalmente devido às intensas atividades de controle da hanseníase, que foram promovidas no país nesse período (ANDRADE, 2000). No que se refere à taxa de prevalência, Cunha *et al* (2007) acreditam que exista uma prevalência oculta da hanseníase que justifique a existência de cerca de 3 mil pessoas com deformidades físicas por hanseníase a cada ano. Segundo esses autores, recentemente, essa prevalência oculta foi demonstrada no Estado do Acre através do incremento de

mais de 100% no número de casos diagnosticados em apenas três dias de exame dermatológico de massa.

Apesar da efetividade do tratamento existente, tornou-se evidente que havia necessidade de uma abordagem diferente para se eliminar a hanseníase e que essa nova abordagem precisava se adaptar às condições locais e aos serviços de saúde existentes. Dessa forma, o Ministério da Saúde reconhecia que a chave para eliminar a hanseníase do Brasil era expandir a cobertura dos serviços de hanseníase, fornecendo serviços de PQT dentro do sistema de atenção primária municipal. Para guiar esse processo, uma Força Tarefa foi criada em janeiro de 1999 na qual estiveram representados todos os participantes chave, sendo eles: o Programa Nacional de Hanseníase do Ministério da Saúde, os Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Organização Panamericana de Saúde (OPS)/OMS, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN - uma organização de mobilização social para a hanseníase) e peritos em hanseníase (ANDRADE, 2000).

O Estado de Minas Gerais, em 1991, ocupava a posição de primeiro lugar no Brasil em número de casos de hanseníase em registro ativo, apresentando uma prevalência de 22,2 casos / 10.000 habitantes, 22 vezes maior que a preconizada pela OMS. A intensificação das ações de controle da hanseníase permitiu alcançar importantes resultados de 1991 a 2000, tais como: aumento da cobertura de municípios com ações de controle de hanseníase implantadas de 12,0% para 65,8%; aumento no percentual de casos de hanseníase em registro ativo submetidos à PQT de 15,5% para 99,9%; redução do abandono de tratamento de 56,6% para 15,2% e redução da taxa de prevalência de 22,2 para 3,2 por 10.000 habitantes (MINAS GERAIS, 2001).

Em diversos estados brasileiros, assim como em Minas Gerais, a meta estabelecida pela OMS através do Plano de Eliminação da Hanseníase na América de se reduzir a prevalência para menos de 1,0 caso/10.000 habitantes até o ano 2000 não foi alcançada, o que fez com que essa meta fosse reatualizada, para o caso brasileiro, para até o ano 2005 (LANA *et al.*, 2000).

A OMS lançou, então, a “Estratégia do Esforço Final para a Eliminação da Hanseníase - Plano Estratégico 2000-2005” com as seguintes propostas: expandir os serviços de PQT, aumentar a cobertura do diagnóstico de hanseníase, prover

treinamento para os profissionais de saúde permitindo a eles diagnosticar e tratar a doença, promover ações de educação da comunidade e estimular a população a dar seguimento ao tratamento (LANZA, 2009; OMS, 2006).

Ao final de 2005, a prevalência registrada da hanseníase no Brasil era de 3,1 casos por 10.000 habitantes (BRASIL, 2008b). Os países que não cumpriram a meta em 2005 tiveram o prazo ampliado até o ano de 2010, para eliminarem a hanseníase como problema de Saúde Pública. Por isso, a OMS publicou, em 2005, a “Estratégia global para aliviar a carga de hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. Período do Plano: 2006-2010” (OMS, 2005).

Os principais elementos dessa estratégia são (OMS, 2005, p. 6):

1. Sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos;
2. Usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso;
3. Controlar a hanseníase através da detecção oportuna de novos casos e seu tratamento com PQT;
4. Prover atenção de qualidade aos pacientes, que deve ser equitativamente distribuída, financeiramente exequível e facilmente acessível;
5. Assegurar diagnóstico de qualidade, gestão de casos, registro e notificação em todas as comunidades endêmicas;
6. Fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento;
7. Desenvolver ferramentas e procedimentos baseados na atenção comunitária, integrados e localmente apropriados para a prevenção de incapacidades e para a provisão de serviços de reabilitação.

Atualmente, o Brasil continua sendo o maior responsável pela endemia no continente americano e está entre os 12 países que registraram 90% dos casos no mundo, ocupando o primeiro lugar em incidência e prevalência entre os três países que ainda não eliminaram a doença no mundo. Houve uma discreta redução no valor médio da incidência da doença no país que foi de 26,61/100.000 em 2001 para 21,08/100.000 em 2007. Mesmo com uma maior precocidade do diagnóstico no país, as deficiências físicas (Grau 2) no diagnóstico ainda se encontram num percentual considerado de média magnitude (entre 5 e 10%) pelo PNCH, haja vista que nos anos de 2001 e 2006 o percentual foi de 6,0% e 5,7%, respectivamente. Já os casos diagnosticados com Grau 1 mantiveram-se acima de 15% durante o período de 2001 a 2006. (ARANTES *et al.*, 2010)

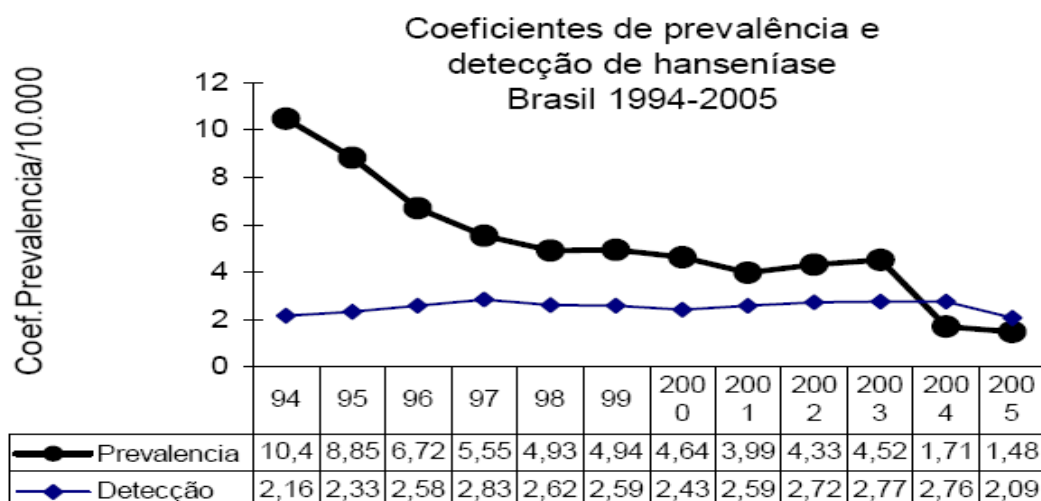
A escolha da taxa de prevalência como indicador de eliminação da hanseníase têm sido bastante discutida na literatura. A meta de eliminação da

hanseníase com base no indicador de prevalência pontual foi substituída pelo indicador de detecção de casos novos, que mede a força de morbidade, a magnitude e a tendência da endemia (LANZA, 2009; MINAS GERAIS, 2006). Em 2007, no Brasil, o coeficiente de detecção de casos novos alcançou o valor de 2,10 / 10.000 habitantes e o coeficiente de prevalência 2,19 / 10.000 habitantes (BRASIL, 2008c).

Nos países endêmicos como o Brasil, o panorama epidemiológico ainda revela que a taxa de detecção vem se mantendo estável ou que existe até mesmo um aumento do número de casos novos (devido à detecção de casos ocultos através dos serviços de saúde ou através das campanhas de eliminação) concomitante à redução da taxa de prevalência, sugerindo que a infecção não está sendo adequadamente controlada pelo uso da poliquimioterapia. Alguns autores, no entanto, afirmam que a PQT reduz a infectividade dos pacientes, mas parece não prevenir a ocorrência de novos casos na população (LANZA, 2009).

O gráfico 2 mostra dados e indicadores epidemiológicos atuais que revelam que a tendência das taxas de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase é decrescente no país (BRASIL, 2006b).

Gráfico 2: Evolução dos coeficientes de prevalência e de detecção no Brasil, no período de 1994 a 2005. Sinan/SVS-MS, 2006.

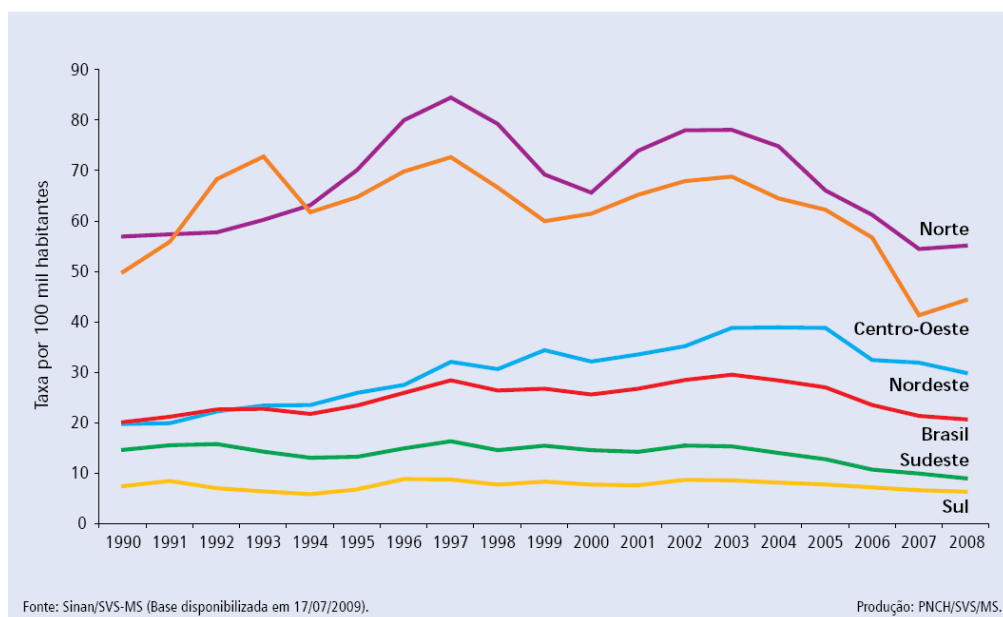


Fonte: PNEH

Fonte: Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH)

Ainda que os dados registrem um importante decréscimo dessas taxas, os níveis de magnitude da doença demonstram a necessidade de se dar continuidade à execução de atividades que impactem a transmissão da doença. A análise do gráfico 3 e da tabela 1 demonstra uma alta taxa de detecção nos estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, quando comparados aos estados das regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2009b).

Gráfico 3: Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral por regiões do Brasil no período de 1990 a 2008. Sinan/SVS-MS, 2009.



Fonte: Sinan/SVS-MS

Tabela 1: Taxas de prevalência e de detecção da hanseníase e classificação da endemia, no ano de 2005, por regiões do Brasil. Sinan/SVS-MS, 2006.

Região	Prevalência	Parâmetro	Detecção	Parâmetro
Norte	4,02	Médio	5,63	Hiperendêmico
Nordeste	2,14	Médio	3,07	Muito alto
Sudeste	0,60	Baixo	0,88	Médio
Sul	0,53	Baixo	0,69	Médio
Centro-Oeste	3,30	Médio	4,41	Hiperendêmico
Brasil	1,48	Médio	2,09	Muito alto

Fonte: SINAN/DATASUS/MS.

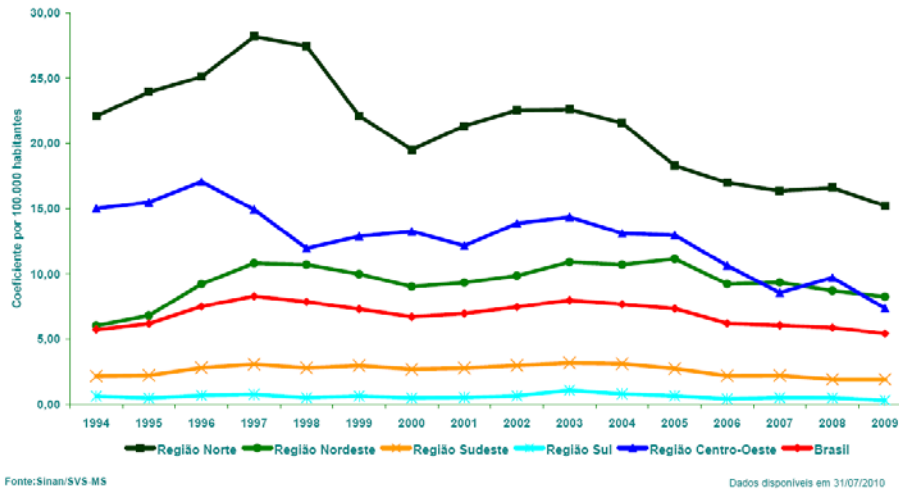
A partir de 2009, a OMS recomendou dois indicadores epidemiológicos como prioritários para o controle da doença; até aquele momento, o indicador mais importante era a avaliação do coeficiente de prevalência, que é a proporção de casos em relação a cada grupo de 10 mil habitantes. Assim, os indicadores definidos como prioritários em 2009 e que se mantêm até os dias atuais, são a proporção de jovens abaixo de 15 anos entre os novos casos diagnosticados e os registros de pacientes com alto grau de incapacidade provocada pela enfermidade, como deformações no corpo.

Segundo o Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2009), os dados desses dois indicadores prioritários recomendados pela OMS e já em uso no Brasil servem para avaliar a precocidade ou não do diagnóstico realizado no paciente, além de orientar ações para aprimorar a vigilância da enfermidade, o que faz reduzir o número de casos.

No caso da detecção de novos casos em jovens, o indicador permite monitorar o índice de transmissão da doença em anos recentes. Isso porque, a notificação da doença em pessoas com menos de 15 anos revela que os adultos que convivem esses menores não foram diagnosticados e, portanto, não recebem o

tratamento, sendo assim transmissores da hanseníase, mantendo ativa a cadeia de contaminação.

Gráfico 4: Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil e regiões, no período de 1994 a 2009. Sinan/SVS-MS, 2009.



Fonte: Sinan/SVS-MS

O gráfico 4 revela alta magnitude da endemia de hanseníase em menores de 15 anos, com um coeficiente de detecção de 0,6 em cada 10.000 habitantes. Embora o maior número absoluto de crianças detectadas com hanseníase tenha sido na Região Nordeste, o maior coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi na Região Norte, com 1,62 casos em cada 10.000 habitantes, demonstrando a manutenção da endemia naquela região.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), o coeficiente de detecção em menores de 15 anos é prioridade da política atual de controle da hanseníase no país, por indicar focos de infecção ativos e transmissão recente e deve ser monitorado com rigor, para que se possa acompanhar as taxas da doença nessa faixa etária e a meta estabelecida no PAC-Mais Saúde.

Tabela 2: Indicadores epidemiológicos e operacionais da Hanseníase, Brasil, 2001 a 2008. Sinan/SVS-MS, 2009.

Indicadores / Ano	Casos Novos 0 - 14 anos	Coefficiente Detecção 0 - 14 anos por 100 mil habitantes	Casos Novos Geral	Coefficiente Detecção Geral por 100 mil habitantes	% de avaliados quanto ao GIF no diagnóstico	% de pacientes com GIF 2 no diagnóstico	% de Avaliados quanto ao GIF na cura	% de Contatos Examinados	% de cura nas coortes
2001	3.555	6,96	45.874	26,61	84,7	6,0	64,7	67,9	81,6
2002	3.862	7,47	49.438	28,33	84,2	5,9	63,1	68,0	75,8
2003	4.181	7,98	51.900	29,37	84,9	5,6	60,9	52,7	69,3
2004	4.075	7,68	50.565	28,24	84,8	5,8	60,4	43,9	67,3
2005	4.010	7,34	49.448	26,86	85,5	5,8	58,9	45,5	69,2
2006	3.444	6,22	43.642	23,37	86,6	5,7	60,6	49,7	85,5
2007	3.048	6,07	40.126	21,19	83,0	9,4	55,1	49,8	81,1
2008	2.910	5,88	38.992	20,56	88,2	7,7	67,8	54,3	79,4

Fonte: Sinan/SVS-MS.

Dados disponibilizados em 17/07/2009.

Fonte: Sinan/SVS-MS

Tabela 3: Parâmetros oficiais do Ministério da Saúde para classificação do grau de endemia da hanseníase. Sinan/SVS-MS, 2009.

PARÂMETROS

COEFICIENTE DE DETECÇÃO EM < 15 ANOS	COEFICIENTE DE DETECÇÃO POP. GERAL	% DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS	% DE GRAU 2 DE INCAPACIDADE FÍSICA	% DE CONTATOS EXAMINADOS	% DE CURA NAS COORTES
Hiperendêmico: ≥ 10,00/100.000 hab.	Hiperendêmico: ≥ 40,00/100.000 hab.	Bom: ≥ 90,0%	Alto: ≥ 10,0%	Bom: ≥ 75,0%	Bom: ≥ 90,0%
Muito Alto: 5,00 a 9,99/100.00 hab.	Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.	Regular: 75,0 a 89,9%	Médio: 5,0 a 9,9%	Regular: 50,0 a 74,9%	Regular: 75,0 a 89,9%
Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab.	Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab.	Precário: < 75,0	Baixo: < 5,0%	Precário: < 50,0	Precário: < 75,0
Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab.	Médio: 2,00 a 9,99/100.000 hab.	-	-	-	-
Baixo: < 0,50/100.000 hab.	Baixo: < 2,00/100.000 hab.	-	-	-	-

Fonte: Sinan/SVS-MS

A tabela 2 informa que o coeficiente de detecção do Brasil, em menores de 15 anos, no período de 2001 a 2008, apresentou classificação “muito alta”, segundo parâmetros oficiais (tabela 3).

A distribuição dos casos em menores de 15 anos, em 2008, demonstra que houve notificação de casos em crianças em 798 (14,3%) municípios do país. Vale salientar que 1.173 municípios estão inseridos nas dez áreas de maior risco de detecção de casos de hanseníase (Figura 1).

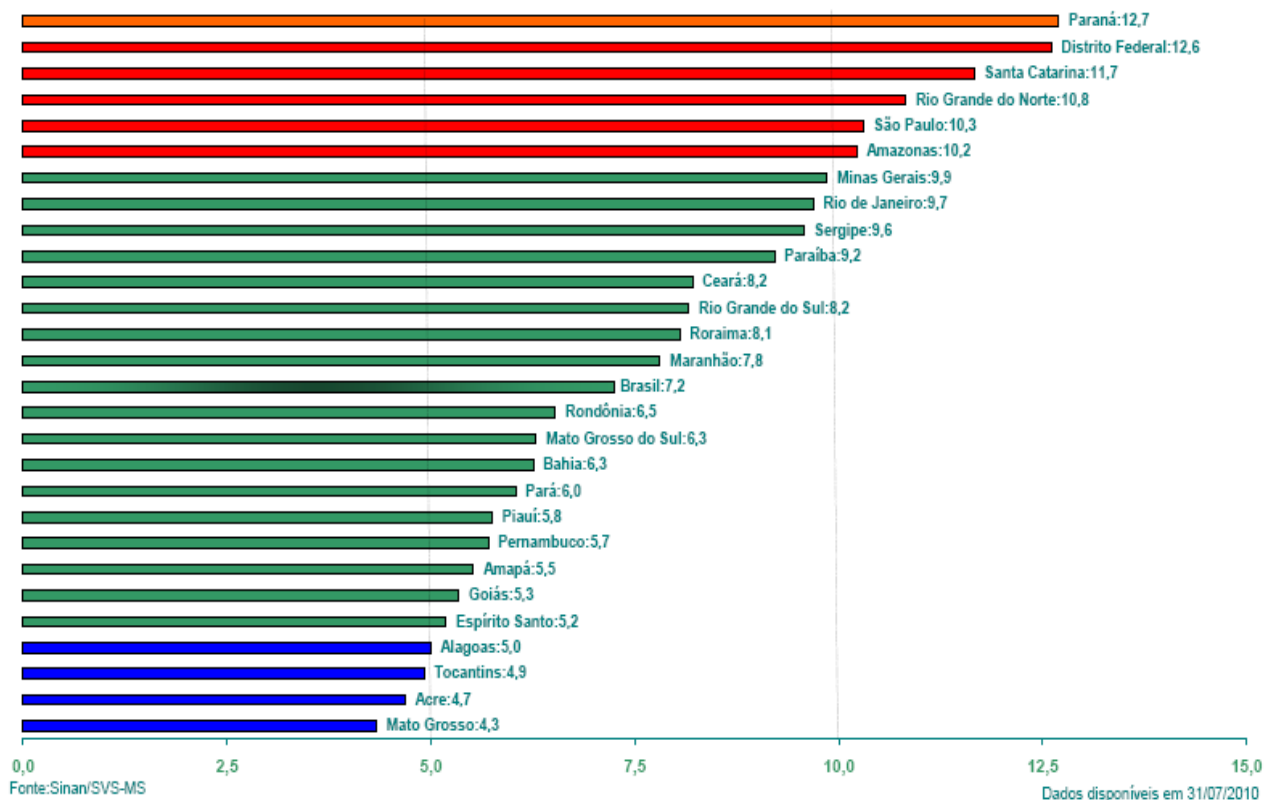
Figura 1: Clusters de casos novos de Hanseníase, ordenados segundo o coeficiente de detecção no período de 2005 a 2007, Brasil.



Fonte: Penna, MLF- MS, 2008.

A Figura 1, ilustrada acima, mostra as áreas conforme o coeficiente de detecção de casos de hanseníase, sendo que o número 1 corresponde à área de maior detecção de casos novos. Essas áreas são as 10 prioritárias no Brasil atualmente.

Gráfico 5: Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade 2 no diagnóstico entre os avaliados Estados e Brasil, 2009. Sinan/SVS-MS, 2009.



Fonte: Sinan/SVS-MS

O gráfico 5 nos permite concluir que diagnósticos vem ocorrendo de forma tardia, o que aponta para a necessidade de aumentar a busca ativa de casos novos. Isso feito, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, o que também reduz a transmissão da doença para outras pessoas.

Além das diferenças epidemiológicas, essas informações permitem visualizar problemas operacionais, que revelam a necessidade de maior empenho dos estados no implemento das ações estratégicas previstas no Pacto pela Vida, Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAVS) e PAC-Mais Saúde, para

melhoria da atenção integral à pessoa com hanseníase e/ ou com seqüelas da doença.

Entre as metas pactuadas no Programa *Mais Saúde* para o período de 2008 a 2011 estão a redução de 10% no coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos, a cura de 90% dos casos diagnosticados, exame de pelo menos 50% dos contatos domiciliares e avaliação do grau de incapacidade de 75% dos novos casos (MINAS GERAIS, 2009).

O estado de Minas Gerais, segundo estudo de tendência realizado por Penna (2008), apresenta tendência decrescente estatisticamente significativa no tempo, para as séries temporais de coeficientes de detecção. Entretanto, no período de 1990 a 2008, esse coeficiente oscilou entre 17,55/100.000 habitantes em 1992 e 9,75/100.000 habitantes em 2008, apresentando ainda classificação “alta” para a média do período, segundo parâmetros oficiais (Tabela 3), porém menor que a encontrada no Brasil cujo coeficiente oscilou entre 20,0/100.000 habitantes em 1990 e 29,4/100.000 habitantes em 2003, apresentando classificação “muito alta” (Tabela 3). A região Sudeste apresenta coeficientes com valor médio de 13,71/100.000 habitantes, variando de 16,16/100.000 em 1997 e 8,81/100.000 em 2008, tendo também uma classificação “alta” no período, ainda que tenha tendência decrescente para o coeficiente de detecção (Tabela 3). O gráfico 6 e a tabela 4 ilustram essa análise.

Gráfico 6: Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral - Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil no período de 1990 a 2008. Sinan/SVS-MS, 2009.

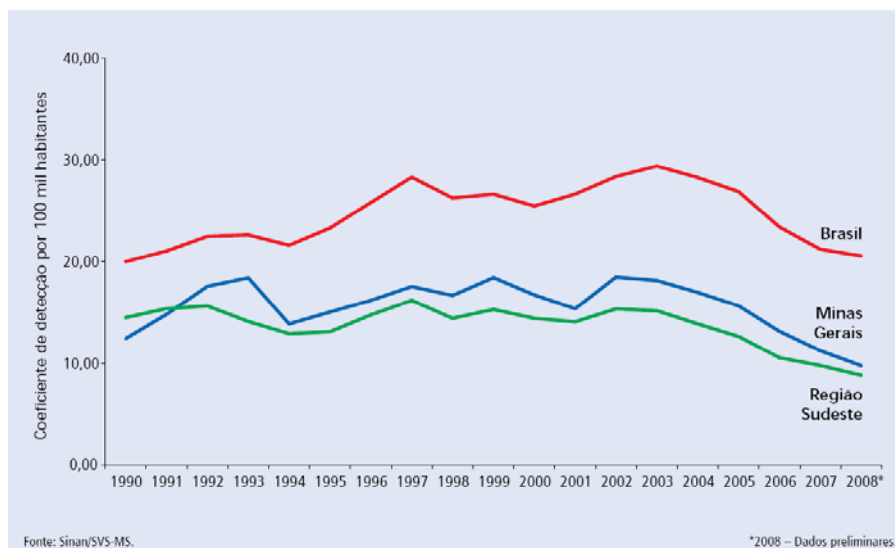


Tabela 4: Indicadores epidemiológicos e operacionais da Hanseníase, Minas Gerais, 2001 a 2008. Sinan/SVS-MS, 2009.

Indicadores / Ano	Casos Novos 0 - 14 anos	Coefficiente Detecção 0 - 14 anos por 100 mil habitantes	Casos Novos Geral	Coefficiente Detecção Geral por 100 mil habitantes	% de avaliados quanto ao GIF no diagnóstico	% de pacientes com GIF 2 no diagnóstico	% de Avaliados quanto ao GIF na cura	% de Contatos Examinados	% de cura nas coortes
2001	148	2,88	2.782	15,35	99,0	10,6	50,7	42,1	87,3
2002	181	3,48	3.383	18,44	98,7	9,7	61,8	28,6	79,9
2003	196	3,72	3.359	18,10	98,9	10,3	69,9	29,8	70,1
2004	220	4,13	3.177	16,93	98,7	8,7	74,3	36,5	71,7
2005	178	3,26	3.006	15,63	97,8	10,8	67,4	41,4	71,3
2006	134	2,42	2.555	13,12	96,2	10,7	73,6	41,0	84,7
2007	112	2,26	2.212	11,22	93,7	13,1	74,7	56,2	87,3
2008	82	1,67	1.935	9,75	95,6	10,9	84,5	58,7	84,9

Fonte: Sinan/SVS-MS.

*2008 – Dados preliminares.

Fonte: Sinan/SVS-MS

Em Minas Gerais, esse coeficiente de detecção em menores de 15 anos, no período de 2001 a 2008, apresentou também a classificação “alta”. A distribuição espacial dos casos em menores de 15 anos, em 2008, demonstra que houve notificação de casos em crianças em 57 (6,7%) municípios do estado, que estão cercados por áreas silenciosas ou sem casos. Vale salientar que alguns municípios do estado estão inseridos nas dez áreas (Figura 1) de maior risco de detecção de casos no país de hanseníase definidas pelo estudo de clusters (BRASIL, 2009b).

Os registros da avaliação de incapacidades, do percentual de cura e do exame de contatos mostram fragilidades decorrentes de problemas operacionais e sugerem a necessidade de maior empenho dos estados no implemento das ações estratégicas para melhoria da atenção integral à pessoa com hanseníase e ou com seqüelas da doença, incluindo maior eficiência na alimentação dos dados no sistema de informação. A resolução desses problemas faz-se necessária, para que os indicadores reflitam com precisão a realidade da assistência (BRASIL, 2009b).

A vigilância de contatos, facilitada pela descentralização das ações para a rede de atenção primária à saúde, precisa ser intensificada com o objetivo de identificar e tratar novos casos e interromper a cadeia de transmissão. Acredita-se ser um aspecto importante no controle e prevenção da hanseníase, a avaliação dermatoneurológica dos contatos intradomiciliares, uma vez que as pessoas que convivem com um caso de hanseníase possuem maior risco de serem infectadas do

que a população em geral (MATOS *et al.*, 1999; NETO, 2004; CALADO *et al.*, 2005; CAMELLO, 2006; FINE *et al.*, 2007; OLIVEIRA, 2008a; FERREIRA, *et al.*, 2009). A não-realização da investigação de contatos pode resultar na perda da oportunidade de detectar precocemente os casos, alterando assim o processo de transmissão do *Mycobacterium leprae* (FÉLIX *et al.*, 2004; CAVALIERE, 2005; CARDONA-CASTRO *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2008b; FERREIRA, *et al.*, 2009).

Nesse contexto, o controle da hanseníase no Brasil exige parcerias, grande mobilização social, vontade política dos gestores, compromisso e motivação dos técnicos e controle social.

4.2 Assistências ao portador de hanseníase na Atenção Primária a Saúde: limites e possibilidades

Apesar de todos os avanços na assistência ao paciente com hanseníase, percebe-se que o diagnóstico ainda é tardio: cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A demora nesse diagnóstico pode ser influenciada pela busca tardia por atendimento, pela dificuldade em se encontrar serviços e/ou profissionais capacitados para detectar a doença e pela falta de informação sobre os sinais e sintomas da doença. Assim, no Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades que poderiam ser evitadas (ARANTES *et al.*, 2010).

Políticas brasileiras têm apoiado medidas para atingir a meta de menos de um doente para cada 10.000 habitantes. Essas políticas fundamentam-se em ações que devem ser ampliadas para toda a rede de atenção primária à saúde, promovendo a descentralização da assistência e a intensificação da divulgação sobre as características, sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2006).

A partir dessa compreensão, surge, em 1991, a estratégia inicial para a integração da hanseníase na atenção primária à saúde, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, através do Programa Saúde da Família (PSF), programas estes que priorizam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999, p. 6):

A implantação de ações de controle da hanseníase em todas as unidades de saúde da rede básica hoje se apresenta como uma das

soluções para o alcance da meta de eliminação. Esta implantação tem custo muito reduzido, pois não necessita de alta complexidade e os medicamentos e imunobiológicos são fornecidos pelo governo, sendo de responsabilidade dos municípios, assessorados pelos Estados, o planejamento, execução e avaliação das ações de controle, conduzindo a uma nova realidade na qual os municípios assumam efetivamente a gerência do controle da hanseníase, a seu nível.

Mesmo com o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) e o Plano de Eliminação, o Brasil não alcançou a meta de eliminação da doença no ano 2000. Segundo Lanza (2009), isso ocorreu principalmente devido a problemas operacionais como a presença de uma estrutura centralizada do programa de hanseníase e da fraca descentralização das atividades de prevenção e de controle da doença para as unidades de atenção primária à saúde.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001), ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e enfatizou a importância de qualificar e melhorar a resolutividade dessa rede, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas relacionadas a problemas de abrangência nacional e, dentre elas, a eliminação da hanseníase. Assim, os municípios tiveram que incluir as atividades de suspeição diagnóstica, diagnóstico e tratamento da hanseníase na rotina de atendimento da atenção primária a saúde.

Essa norma teve um impacto positivo para a mobilização de recursos financeiros sendo que, em 2002, foi criado, pela Portaria n. 1.838 de 9 de outubro (BRASIL, 2002c), o Incentivo para a Ampliação da Detecção da Hanseníase no âmbito da Atenção Básica de saúde, no valor de sessenta reais para cada caso de hanseníase detectado, notificado ao SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) e tendo iniciado o seu tratamento (repassado aos Fundos Municipais de Saúde dos Municípios prioritários) e dez reais para cada caso detectado e notificado pelas Secretarias Municipais de Saúde (repassado aos Fundos Estaduais de Saúde do Estado correspondente) (BRASIL, 2002b).

Através do Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010, o Brasil vem trabalhando para descentralizar as ações de diagnósticos e de tratamento em grande escala na atenção primária a saúde. Os resultados desta iniciativa são demonstrados no aumento da cobertura das atividades de eliminação da hanseníase, o que tem levado muitos casos aos

serviços de saúde para tratamento. A tabela 5 demonstra o número de pacientes e de serviços que oferecem o tratamento de hanseníase, por regiões do Brasil (BRASIL, 2011).

Tabela 5: Número e percentual de pacientes em tratamento de hanseníase e de serviços de atendimento cadastrados no CNES*, por Estados do Brasil, ano de 2009. Sinan/SVS-MS, 2009.

REGIÃO / SERVIÇO	Total de serviços com pacientes em tratamento	% Serviços com Pacientes	Total de pacientes em tratamento	% Pacientes em tratamento	Serviços CAD no CNES	%	% cobertura CNES
Norte	1.138	13,4	8.198	19,6	9.233	4,4	10,9
Nordeste	3.774	47,3	17.737	42,3	44.584	21,1	8,0
Sudeste	1.315	16,7	7.650	18,3	94.895	44,9	1,3
Sul	479	7,0	1.656	4,0	44.410	21,0	1,2
Centro Oeste	1.309	15,7	6.664	15,9	18.450	8,7	6,4
Brasil	8.015	100,0	41.905	100,0	211.572	100,0	3,6

Fonte: Sinan/SVS-MS

*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

dados disponíveis em 31/07/2010

Datasus:CNES-MS

Fonte: Sinan/SVS-MS/Datasus:CNES-MS

Atualmente, o país está diante da necessidade de vencer novos desafios, como integrar as atividades de prevenção e de reabilitação nos serviços que atendem outros agravos, além de reduzir, evitar e inibir ações e atitudes discriminatórias. A ênfase continuará sendo a provisão de serviços de diagnóstico e de tratamento equitativamente distribuídos, financeiramente exequíveis e facilmente acessíveis. Não há, por enquanto, ferramentas ou informações novas que justifiquem qualquer mudança significativa na estratégia (BRASIL, 2006).

Apesar dos esforços de todas as esferas do governo, a descentralização do atendimento aos pacientes com hanseníase ainda não ocorreu na prática. Para Mendes *et al.* (2008), no processo de descentralização das ações de saúde, muitas dificuldades se interpõem, no dia-a-dia, entre a disponibilidade planejada e a utilização efetiva dos serviços, principalmente no controle de doenças específicas como a hanseníase, a tuberculose e outras que encontram grandes obstáculos de ordem técnica, administrativa e operacional.

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 125/SVS de 26 de março de 2009 (BRASIL, 2009a), considerando que o modelo de intervenção para o controle dessa endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, prevenção de incapacidades e na vigilância dos contatos domiciliares.

Nesse documento define-se que as ações de controle da hanseníase devem ser executadas por toda rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário. Ainda, anexas a essa Portaria, são apresentadas Instruções Normativas para a orientação de gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde, visando fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social.

Diante disso, os questionamentos atuais relacionam-se à efetividade das estratégias estabelecidas para a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. A descentralização do diagnóstico e tratamento dos casos para todas as unidades de atenção primária a saúde é suficiente para o alcance dessa meta? Outro questionamento importante e que se faz necessário: as Equipes Saúde da Família (ESF's) estão realmente preparadas para a assistência ao paciente com hanseníase?

Segundo Cunha *et al.* (2007), foi demonstrado em estudo no Ceará, Brasil, que a descentralização tem um papel importante, mas não melhora, por si só, o desempenho do sistema de saúde na assistência à população, não isoladamente. Contudo, em estudo realizado por esses autores no município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, ficou constatada a colaboração dessa estratégia de descentralização nas mudanças do quadro endêmico local, nos últimos cinco anos, mediante uma avaliação preliminar dos dados epidemiológicos.

Chen e Jiang (2001), através de sua pesquisa enfocando a avaliação de estratégias de controle da hanseníase na China, obtiveram a mesma conclusão e relatam um impacto favorável nos indicadores epidemiológicos e no cenário da doença após algumas intervenções, como o exame clínico de massa, fato esse que pode ser promovido pela ampliação da rede de assistência.

No estudo de Cunha *et al.*(2007) há também uma influência positiva da estratégia de descentralização relacionada ao incremento da detecção de casos novos. O acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, em todo o município de Duque de Caxias, ampliou a precocidade do diagnóstico e, conseqüentemente, reduziu o número de pacientes incapacitados. Assim, a facilitação do acesso e também a ampliação do rastreamento dos casos, através da democratização do diagnóstico por um número maior de profissionais de saúde, foram decisivos no processo de eliminação da doença.

Lanza (2009), ao realizar uma análise do modelo assistencial de atendimento aos pacientes com hanseníase na microrregião de Almenara, em Minas Gerais, evidenciou que o processo de integração das ações de controle da hanseníase na atenção primária a saúde iniciou-se tardiamente, mais precisamente no momento em que a meta de eliminação da doença foi adiada para 2010, e que, a partir de então, foi considerada uma maneira capaz de enfrentar a endemia hanseníase.

No estudo dessa microrregião, a autora concluiu que, em alguns municípios, o processo de descentralização para as unidades de PSF ainda está incompleto, uma vez que em algumas unidades de saúde somente a suspeita diagnóstica é realizada, ficando o tratamento a cargo da unidade de referência. Isso se deve à atual organização dos serviços de saúde nesses municípios, estruturados pelo modelo clínico que visa o atendimento individual do doente, sendo que as práticas de saúde voltadas para a abordagem coletiva do problema como educação para a comunidade, busca ativa dos contatos e vigilância epidemiológica ainda são bastante pontuais.

Pereira *et al.* (2008) evidenciou essa mesma realidade no município de Bauru, em São Paulo pois, embora a política pública municipal em saúde priorizasse o desenvolvimento da atenção primária a saúde, verificou-se a não realização da busca ativa dos casos e das ações de educação em saúde. Por essa razão, ao final desse estudo, as autoras destacaram a importância de se executar, constantemente, ações de educação em saúde, como práticas que otimizem a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, devido à superação de limitações provocadas pela doença. A necessidade de se implementar a busca ativa no controle da hanseníase, visando a detecção de casos novos somada à realização de

ações de educação em saúde, são entendidas por elas como possibilidades de um diagnóstico precoce e controle da situação epidemiológica da hanseníase em Bauru.

Segundo Lastória e Putinatti (2004), a ampla divulgação em campanhas educativas desencadeadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são medidas fundamentais para diagnosticar o maior número de doentes. Esses autores também reforçam a importância das atividades de busca ativa e do exame minucioso de todos os comunicantes de pacientes em tratamento e salientam, ainda, que esse tipo de atuação pode detectar casos nas formas iniciais da doença, como constatado em seu trabalho de análise epidemiológica referente à cadeia de transmissão em três municípios paulistas, Chavantes, Ipaussu e São Pedro do Turvo.

Figueiredo e Silva (2003) também observaram, no município de São Luiz, Maranhão, a importância dessa busca ativa da doença, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, frente à tendência ao aumento do número de casos nessa população. Pereira et al (2008) evidenciou que a ação de busca ativa dos casos de hanseníase não estava sendo realizada por nenhum dos serviços de saúde estudados. Segundo Mercaroni (2003), “a ausência de busca ativa de casos novos pode traduzir um silêncio epidemiológico e retratar uma nova realidade epidemiológica preocupante”.

Todos esses autores concordam com as indicações ministeriais, que ressaltam a importância da educação em saúde e da busca ativa como forma de se detectar novos casos; no entanto, esses estudos evidenciam que as propostas não são efetivamente seguidas nos diversos municípios estudados. Para Andrade *et al* (2006), ainda que nos últimos trinta anos tenha sido estabelecido um processo de ampliação da cobertura à população, o avanço da cobertura de serviços para as pessoas com hanseníase vem ocorrendo em um ritmo lento, aquém do padrão de avanços do SUS.

Os municípios que já vinham prestando atendimento aos portadores de hanseníase continuam centralizando a atenção em uma única unidade de saúde, quase sempre nas antigas unidades estaduais de saúde. Já os municípios, geralmente de pequeno porte, sem a oferta das atividades de controle da hanseníase, referendam seus casos para os outros municípios maiores. Com base nessas informações conclui-se que a declaração do compromisso político de alguns

gestores estaduais e/ou municipais não garante a descentralização da assistência ao portador de hanseníase (ANDRADE *et al*, 2006).

Segundo Arantes *et al.* (2010), a realização de campanhas frequentes, a distribuição de panfletos e outras atividades educativas junto à comunidade, a partir das ESFs, influenciam o aumento da detecção de casos no estágio inicial da doença. Lapa *et al.* (2006), avaliando o impacto da estratégia de descentralização no atendimento à hanseníase em Olinda, demonstraram que, após a descentralização, houve um aumento da detecção e da demanda espontânea nos serviços, uma redução da evasão do tratamento e alterações importantes nos indicadores epidemiológicos.

Assim, a descentralização da assistência à hanseníase deve ser vista como um importante instrumento, porém não único, a ser utilizado como estratégia para eliminação da doença. Fatores regionais culturais, sócio-econômicos, geográficos e políticos devem ser considerados para direcionar as decisões. Independentemente de que a eliminação da doença tenha ou não ocorrido no país até o prazo estabelecido, a endemia pode permanecer por um tempo maior em determinados municípios (SILVA SOBRINHO e MATHIAS, 2008).

Considerando a situação atual da saúde do município de São José do Rio Preto (SP) e a avaliação dos achados do estudo, Arantes *et al.* (2010) sugerem que a descentralização ocorra para o diagnóstico, tratamento e controle de comunicantes, permanecendo centralizado o tratamento das intercorrências e reabilitação das incapacidades. Segundo os mesmos, há de se incentivar campanhas de esclarecimento à população, além de educação permanente na preparação dos profissionais da saúde, evitando assim o descaso e esquecimento da hanseníase que se encontra em fase pós- eliminação no município.

Percebe-se que a descentralização da gestão da saúde, instituída através do processo de municipalização, não se baseia apenas na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município e nem na transferência de recursos financeiros. É preciso que os gestores locais tenham autonomia e vontade política para descentralizar as ações de eliminação da hanseníase para toda a rede de atenção primária a saúde (ANDRADE, 2006).

Para se alcançar a efetivação da integração entre hanseníase e atenção primária a saúde, Brandão (2008) ressalta que é necessário a valorização das ações

de comunicação e educação. Dessa forma, a inserção ampliada de conteúdos sobre assistência ao paciente com hanseníase deve estar presente na grade curricular do Ensino Médio e da formação técnica em saúde, bem como nos currículos de graduação dos diversos cursos da área da saúde, formando-se assim profissionais habilitados para a atenção integral ao portador de hanseníase e seus familiares.

Para Mendes *et al.* (2008), há um reconhecimento da necessidade de descentralização para eliminação da hanseníase; entretanto, na prática, a descentralização parece mais um desejo do que uma estratégia. No estudo, realizado no Estado da Paraíba, os autores observaram que a mudança na formação universitária dos profissionais de saúde, a valorização e a capacitação do profissional no serviço, a regularização das relações de trabalho e o interesse dos gestores em viabilizar as mudanças necessárias parecem ser as principais etapas para a implantação da estratégia da descentralização.

Moreno (2008) relata que é ainda é muito comum se ouvirem relatos de pacientes que enumeram a quantidade de profissionais da área da saúde pelos quais passaram sem que a doença fosse descoberta e muitos desses pacientes informam os vários tipos de tratamento que realizaram, sem obterem nenhum resultado. Essas autoras ressaltam que existem depoimentos de profissionais que relatam não se sentirem capazes de acompanhar pacientes com hanseníase, devido ao conhecimento insuficiente que têm sobre a doença.

Essa fragilidade de controle da hanseníase na atenção primária a saúde também foi constatada por Canesqui e Spinelli (2006) em estudo no Estado de Mato Grosso, onde 50% das ESFs não realizavam ações de diagnóstico e controle da doença. Oliveira (1998) relata em sua pesquisa que a maioria dos portadores desse agravo informou que os médicos, pelos quais eles foram avaliados, tiveram dificuldade em concretizar o diagnóstico, ocasionando assim situações constrangedoras até que se chegasse a um profissional capaz de efetivar o diagnóstico.

Para Moreno (2008), há necessidade da continuação da educação permanente dos profissionais das ESFs, com enfoque em hanseníase, considerando a sua importância para a saúde pública brasileira. Assim, nesse estudo realizado no Estado do Rio Grande do Norte, as autoras afirmam que não há um caminho mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde.

Compreende-se, então, que os processos educativos são fundamentais nos serviços de saúde; no entanto, o que se vê na realidade das ESFs é que as capacitações, treinamentos ou cursos ainda são pontuais e não abordam criticamente os problemas encontrados na prática profissional, com dificuldades em chegar à essência das questões para melhor compreender os determinantes da doença (PEREIRA *et al.*, 2008).

Para Souza, 1999 (*apud* Pereira, 2008) quanto mais capacitados forem os trabalhadores de saúde, melhor será a assistência às necessidades da população. Os mesmos ressaltam que a problematização dos processos de trabalho ainda não é vista como instrumento de aprendizagem, resultando no não entendimento das raízes históricas e sociais da prática cotidiana de trabalho, limitando os processos educativos e impedindo transformações no serviço.

Outro ponto fundamental no processo de descentralização é a vontade política dos gestores locais. Para que a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase progrida, deve-se incluir o gestor local nas discussões e decisões, para que um correto diagnóstico de viabilidade promova a identificação de soluções práticas no aproveitamento da estrutura e da capacidade instalada da rede de saúde dos municípios, promovendo uma maior equidade em saúde à população (ANDRADE, 2006).

Sobre isso, Bodstein (2002), Ferreira (2004) e Mendes (2008) referiram que análises do processo da descentralização da saúde dão evidências, em alguns casos, de despreparo da esfera municipal e precariedade na estrutura técnico-administrativa e incapacidade gerencial.

Como exemplos da falta de investimento da gestão municipal nas unidades de atenção primária à saúde temos os estudos de Lanza (2008) e Helene *et al.* (2008). O primeiro evidenciou que, em ESFs da zona rural, não existe estrutura física adequada para prestar atendimento aos casos de hanseníase, fazendo com que os profissionais atendam em salas de aula ou mesmo nos domicílios. A segunda, por sua vez, verificou que as salas são inadequadas e insuficientes e que, na maioria das unidades, não há salas para a técnica do curativo, bem como local para ações educativas com os doentes.

Além disso, torna-se evidente que as responsabilidades das gestões estaduais e federais não podem ficar esquecidas. Segundo Andrade (2006), é

essencial operacionalizar as competências das coordenações da área programática de hanseníase nas diferentes esferas de governo, nas ações de vigilância epidemiológica e no controle da endemia, para que o conjunto dessas ações possa efetivar a meta de eliminação da hanseníase (ANDRADE, 2006).

Apesar dos poucos registros na literatura de estudos no Brasil avaliando a relação entre estratégias de intervenções operacionais e os indicadores epidemiológicos sobre a hanseníase, percebe-se que a descentralização é um instrumento capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integração das atividades de detecção precoce de casos novos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes.

A análise dos diversos estudos aqui apresentados deixou evidente que ainda não se pode afirmar que a descentralização do diagnóstico e tratamento dos casos em todas as unidades de atenção primária a saúde conduza efetivamente para a eliminação da doença e que seja esta a melhor estratégia para manter a pós eliminação. No entanto, percebe-se que ela tem se mostrado eficiente na maioria dos estudos realizados, possibilitando aumentar a rede de assistência.

Apenas Juliano e Assis (2004) divergem do resultado encontrado, visto que esses autores consideram que a descentralização pode não ser benéfica ao país, argumentando que os municípios recebem funções sem receber os recursos necessários. Além disso, consideram também que pela diferença entre estados, não há um modelo único de descentralização.

Para Ramos Jr. *et al.* (2008) sem uma equipe de coordenação qualificada administrando o PNCH em nível municipal e sem suporte político necessário, as ações de descentralização e integração desse programa na rede de serviços da atenção primária não progredirão. Segundo os mesmos, sem um sistema de referência efetivo (e de contra-referência) de suporte ao PSF/PACS pela equipe de profissionais dos centros de referência, os profissionais de saúde da atenção primária continuarão a se sentir inseguros em situações mais complexas de diagnóstico e de tratamento de pacientes com hanseníase.

Assim, percebe-se nesse estudo que os profissionais das ESFs ainda possuem dificuldade em priorizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico, tratamento e reabilitação das incapacidades desse agravo frente aos demais programas da atenção primária a saúde. Somado a isso, observou-se nos estudos

que muitos desses profissionais não se sentem preparados para a assistência ao paciente com hanseníase e que as capacitações são ainda insuficientes e pontuais. A rotatividade de profissionais médicos, a precarização dos direitos trabalhistas dos profissionais que atuam nas ESFs, a deficiência em educação permanente, a ausência de recursos materiais e a falta de vontade política da gestão local são fatores que influenciam o não preparo das ESFs em realizar as ações de controle da hanseníase. Para Ronzani e Silva (2008), as ESFs, além de profissionais capacitados, necessitam de profissionais que se comprometam com o trabalho.

Vale ressaltar que, apesar do alcance da meta de eliminação na maioria dos municípios brasileiros, ainda é preocupante o silêncio epidemiológico de alguns desses, pois a inexistência de casos diagnosticados indica que é nula a sensibilidade do serviço local de saúde na detecção do agravo.

Mendes et al. (2008), em seu estudo, fornecem dados para a elaboração de recomendações e estratégias simples e efetivas para aperfeiçoar o PCNH, como a necessidade de melhor informação da população, a qualificação dos profissionais de saúde e a melhora do sistema de referência e contra-referência.

Como exemplo de sucesso na proposta de descentralização do PNCH está a experiência de Barra Mansa (RJ), que foi capaz de promover o envolvimento interinstitucional e da sociedade civil a fim de comprovar a factibilidade da implantação de propostas inovadoras na eliminação da hanseníase (MOREIRA e MARINHO, 2005).

Diante dessa análise, foi possível levantar os seguintes limites que atualmente têm dificultado a integração das ações do PNCH na atenção primária a saúde (LANZA, 2009):

- a. Profissionais de saúde pouco envolvidos com a temática da hanseníase;
- b. Profissionais de saúde com conhecimentos insuficientes para realizarem a assistência ao paciente com hanseníase de forma segura;
- c. Profissionais de saúde sem perfil para trabalharem no PSF;
- d. Alta rotatividade de profissionais, principalmente dos médicos;
- e. Condições precárias de trabalho, com vínculo empregatício incerto e precarização dos direitos trabalhistas;

- f. ESFs com unidades improvisadas, sem adequada estrutura para os atendimentos;
- g. A hanseníase ainda não é priorizada frente aos demais programas da atenção primária a saúde;
- h. Capacitações realizadas pelas Gerências Regionais de Saúde não atingindo todas as equipes;
- i. Profissionais de saúde que participam das capacitações e mesmo assim não se sentem capazes de realizarem as ações de controle da hanseníase;
- j. Ausência de materiais educativos nas equipes para promover a educação nas comunidades;
- k. Ausência da Linha Guia da Hanseníase em diversas ESFs;
- l. Ausência de recursos materiais como o estesiômetro e fichas para a avaliação das incapacidades na grande maioria da equipes;
- m. Ausência de profissionais bioquímicos capacitados em alguns municípios para realizarem o BAAR, o que gera a necessidade daquele município encaminhar os pacientes para outros municípios;
- n. Planejamento inadequado do estoque de medicamentos hansenostáticos;
- o. Ausência de uma equipe de referência municipal;
- p. Insuficiência do sistema de referência para os serviços de Atenção Secundária e Terciária;
- q. Municípios com silêncio epidemiológico em relação à hanseníase, evidenciando a nula sensibilidade das ESFs na detecção do agravo;
- r. A vigilância epidemiológica frágil, ficando num plano secundário, sendo que muitos municípios não incorporam o saber da epidemiologia para definirem a programação e monitorização de suas práticas de saúde;
- s. Ausência de vontade política por parte da gestão local.

4.3 Diretrizes para a implantação do cuidado ao paciente com hanseníase segundo o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)

Com o objetivo de intensificar a descentralização das ações de prevenção e controle da hanseníase para a Atenção Primária a Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) publicou, em 2006, a Linha Guia - Hanseníase como diretriz para o atendimento nas unidades de saúde. Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2006), nos últimos anos esse Estado detectou mais de 3.000 casos novos por ano, o que exige a manutenção de serviços capacitados para o diagnóstico e tratamento, visando à manutenção da pessoa com hanseníase na sociedade, sem incapacidades e deformidades.

Promover o diagnóstico precoce, a uniformidade das ações dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade e a interação da rede de assistência ao suspeito e/ou confirmado portador de hanseníase são desafios reais que se esperam alcançar com um atendimento humanizado, adequado e resolutivo para todos os usuários do SUS, incluindo a pessoa com hanseníase.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), esse instrumento é parte das medidas que vem sendo adotadas em Minas Gerais para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. No entanto, eliminar não é erradicar, mas sim alcançar e manter a taxa de prevalência menor de 1 caso em cada 10.000 habitantes.

Na Linha Guia – Hanseníase, a porta de entrada na atenção à saúde é a unidade do PSF, devendo a mesma ser de fácil acesso ao usuário com suspeita de hanseníase, o que implica em estar o mais perto possível do mesmo. Assim, considera-se um caso de hanseníase, aquela pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais (BRASIL, 2009a, p.2):

- a) Lesão (ões) e/ ou área(s) da pele, com diminuição ou alteração de sensibilidade;
- b) Acometimento de nervo (s) periférico(s), com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e
- c) Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

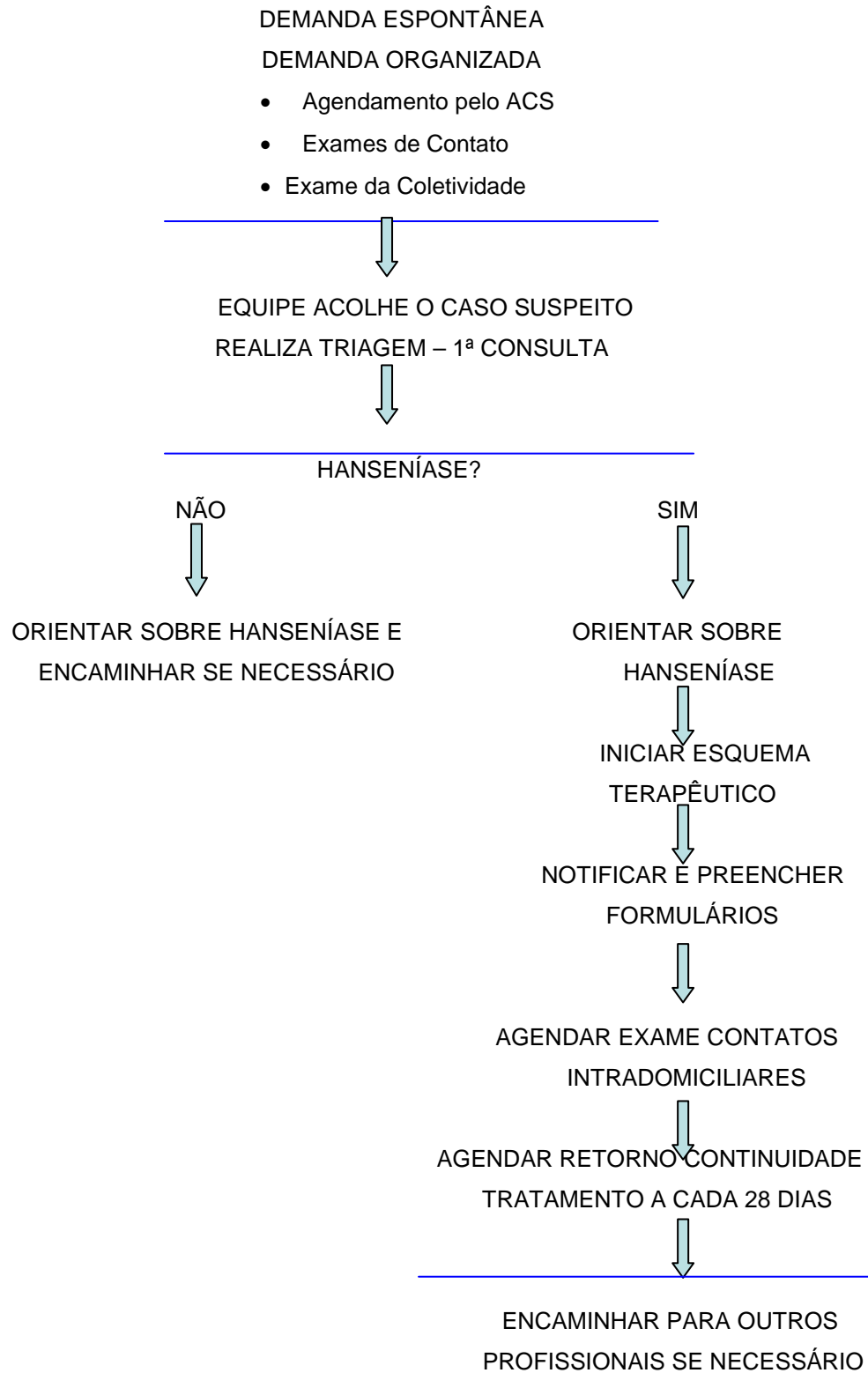
Essa identificação de um caso suspeito de hanseníase pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde, treinado e sensibilizado para o problema hanseníase. Uma vez identificado, o caso suspeito deve ser encaminhado à unidade do PSF.

A partir dessa diretriz, o primeiro atendimento poderá ser feito pelo enfermeiro, que realizará uma triagem antes de encaminhar o caso suspeito para o médico, responsável pela confirmação ou não do diagnóstico. O diagnóstico de caso de hanseníase é feito através do exame dermatoneurológico. Deverá ser solicitada a pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) em raspado dérmico de lesão, lóbulos e cotovelo, além de outros exames laboratoriais, quando necessário. Ao confirmar o diagnóstico de hanseníase, o paciente iniciará o tratamento e receberá orientações da equipe de saúde (MINAS GERAIS, 2006)

Como a hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional, a sua investigação é obrigatória. Dessa forma, para os casos diagnosticados deve ser preenchida a ficha de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), assim como deve ser realizada a investigação epidemiológica, através da busca dos contatos intradomiciliares para realização do exame dermatoneurológico (BRASIL, 2009a).

O Quadro 1 demonstra o fluxograma do primeiro atendimento ao paciente com suspeita de hanseníase no PSF.

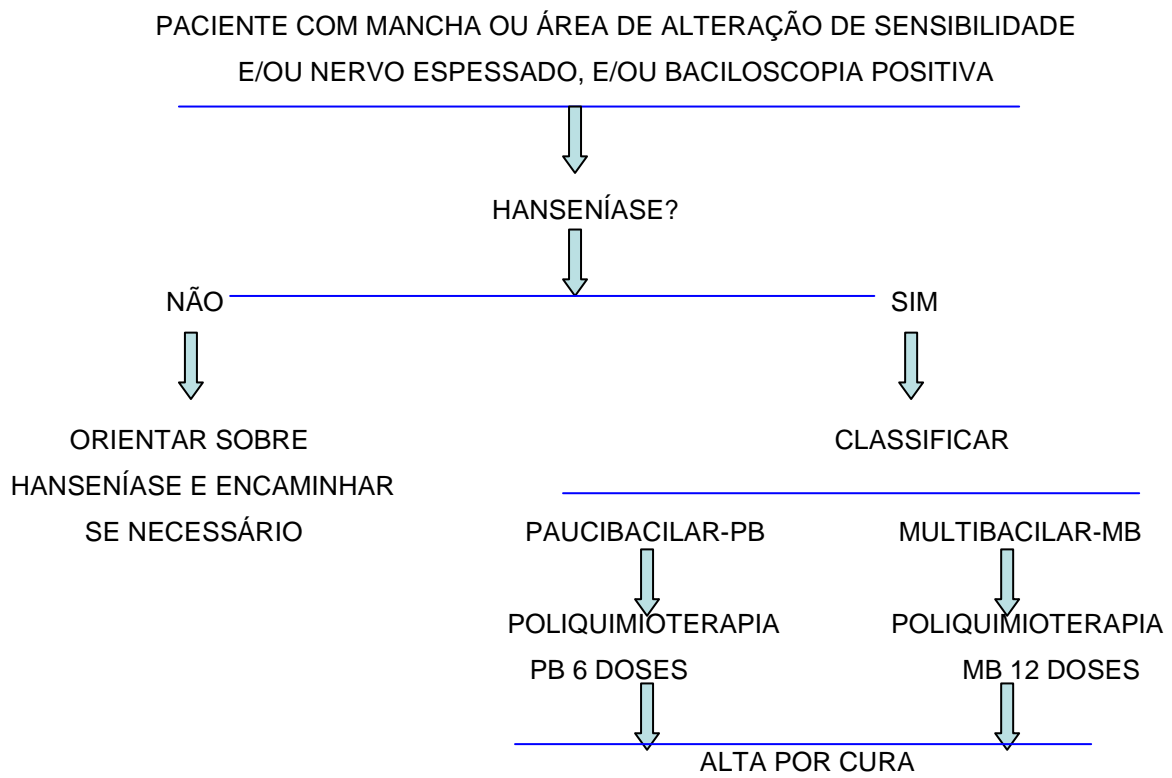
QUADRO 1 - Protocolo de atendimento em hanseníase nas Unidades de Atenção Primária a Saúde



Fonte: MINAS GERAIS, 2006, p. 20. Nota: ACS – Agente Comunitário de Saúde

A classificação operacional do caso de hanseníase, visando o tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas, sendo chamados de Paucibacilar (PB) os casos com até cinco lesões de pele e Multibacilar (MB) os casos com mais de cinco lesões. Para a classificação dos casos em PB ou MB deve ser utilizada como exame complementar a baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), se disponível. O exame positivo classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões, mas o resultado negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase. O Quadro 2 mostra o fluxograma do diagnóstico, tratamento e alta para a assistência do paciente com hanseníase.

Quadro 2: Fluxograma do diagnóstico, tratamento e alta para a assistência do paciente com hanseníase



Fonte: MINAS GERAIS, 2006, p. 29.

A avaliação da integridade da função neural e do grau de incapacidade física é imprescindível, assim como a avaliação do estado reacional, no momento do diagnóstico do caso de hanseníase. Para se determinar o grau de incapacidade física, deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. A utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0.05g,

0.2g, 2g, 4g, 10g e 300g) é recomendada nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Considera-se grau um de incapacidade a ausência de resposta ao filamento igual ou mais pesado que o de 2g (cor violeta) (BRASIL, 2009a).

O formulário para avaliação do grau de incapacidade física (Anexo 1) deverá ser preenchido e obedecer aos critérios da OMS expressos no Quadro 3 abaixo (BRASIL, 2009a):

Quadro 3: Classificação do grau de incapacidade física segundo resultado de teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés, utilizando o fio dental e monofilamentos.

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contração do tornozelo.

Fonte: BRASIL, 2009a, p.3.

Para verificar a integridade da função neural recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Anexo 2).

O Teste Manual da Exploração da Força Muscular é preconizado para a avaliação da força motora, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Forte, diminuída e paralisada ou zero a cinco são os critérios de graduação da força muscular, conforme o Quadro 4 a seguir (BRASIL, 2009a):

Quadro 4: Classificação da força muscular segundo teste manual da exploração da força na região de músculo e tendão.

Força		Descrição
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

Fonte: BRASIL, 2009a, p.4.

Quanto ao tratamento dos pacientes com hanseníase, é de responsabilidade da unidade do PSF dispor do tratamento completo para cada caso, conforme faixa etária e classificação operacional, na forma de esquema de Poliquimioterapia (PQT/OMS). A programação deverá ser de acordo o número de casos PB e MB. O armazenamento da medicação deve ser feito em local arejado, sem umidade, calor ou luminosidade excessiva. O Quadro 5 descreve os esquemas terapêuticos padronizados:

Quadro 5: Medicções utilizadas no tratamento da hanseníase segundo faixa etária e classificação bacilar

FAIXA	CARTELA PB	CARTELA MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100mg (3) e cápsula de 50mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150mg (1) e cápsula de 300mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150mg (1) e cápsula de 300mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 50mg (16)

Fonte: BRASIL, 2009a, p.4.

O Quadro 6 descreve as atribuições de cada membro da ESF na assistência ao paciente com hanseníase. Essa descrição das atribuições dos profissionais na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase é para Lana, 1992 (*apud* Lanza, 2009), uma perspectiva da organização dos serviços de saúde necessários para o alcance dos objetivos.

Os profissionais devem estar capacitados para realizar uma escuta ativa do portador de hanseníase, buscando sempre dar uma resposta positiva às suas necessidades de saúde. Precisam estar, ainda, preparados para realizar as atividades de diagnóstico através do exame clínico dermatoneurológico, concluindo sobre: diagnóstico, classificação operacional para fins de tratamento, identificação de comprometimento neural, incapacidades físicas e deformidades (ESPIRITO SANTO, 2008).

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde representa o elo entre a população em risco de adoecer por hanseníase e a equipe de profissionais responsável pelo seu cuidado, que deve estar sensibilizada e treinada nas ações de controle da hanseníase (DISTRITO FEDERAL, 2007).

QUADRO 6: Atribuições dos profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde nas ações de controle da hanseníase

ATRIBUIÇÕES	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUX.ENF.	ACS
Fazer levantamento epidemiológico e operacional	X	X	X	X
Planejar ações de assistência e controle do paciente/ contato	X	X	X	X
Programar atividades segundo normas vigentes	X	X	X	X
Prever material necessário para a prestação do cuidado	X	X	X	X
Promover mobilização social	X	X	X	X
Executar ações de educação em saúde	X	X	X	X
Avaliar o estado de saúde do indivíduo	X	X	X	X
Realizar medidas de controle de contatos	X	X	X	X
Realizar busca ativa de casos	X	X	X	X
Realizar visitas domiciliares	X	X	X	X
Aplicar técnicas simples de atividades de vida diária em pacientes com hanseníase	X	X	X	X

Identificar as incapacidades físicas	X	X	X	
Fazer avaliação clínica dermatoneurológica	X	X		
Diagnosticar, classificar, prescrever tratamento e dar alta de hanseníase	X			
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas, reações medicamentosas e para a confirmação diagnóstica	X	X		
Dispensar medicamentos		X	X	
Realizar busca de faltosos e contatos	X	X	X	X
Fazer supervisão de medicamentos em domicílio	X	X	X	X
Realizar e avaliar as atividades de controle das doenças	X	X	X	
Estabelecer referência e contra-referência para atendimento em outras unidades de saúde	X	X		
Prever e requisitar medicamentos, imunobiológicos e material de consumo		X		
Preencher formulários do sistema de informação em hanseníase	X	X	X	
Administrar dose supervisionada	X	X	X	

Fonte: MINAS GERAIS, 2007, p. 41.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde; AUX. ENF. - Auxiliar de Enfermagem.

Para a atenção integral ao paciente nos três níveis de complexidade deve-se estruturar, organizar e oficializar o sistema de referência e contra-referência para a assistência à pessoa com hanseníase, conforme políticas vigentes do SUS, que estabelecem as atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades. O Quadro 7 ilustra a responsabilidade de cada nível de atenção.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas,

recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta, o caso deverá ser encaminhado ao nível de maior complexidade, conforme estabelecido no sistema de referência e de contra-referência da rede de saúde da região.

QUADRO 7: Ações de controle de hanseníase segundo os níveis de atenção

AÇÕES	ATENÇÃO BÁSICA	REFERÊNCIA MUNICIPAL	CENTRO DE REFERÊNCIA
Divulgação de sinais e sintomas/ Campanhas	X OBRIGATÓRIO	X	X
Diagnóstico de casos novos	X	X	X
Diagnóstico da forma neural pura			X
Diagnóstico de recidiva			X
Tratamento PQT padrão	X	X	X
Esquemas alternativos			X
Vigilância de contatos e BCG	X OBRIGATÓRIO	X	X
Tratamento de reações e neurites		X	X
Avaliação do grau de incapacidade	X	X	X
Avaliação neurológica simplificada	X	X	X
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INCAPACIDADES			
Orientações e auto-cuidados	X	X	X
Prevenção de incapacidades com técnicas simples		X	X
Adaptação de calçados, palmilhas e confecção de órteses simples		X	X
Reabilitação cirúrgica			X

Fonte: MINAS GERAIS, 2006, p. 36.

Nota: BCG - Bacilo de Calmette-Guérin; PQT - Poliquimioterapia.

A comunicação e educação em saúde é um dos componentes estruturantes do PNCH e compreende três eixos: ações de comunicação em saúde; educação permanente e mobilização social. Estas ações devem ser conduzidas sempre em consonância com as políticas vigentes. Nesse processo, deve-se promover a participação de diferentes atores sociais no planejamento, execução e avaliação, favorecendo a democratização e a descentralização dessas ações (BRASIL, 2009a).

Essas ações de comunicação devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social, sendo fundamentais à divulgação das informações dirigidas à população em geral e, em particular, aos profissionais de saúde, às pessoas atingidas pela hanseníase e aos seus familiares.

As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem basear-se na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde. Essas atividades devem compreender, pelo menos, atenção integral, estímulo à investigação e ao auto-exame dos contatos intradomiciliares, autocuidado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento.

A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania. Para tanto, faz-se necessário estabelecer ações intersetoriais envolvendo a educação e a saúde, de acordo com as diretrizes para implantação da política nacional de educação permanente em saúde.

Recomenda-se que a educação permanente em saúde seja desenvolvida de forma intersetorial com outras áreas governamentais, pesquisadores, conselhos reguladores, universidades e entidades não governamentais. Além disso, deve contemplar a reorientação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social (BRASIL, 2009a).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase é indispensável para a avaliação de programas e para o planejamento e tomada de decisão nas políticas públicas de saúde. No entanto, percebe-se que ainda existem poucos registros na literatura de estudos no Brasil avaliando a relação entre esses indicadores epidemiológicos e as estratégias operacionais de intervenção. Percebe-se, dessa forma, que a utilização dessas informações é imprescindível para desencadear o processo “informação - decisão - ação” na prática cotidiana das equipes de atenção primária à saúde, a fim de determinar prioridades e avaliar ações e intervenções.

Verifica-se, também, que ainda persiste um sub-registro de casos de hanseníase, embora essa seja uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional. Assim, torna-se difícil tanto o conhecimento da distribuição desse agravo, como também o planejamento de ações em áreas prioritárias e a alocação de recursos humanos e materiais para o seu controle.

O presente estudo evidenciou que a descentralização das ações de controle da hanseníase para a rede de atenção primária à saúde proporcionou uma influência positiva para o alcance da meta de eliminação da hanseníase, indicando uma redução da prevalência para menos de 1 caso/ 10.000 habitantes. No entanto, apesar do alcance da meta de eliminação na maioria dos municípios brasileiros, ainda é preocupante o silêncio epidemiológico de alguns desses, que não possuem casos diagnosticados, indicando que é nula a sensibilidade do serviço local de saúde na detecção do agravo. Ficou evidenciado que calcular o coeficiente de detecção de uma região constitui-se em subsídio para que os serviços de saúde busquem estratégias para a realização de ações programáticas no processo de detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas e famílias atingidas pela hanseníase.

Diante disso, é importante ressaltar a preocupação levantada por alguns estudos quando se referiram à possibilidade da hanseníase deixar de ser problema de saúde pública prioritário para a OMS por atingir a "eliminação". Essa situação não pode levar à diminuição dos recursos financeiros a serem aplicados nos países endêmicos, comprometendo programas de acompanhamento e reabilitação após a

alta por cura, uma vez que muitos dos pacientes ainda demandam atenção especial em função das incapacidades decorrentes do diagnóstico tardio e dos episódios reacionais que, muitas vezes, continuam a ocorrer.

Atualmente, dois indicadores são considerados prioritários para o controle da doença: a proporção de jovens abaixo de 15 anos entre os novos casos diagnosticados e os registros de pacientes com alto grau de incapacidade física provocada pela hanseníase. Esses indicadores servem para avaliar a precocidade ou não do diagnóstico realizado no paciente, além de orientar ações para aprimorar a vigilância da enfermidade, o que faz reduzir o número de casos.

Conclui-se que o diagnóstico mais precoce da hanseníase pode colaborar na interrupção do ciclo de transmissão da doença, além de atuar reduzindo ou evitando a incapacidade nos pacientes. Dessa forma, a descentralização da assistência é uma estratégia capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integração das atividades de detecção precoce de casos novos, do tratamento poliquimioterápico, da prevenção de incapacidades e da vigilância de comunicantes.

Percebe-se, nesse estudo, que os profissionais das ESFs ainda possuem dificuldade em priorizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico, tratamento e reabilitação das incapacidades desse agravo, frente aos demais programas da atenção primária a saúde. Somado a isso, observou-se nos estudos analisados que muitos desses profissionais não se sentem preparados para a assistência ao paciente com hanseníase e que as capacitações são ainda insuficientes e pontuais.

Por fim, algumas experiências encontradas na literatura evidenciaram que é possível implantar o PNCH nas unidades do Programa Saúde da Família, mas que, para isso, é preciso superar os limites relatados acima, assim como garantir um sistema efetivo de referência e de contra-referência.

Acredita-se que os fatores necessários para a implantação do PNCH nas unidades do Programa Saúde da Família, em acordo com vários estudos analisados, são: a priorização deste agravo na política municipal de saúde, o comprometimento dos gestores; a presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença, a disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, o oferecimento do exame baciloscópico e a disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

Espera-se que os conhecimentos gerados por esse estudo permitam o fortalecimento da integração das ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde e possam incentivar os gestores e os profissionais de saúde na reformulação da atenção à hanseníase.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1: p. 47-51, jun. 2000.

ANDRADE, V.; MOREIRA, T.; SOARES, R. C. F. R. Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil. In: Yadon ZE; Gürtler RE; Tobar F; Medici AC (ed.). **Descentralización y gestion del control de Las Enfermedades Transmisibles en América Latina**. Buenos Aires, Argentina, p. 165-185. 2006.

ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 19, n.2, jun. 2010.

ARAÚJO, M. J. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 36, n. 3: p. 373-382, maio/jun. 2003.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412. 2002.

BRANDÃO, P. Assistência ao portador de Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial: p. 781. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). **Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília: CONASEMS, 1999. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001**. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. 2001. 21 p.

_____. Ministério da Saúde. **Distribuição da hanseníase no Brasil**. Gráficos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200> Acesso em: 15 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 89 p. (Normas e Manuais Técnicos, 111).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 56 p. (Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.838 de 9 de outubro de 2002**. Brasília. 2002c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1838.pdf>> Acesso em: 28 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Brasília. 2006a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf> Acesso em: 19 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**. 2006b. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniasse_plano.pdf> Acesso em 12 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 21).

_____. Ministério da Saúde. **Série histórica do coeficiente de prevalência e número de pacientes em tratamento para hanseníase até 31/12**

de cada ano, Brasil, 1990-2007. 2008b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/gif/coef_prev_paci_trata.gif>. Acesso em: 28 mai. 2011. BRASIL.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 12 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009**. 2009a. Instruções normativas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html> Acesso em 1 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atual.pdf> Acesso em 26 mai. 2011.

CALADO, K. L. S. *et al.* Positividade sorológica anti PGL-I em contatos domiciliares e peridomiciliares de hanseníase em área urbana. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, supl. 3: p. S301 - S306. 2005.

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Hansen Int**, Bauru, v. 31, n. 3: p. 15-19. 2006.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, v. 9: p.1881-1892. 2006.

CARDONA-CASTRO, N. M. *et al.* Infection by *Mycobacterium leprae* of household contacts of lepromatous leprosy patients from a post-elimination leprosy region of Colombia. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 100, n. 7, p. 703-707. 2005.

CAVALIERE, F. A. M. Estratégias para o exame de contatos de hanseníase: avaliação de desempenho em área urbana endêmica do Rio de Janeiro. 2005. **Dissertação (Mestrado em Medicina)** - Faculdade de Medicina. UFRJ, Rio de Janeiro.

CHEN, X. S. *et al.* Leprosy in China: epidemiological trends between 1949 and 1998. **Bull World Health Organ**, n. 79: p.306-12. 2001.

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

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de atendimento em hanseníase**. Brasília: SES/DF, 2007. 36p.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2010.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Diretrizes de hanseníase. Vitória: SES/ES, 2008. 112p.

FÉLIX, L. F. C.; Silvério F. M.; Pinheiro, A. E.; Moura, F. Detecção de Hanseníase no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais: redução de tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? **Hansen Int**. Bauru, v. 29, n. 2: p. 118 – 123. 2004.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76. 2004.

FERREIRA, *et al.* Conhecimentos e condutas práticas dos profissionais de saúde a Atenção Primária a respeito da hanseníase no Estado do Tocantins, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1: p. 39-50. 2009.

FIGUEIREDO, I. A.; SILVA, A. A. M. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luiz, Maranhão, Brasil: a endemia está em expansão? **Cad Saúde Pública**, n. 19, v. 2: p. 439-445. 2003.

FINE, P. E. *et al.* Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. **American Journal of Epidemiology**, v. 146, n.1: p. 91-102. 2007.

HELENE, L. M. F. *et al.* Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 744-752, nov. 2008.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 493 – 505. 2004.

LANA, F.C.F. *et al.* Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92197. **Hansen. Int.**, n. 25, v. 2: p. 121-132, 2000.

LANZA, F. M. Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais. 2009. 209 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

LAPA, T. M. *et al.* Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 22, v. 12: p. 2575-2583. 2006.

LASTÓRIA, J. C.; PUTINATTI, M. S. M. A. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. **Hansen. Int**, n. 29, v. 1: p. 6-11. 2004.

MATOS, H. J. *et al.* Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3: p. 533-542. 1999.

MENDES, M. S. *et al.* Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 2: p. 217-230. 2008.

MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4: p. 758-64. 2008.

MERCARONI, D. Análise espacial da Endemia hansenica no município de Fernandópolis /SP [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle da Hanseníase. **Encontro Estadual 2001**. Belo Horizonte, 2001. Mimeografado.

_____ Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62 p. (Coleção Saúde em Casa).

_____ Secretaria de Estado da Saúde. Notícias e eventos. **OMS adota indicadores do Brasil para controlar hanseníase**. 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/oms-adota-indicadores-do-brasil-para-controlar-hansenise>. Acesso em: 16 jun. 2011.

MOREIRA, T. M.; MARINHO, M. F. A eliminação da hanseníase em Barra Mansa: uma experiência local. **Hansen int**, n. 30, v.1, p: 20-24, 2005.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial: p. 671-675, nov.2008.

NETO, J. M. P. A percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de hanseníase sobre a doença, o convívio com o doente e o controle realizado pelo serviço de saúde. 2004. 229 f. **Tese** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

OLIVEIRA, B. F. A. *et al.* Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do Estado do Mato Grosso, Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 2, p. 11-19, 2007.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 14: p. 51-60. 1998.

OLIVEIRA, M. L. W. Desafios para a efetividade das ações de controle da hanseníase. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 141-146. 2008a.

OLIVEIRA, M. L. W. O papel estratégico do enfermeiro no controle da hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 668-668, nov. 2008b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A estratégia do esforço final para eliminação da hanseníase: plano estratégico 2000-2005**. [Genebra], 2000. 19p.

_____. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010)**. [Genebra], 2005. 27 p.

_____. **Diretrizes operacionais para a implementação da estratégia global para maior redução da carga de lepra e sustentação das atividades do controle da lepra 2006-2010.** Nova Deli, 2006. 67 p.

PENNA, M. L. F. **Tendência da hanseníase e, regiões e unidades federadas brasileiras. 1980-2006** - Documento Técnico/OPAS/MS BR/CNT/0800262.001/2008.

PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial: p. 716-725, nov. 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization.** Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (USA), p.457-94. 2006.

RAMOS J.R. *et al.* Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de Programas de Controle da Hanseníase mais efetivos no Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.16, v.2: p. 147-168. 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 23 – 34. 2008.

SAVASSI, L. C. M. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)** - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2010.

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

SILVA, R.C.P. et al. História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela hanseníase em Serviços de Saúde do Estado de São Paulo. **Hansen Int**, v. 33, n. 1: p. 9-18. 2008.

SOUZA, CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, 30: 325-334, jul./set. 1997.

World Health Organization (WHO). **The World Health Assembly Resolution 1991: World Health Assembly (WHA) resolution to eliminate leprosy**. Genebra : WHO, 1991. Disponível em <<http://www.who.int/lep/strategy/wha/en/index.html>> Acesso em: 17 out. 2011.

World Health Organization - Weekly Epidemiological Report (WHO-WHE). Global leprosy situation beginning of 2008. **Wkly Epidemiol Rec**, n 83: p. 293-300, 2008.

ANEXO 2: Formulário para avaliação neurológica simplificada

Frente




Nome _____ DataNasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação Operacional: PB MB Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquase(S/N) / Ectropio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim







Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano)						
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial)						

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					



Legenda: Caneta filamento lila(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: ○

VERSO







MEMBROS INFERIORES	1°		2°		3°	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1°		2°		3°	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1°		2°		3°	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lã(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Gua móvel: M Gua rígida: R Reabsorção: // Ferida: ○

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico / /								
Avaliação na alta / /								