



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANA RAQUEL MAZZOCHI

HANSENÍASE: DIAGNÓSTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SÃO PAULO
2020

ANA RAQUEL MAZZOCHI

HANSENÍASE: DIAGNÓSTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: SIMONE DE CARVALHO SANTOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

Tendo em mente que a Hanseníase é um problema de saúde pública por ser uma doença infectocontagiosa e gerar complicações severas e incapacidades, fica evidente a necessidade de comprometimento do profissional de saúde, principalmente da Atenção Primária, porta de entrada da grande maioria da população, em estar apto em realizar uma anamnese, bem como exame físico completos, incluindo dermatoneurológico para aventar ou elucidar uma suspeita diagnóstica relacionada. Para isso, é necessário constante aprendizado e capacitação para melhor seguimento de condutas e atuação de forma segura, com envolvimento conjunto das secretarias de saúde através de projetos de capacitação e incentivo da compreensão da doença. O que é essencial para o diagnóstico é relativamente simples, apesar de ser uma doença complexa com múltiplas apresentações, pois está vinculado, principalmente, ao conhecimento sobre a patologia e testes cutâneos-neurológicos, onde o olhar apurado para identificação de sinais e sintomas, trarão de forma precoce o diagnóstico e tratamento aos pacientes. O que facilita, muitas vezes, é o emprego do protocolo clínico que poderá guiar os profissionais do município, além de campanhas, orientações e conscientização da população.

Palavra-chave

Complicações. Educação em Saúde. Hanseníase

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Uma das unidades de saúde com Atenção Primária na cidade de Pinhalzinho, Estado de São Paulo, é a UBS Francisca da Rocha Destro, mais conhecida como “UBS Cachoeirinha”, localizada na zona rural. Em meio a esse ambiente, originou-se interesse e especial estudo em patologias dermatológicas, com observação da carência e subnotificações existentes nesse território, associada a dificuldade em conseguir avaliação especializada com Dermatologista, sendo um território relativamente afastado da vida urbana, tendo a locomoção pública e particular prejudicadas. Então, surge a necessidade de um cuidado maior na ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária deste município em relação as doenças dermatológicas, em especial a Hanseníase, afim de reduzir encaminhamentos à especialidade, aumentando o diagnóstico precoce e resolutividade com cura da doença, evitando a evolução para complicações incapacitantes que oneram grandes custos a saúde pública e a qualidade de vida em geral da população.

A doença Hanseníase ganha destaque pela baixa suspeita diagnóstica, sendo pouco comentada entre os profissionais e os usuários do sistema, por mais que a doença seja considerada como a mais antiga entre os homens, tendo caráter infectocontagiosa, porém curável, entretanto com evolução crônica, se não tratada, apresentando-se como um grave problema de saúde pública devido suas manifestações dermatoneurológicas que podem desencadear deformidades e mutilações, segundo o Guia Prático sobre a Hanseníase (2017).

Nota-se uma demanda de conhecimento e capacitação na área, necessitando aprimoramento com mudanças estratégicas de atuação, já que os profissionais da saúde relatam que sabem, muitas vezes, apenas o básico da doença mas não fazem o diagnóstico com certeza e segurança, necessitando encaminhar ao especialista para avaliação mais apurada, com falta do exame físico dermatoneurológico, já que alguns não recordam de como realiza-lo por ser de uma área mais específica, e, outros por acharem complexo demais, acabam não o fazendo, também associado a ausência de materiais para pesquisa de sensibilidades, como o Monofilamento de Semmens-Weinstein, usado para sensibilidade tátil, bem como os tubos de ensaio, usados para pesquisa de sensibilidade térmica. Contudo, um simples algodão, agulha e caneta esferográfica, podem ser utilizados como materiais substitutos para avaliação dermatoneurológica segundo Leite e col. (2019), sendo mais facilmente encontrados. Mas também sabemos da vantagem do Monofilamento pela presença de espessuras diferentes que permitem avaliações mais específicas e sensíveis, segundo Sousa e col. (2017). Os cartazes informativos nas unidades básicas de saúde, muitas vezes estão presentes, porém, não existem campanhas relacionadas ao tema na cidade, causando baixo conhecimento sobre a doença entre os pacientes, evidenciando em consultas rotineiras, sendo relatado que diante de uma suspeita clínica de Hanseníase, são encaminhados ao Dermatologista, aguardando pela consulta, tendo que buscar, por vezes, consulta particular, quando conseguem algum recurso, os que não possuem, necessitam esperar pela avaliação.

Na prática clínica, queixas relacionadas aparecem, tendo como principal diagnóstico, e também como diferencial, à Hanseníase, mostrando a importância de se adotar e organizar a estrutura para o exame dermatoneurológico, utilizando, o mais simples e de fácil acesso, como caneta esferográfica, agulha estéril e algodão. Porém, os avaliados até então nesta unidade, desde a atenção dada ao tema que iniciaram em 2019, demonstraram-se negativos para perda de sensibilidades. No entanto, existe relato de uma paciente com complicações

crônicas da doença que evoluiu com amiotrofia hipotênar e pés em garra há mais de 10 anos que obteve diagnóstico de Hanseníase, e outra que há cerca de 2 anos procurou a unidade com queixa de mancha hipocrômica em membro superior, sendo tratada como micose, segundo informações colhidas, porém, pela perda de sensibilidade, posteriormente notada pela mesma, associada a não melhora clínica, procurou atendimento particular, com diagnóstico de Hanseníase, sendo encaminhada para tratamento pelo SUS com a Infectologia na cidade vizinha, tendo alta e cura da doença, não evoluindo com complicações.

Com essa análise, fica evidente que muitos pacientes podem ficar sem diagnóstico e tratamento, gerando riscos que podem ser evitados. Portanto, é benéfico a discussão sobre o assunto, para simplificar a avaliação inicial, exame físico e hipóteses diagnósticas, com a possibilidade de criação de um protocolo clínico para esta patologia que seja empregado em todas as unidades de saúde do município para que essa realidade seja mudada, trazendo mais conhecimento e informação aos profissionais de saúde, bem como confiança no estabelecimento do diagnóstico, objetivando a realização de exame físico dermatoneurológico na própria atenção primária, pois apesar de saber que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são as mais acometidas pela doença, a mesma está presente em todas as regiões do país, com taxa de queda ao longo dos anos com a maior detecção, descentralização e campanhas, mas o Brasil ainda é o segundo país em número de doentes segundo Secretaria de Vigilância em Saúde (2010). Em Pinhalzinho ocorreram as seguintes taxas de casos novos de Hanseníase na população em geral (taxa por 100 000 habitantes/ano), de acordo com SINAN / IBGE: 2001 (0), 2002 (8.67), 2003 (0), 2004 (0), 2005 (7.94), 2006 (0), 2007 (0), 2008 (8.03), 2009 (7.94), 2010 (0), 2011 (0), 2012 (0), 2013 (0), 2014 (0), 2015 (0), 2016 (0), 2017 (0), 2018 (6.65), 2019 (0). Porém, esses números são questionáveis pela baixa suspeita diagnóstica e a subnotificação da doença.

ESTUDO DA LITERATURA

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica, a Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pela *Mycobacterium leprae*, bacilo intracelular obrigatório, álcool-ácido resistente, não cultivável, de multiplicação lenta, tendo afinidade pelas células cutâneas e nervos periféricos. Atinge todas as idades com incidência maior no sexo masculino de 2:1 (BRASIL, 2010).

A transmissão ocorre por via respiratória, ou seja, de pessoa a pessoa, sendo o homem a única fonte da doença. O trajeto do bacilo é através da via aérea superior, caindo na corrente sanguínea e se dirigindo até a pele e nervos periféricos, manifestando através de manchas associadas à alteração de sensibilidade, podendo ocorrer espessamento de nervos periféricos, principalmente, em membros superiores e inferiores (BRASIL, 2016).

Da população saudável que entra em contato com pacientes doentes, na sua grande maioria, cerca de 90% delas, não desenvolvem a doença, ou seja, o bacilo é transmitido para muitos, mas apenas uma pequena parte dessas pessoas, geralmente suscetíveis, o desenvolverão como doença. No entanto, atenção as pessoas que residem ou residiram com o doente nos últimos cinco anos, isto é, contatos íntimos, pois apresentam maior risco de adoecerem, necessitando, após diagnóstico do caso índice, a realização da busca ativa das mesmas para história clínica e exame físico dermatoneurológico. Para ajuda desse controle de casos, utilizar o Formulário de Contatos Intradomiciliares. Além disso, todos os contatos que não tiverem cicatriz ou tiverem uma única cicatriz da vacina BCG, precisarão tomar uma dose da mesma, com exceção aos menores de um ano já vacinados. Os que tiverem duas cicatrizes, não precisarão receber outra dose, orientação dada pelo Guia Prático sobre a Hanseníase (BRASIL, 2017). Entretanto, se incerteza da cicatriz, recomenda-se aplicar uma dose independentemente da idade. Esta vacina protege contra a Hanseníase Multibacilar. Não esquecer que o período de incubação da doença é de dois a sete anos, sendo assim, sua manifestação poderá aparecer posteriormente a consulta de busca ativa, devendo ocorrer orientação dos pacientes de procurar a unidade de saúde se apresentarem algum sintoma da doença. Ficar atento aos casos de Hanseníase em crianças, pois indicam a existência de transmissão ativa da doença, com possibilidade de caso intradomiciliar.

Após a confirmação do diagnóstico da Hanseníase, realizar a Notificação Compulsória, além do Boletim de Acompanhamento que é preenchido mensalmente pelo profissional de saúde, ambos encaminhados para Vigilância Epidemiológica, com dados digitados no SINAN, orientação em Roteiro para Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (BRASIL, 2010).

No caderno de Capacitação para Profissionais da Atenção Primária em Saúde, a doença no seu início, caracteriza-se por ser progressiva e insidiosa, com manifestações dermatoneurológicas, como: áreas hipoestésicas ou anestésicas, máculas hipocrômicas ou eritematosas, placas infiltradas ou nódulos com alteração de sensibilidade, indícios de acometimento neural com parestesia, diminuição ou perda de sensibilidade, além de dor no trajeto neural acometido (BRASIL, 2011)

Para facilitar, segundo o Guia Prático sobre a Hanseníase, o Ministério da Saúde dividiu a doença numa classificação operacional, de acordo com o número de lesões existentes para determinação rápida e simples do tratamento que será realizado, em:

- ♦ Paucibacilar (PB): até cinco lesões de pele, baciloscopia negativa. Tendo duas formas clínicas: Indeterminada e Tuberculóide.
- ♦ Multibacilar (MB): mais de cinco lesões de pele, baciloscopia negativa ou positiva. Tendo duas formas clínicas: Dimorfa e Virchowiana (BRASIL, 2011).

No entanto, quando mais de um nervo estiver comprometido associado a alteração de sensibilidade, independentemente do número de lesões, este será considerado Multibacilar (MB).

Levando em consideração o tipo de imunidade desenvolvida pelo indivíduo acometido, teremos a Classificação de Madrid, mostrando que a doença inicia de forma Indeterminada, tendo manchas hipocrômicas ou áreas anestésicas ou hipoestésicas com limites imprecisos, com Mitsuda positivo ou negativo. O Teste de Mitsuda possui valor prognóstico, sendo realizado através da injeção de 0,1 ml do antígeno Mitsuda por via intradérmica na face anterior do antebraço direito, dois a três centímetros da prega antecubital, sendo positivo, se após 28 dias da injeção, houver a formação de nódulo ou pápula igual ou maior que 5 mm ou ulceração local, indicando imunidade celular específica ao *M.leprae*. Na forma Tuberculóide, o Mitsuda é positivo, pois ocorre muita resposta celular, manifestando-se através de placas eritematosas ou eritemato-hipocrômicas com bordas definidas, tendo acometimento de nervos de forma localizada, próxima à lesão, associado à BAAR igual a zero. O BAAR (Baciloscopia) é realizado através do raspado dérmico, tendo valor diagnóstico e prognóstico, devendo ser colhido de quatro sítios distintos, sendo eles: lóbulos das orelhas, de uma lesão e cotovelo contralateral a essa lesão. Será calculado o índice baciloscópico (IB), através da média aritmética desses quatro sítios, variando de zero a seis segundo o Guia Prático sobre a Hanseníase (BRASIL, 2017).

Já a forma Dimorfa pode ter BAAR negativo (Dimorfa- Tuberculóide), positivo ou negativo (Dimorfa- Dimorfa) ou positivo (Dimorfa- Virchowiana), classificação com essa nomenclatura chamada Classificação de Jopling, diferenciando em Tuberculóide-Tuberculóide (TT), Dimorfa-Tuberculóide (DT), Dimorfa-Dimorfa (DD), Dimorfa- Virchowiana (DV) e Virchowiana-Virchowiana (VV).

Ainda na forma Dimorfa, sua manifestação clínica poderá ser através de manchas hipocrômicas, áreas anestésicas ou lesões foveolares. Poderá ter Mitsuda positivo (DT), positivo ou negativo (DD) ou negativo (DV). Apresenta intenso e precoce acometimento de nervos de forma múltipla.

Na forma Virchowiana, com baixa imunidade celular, alta imunidade humoral, ou seja, anticorpos e linfócitos B, podem ocorrer placas eritemato-violáceas, livedo reticular, nódulos, madarose, infiltração, pele brilhante e seca, com Mitsuda negativo, BAAR diferente de zero e acometimento de nervos de forma moderada e difusa.

Segundo o Guia Prático Sobre a Hanseníase, sabe-se que para melhorar a qualidade diagnóstica, foram considerados não apenas o critérios clínicos, mas outros dois sinais cardinais que possam existir, que são: acometimento de nervo (s) periférico (s) com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/o motoras e/ou autonômicas, e o encontro de bacilos álcool-ácido resistentes no raspado dérmico ou biópsia cutânea (BRASIL, 2011).

Temos em mente que o diagnóstico é essencialmente clínico, mas quando necessário

o diagnóstico histopatológico pode ser solicitado através da biópsia, bem como o BAAR, sendo o paciente encaminhado ao especialista. Mas, acredita-se que a avaliação inicial, com anamnese e exame físico dermatoneurológico deve ser iniciada nas unidades de saúde, para o encaminhamento com precisão e adiantamento da suspeita clínica efetiva.

Para isso, é necessária uma anamnese bem feita, pois muitas vezes, através de queixas subjetivas, o paciente que não possui efetivamente lesões cutâneas visíveis, relata alterações como: parestesias ou disestesias com sensações de queimação, “ferroadas”, agulhadas ou formigamentos, mais intensos à noite e com o frio. O questionamento do médico em relação a existência dessas áreas com alguma “diferença” ou “dormência”, torna-se essencial. Além disso, a dor nevrálgica também pode estar presente, caracterizada por dores lancinantes, debilitantes, agudas, delimitadas aos trajetos nervosos, principalmente à noite, nas extremidades.

Já em relação aos distúrbios objetivos, são determinados pelo acometimento da sensibilidade superficial, com predileção dos membros inferiores. Sendo necessário a avaliação da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa.

1) Sensibilidade Tátil: pode ser realizada com Estesiômetro/Monofilamento, quando disponível, ou com a ponta de uma caneta. Para isso, o paciente deverá estar em ambiente calmo e silencioso. Deve-se explicar ao paciente, em áreas de sensibilidade normal, o teste, bem como o tipo e intensidade de sensibilidade esperada, tanto de olhos abertos quanto fechados. Inicie a avaliação com o paciente de olhos vendados, comparando sempre a lesão e a periferia da mesma, de maneira alternada, e as vezes, simulada, ou seja, sem tocar. Marcar de caneta azul as áreas de normoestesia com sinal positivo, se hipoestesia com sinal de negativo, e zero se anestesia. O teste é considerado diagnóstico quando a maioria dos pontos de hipoestesia e/ou anestesia, encontram-se dentro da área suspeita.

2) Sensibilidade Térmica: deve-se usar um instrumento que demonstre claramente a diferença entre o quente (até 45° graus) e o frio. Pode ser usado um tubo de ensaio com água aquecida e outro com água fria ou algodão embebido com álcool ou éter e outro seco ou um instrumento metálico aquecido e outro frio. Acredita-se que o algodão será mais facilmente encontrado em uma unidade de saúde. Marque com caneta preta as áreas com normoestesia, hipoestesia ou anestesia.

3) Sensibilidade Dolorosa: utilizar a agulha de insulina estéril atravessada sobre a sua tampa para facilitar o manuseio. O paciente deve sentir a dor (“ai”), alternando a ponta da agulha (dolorosa) com o cabo da agulha (tátil), evitando o falseio. Utiliza-se da caneta vermelha para identificar presença ou ausência de dor.

Portanto, o quite básico que deve conter numa unidade de saúde separado, de fácil acesso e destinado para essa finalidade, deve conter: Estesiômetro e/ou caneta; caneta azul, preta e vermelha; algodão embebido de álcool; algodão seco; agulha de insulina e tampa da mesma.

Via de regra, a sensibilidade térmica é a primeira a ser perdida, seguida de dolorosa e tátil.

A facilidade e simplicidade do quite surpreende e, portanto, fica evidente a necessidade de comprometimento e conhecimento dos profissionais de saúde, bem como de

seus gestores, para priorizar essas ações e aplicar a avaliação de lesões ou áreas suspeitas, para isso precisamos ter em mente essa hipótese diagnóstica e dedicar o tempo necessário para avaliação com exame físico completo. Tendo o quite em cada unidade de saúde e a ampla divulgação de como realizá-lo, tirando a mistificação de ser um teste complicado, facilita sua realização, gerando diagnósticos precoces e alterando a evolução natural da doença, diminuindo os casos graves de incapacidades e complicações crônicas.

Segundo a Capacitação para Profissionais da Atenção Primária em Saúde, na avaliação dos sintomas objetivos, torna-se essencial a palpação dos nervos periféricos, para identificar espessamento e dor em trajeto. Os mais envolvidos são: Trigêmeo, Facial, Radial, Ulnar, Mediano, Fibular Comum, Tibial Posterior. Inicialmente o comprometimento é assimétrico ramuscular, porém, ao evoluir, pode se tornar troncular. Sempre observar o tempo de início e progressão das queixas relacionadas (BRASIL, 2011). Iniciar o exame físico na face, com observação se ocorrem ressecamento ou crostas nasais que podem indicar acometimento do Nervo Facial. Fazer teste com fio dental sem sabor, tocando o terço inferior externo da íris e se o paciente piscar de forma lenta ou não piscar, o nervo trigêmeo poderá estar acometido. Solicitar, também, que o paciente feche os olhos de forma leve e observar se existe uma fenda aberta que caracteriza lagoftalmo, indicando possível acometimento de Nervo Facial. Além disso, solicitar elevação das sobrancelhas, buscando assimetrias. Avaliar ainda, a resistência, segurando as pálpebras superiores com os dedos mínimos e pedindo que o paciente feche os olhos e depois solte-as, avaliando o retorno das pálpebras pelas rugas e a fenda. Não esquecer de avaliar o Nervo Auricular, virando a cabeça do paciente de forma oblíqua e notando se ocorre espessamento em região cervical (BRASIL, 2011).

Já nos membros superiores, de acordo com a Capacitação para Profissionais da Atenção Primária em Saúde, avaliar três principais nervos:

- ♦ Nervo Radial: presente em região posterior e inferior a inserção do músculo deltoide. Palpação, podendo notar espessamento, dor, choque e assimetria.
- ♦ Nervo Ulnar: palpá-lo em região de túnel cubital e região pré túnel cubital. Palpação, podendo notar espessamento, dor, choque e assimetria. Comparar com região contralateral.
- ♦ Nervo Mediano: baixa sensibilidade. Afastar os tendões e fazer palpação profunda, ou realizar a percussão (BRASIL, 2011).

Nos membros inferiores, atenção ao:

- ♦ Nervo Fibular Comum: passa lateral ou pósterio-inferior à cabeça da fíbula, fazer palpação de baixo para cima. Notar se ocorrer espessamento, dor, choque ou assimetria.
- ♦ Nervo Tibial Posterior: passa atrás ao maléolo medial, sensível à palpação. Notar se ocorre espessamento, dor, choque ou assimetria.

Muito importante no exame físico é a observação das alterações motoras decorrentes da paralisia do nervo que gera amiotrofia, diminuição ou perda de força muscular. Avaliar as mãos, região dorsal com amiotrofia, bem como palmar, pois na atrofia da musculatura perde-se os contornos, ficando retificada. Nos membros inferiores, o acometimento do Nervo Fibular comum pode gerar um sinal importante que são os dedos em garra, pois o paciente

tenta buscar o equilíbrio, calosidades nos pés e Pé Caído, não conseguindo fazer a dorsiflexão do pé, gerando marcha alterada. Outros sinais de agressão neurológica são: alopecia e ictiose. Realizar a Classificação quanto ao Grau de força muscular bem como o Grau de Incapacidade, segundo a Portaria Nº 3.125 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Porém, a falta de prática dos médicos para a palpação dos nervos, associada ao fato de a coleta e adequada avaliação da baciloscopia em raspado dérmico não ser rotina na maioria dos serviços, contribuem para uma menor suspeição e confirmação diagnóstica. Atenção ao fato de que 30% dos casos nas quais as lesões cutâneas podem não ser hipo ou anestésicas, são esses os quadros que mais levam a sequelas pois disseminam o bacilo, sendo Multibacilares.

Após a confirmação do caso, seguindo o Protocolo Municipal de Hanseníase do Estado de São Paulo, todos os pacientes e seus familiares deverão ser orientados quanto as características da doença, forma de transmissão, complicações e tratamento. Somando a isso, deverá ser colhido a baciloscopia no início do tratamento e no final, da borda da lesão, orelhas ou cotovelos. Adicionado a realização de biópsia da borda da lesão que deve ser realizada em todos os casos. Deverá ser preenchida a Ficha de notificação e Investigação (SÃO PAULO, 2019).

Como fazer tamanha avaliação sem a compreensão completa da doença e de sua magnitude? Treinamento e prática com roteiro de avaliação para que nada seja esquecido é de grande valia, sendo assim, o protocolo trás esta contribuição.

Acredita-se que, muitas vezes, o atraso no diagnóstico e tratamento da Hanseníase está vinculado ao fato do profissional de saúde não suspeitar da doença diante de uma lesão aparentemente provável ou como diagnóstico diferencial em lesões cutâneas diversas, trazidas como queixa do paciente ou encontradas num exame físico geral, bem como da ausência do material prontamente disponível para exame físico adequado para testes de sensibilidade que, em alguns municípios, não são fornecidos, e somente os profissionais, com olhares treinados para a doença, irão se prontificar em ter nas unidades, sendo prioritário o treinamento desses profissionais para a realização de uma suspeita clínica, exame físico, diagnóstico e orientação corretos aos pacientes diante de lesões cutâneas e/ou neurológicas notadas ou descobertas.

O diagnóstico diferencial de uma lesão cutânea para um profissional de saúde da Atenção Primária fica, muitas vezes, limitado à patologias mais comuns do dia a dia, e em muitas situações, por não terem o hábito e pela falta do quite básico para teste de sensibilidade, geram um exame físico inadequado e menos apurado para a patologia em questão, necessitando da avaliação do especialista o qual o paciente certamente será encaminhado. Porém, sabemos que a consulta com o mesmo demora de meses a anos. Não podemos deixar com que esta doença entre como diagnóstico de exclusão de patologias cutâneas e/ou neurológicas, e sim, como hipótese diagnóstica desde os primeiros sinais e sintomas.

A população deve ser educada quanto ao seu auto cuidado e características da doença, para que através disso, possam identificar anormalidades cutâneas, facilitando com que a queixa seja levada ao profissional de saúde e isso se consegue através de campanhas, palestras e orientação direta. Sabe-se também, que cabe ao profissional de saúde o

questionamento sobre sinais e/ou sintomas, que muitas vezes passam despercebidos, mas que quando questionados e orientados sobre a anormalidade e diversidade, são levados em conta pelo paciente e trazidos para a unidade de saúde. Então, tendo uma população atenta aos sinais e sintomas da doença e profissionais de saúde capacitados para a suspeita clínica inicial, gera brevidade no diagnóstico e no tratamento correto da patologia, diminuindo o tempo entre o aparecimento da queixa, diagnóstico e tratamento da mesma, diminuindo a cadeia de transmissão, evitando as temidas complicações, por ser uma doença que acomete a pele e/ou os nervos, gerando custos, posteriores com reabilitação e danos irreversíveis.

AÇÕES

A realização de um Protocolo Clínico para as Unidades Básicas de Saúde do Município de Pinhalzinho-SP será uma estratégia interessante e ao ser colocado em prática nas unidades conterão os seguintes itens principais: anamnese e história clínica completa com ênfase para as queixas relacionadas à Hanseníase; exame físico completo ao identificar lesões suspeitas da doença, com inspeção da pele e características relacionadas, palpação dos nervos, avaliação de força muscular, identificação de possíveis complicações, pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, classificação quanto ao grau de incapacidade, além de exame de olhos e nariz. Deverão os profissionais atuantes estarem aptos à solicitar baciloscopia e outros exames complementares, caso necessário. E também é, de extrema importância, a busca de todos os contatos domiciliares de um caso índice para esta avaliação completa.

O Protocolo será colocado em prática pelo médico da unidade, com auxílio do enfermeiro e técnico em enfermagem, que também podem realizar acolhimento de demandas e orientações quando solicitados, além da identificação de alterações suspeitas e educação em saúde para a população.

O fornecimento de quites básicos para testes de sensibilidade, em todas as unidades de saúde, acrescido de treinamento dos profissionais para a realização do exame físico completo, com suporte do protocolo implantado, resultará numa melhora do quadro atual de subnotificação e baixa suspeita diagnóstica da Hanseníase, gerando conhecimento na área com aumento da suspeita clínica e favorecendo o diagnóstico precoce da doença, com diminuição da progressão da mesma, evitando casos de complicações, diminuindo também a transmissão com medidas simples e possíveis de serem realizadas.

Inicialmente, para implantação do protocolo, se propõe duas reuniões de duração de uma hora, uma vez ao mês, por dois meses, na unidade de saúde com esclarecimento sobre a doença e os itens principais que irão constar no protocolo, e uma aula prática de exame físico dermatoneurológico. Após capacitação, o protocolo deverá ser empregado nas unidades de saúde do município para avaliação de todos os pacientes com queixas dermatoneurológicas suspeitas de Hanseníase e posteriormente, com o diagnóstico estabelecido da doença, o paciente será encaminhado para tratamento com maior prioridade, tendo avaliação dermatoneurológica no início do tratamento, a cada três meses ou sempre que houver queixas, bem como na alta do tratamento.

As palestras de orientação aos usuários da unidade poderão ser realizadas pelo enfermeiro e/ou médico, em geral, duas vezes ao ano, além das orientações sempre que possíveis nas consultas. Campanhas de conscientização também poderão ser realizadas com panfletos e cartazes pela Secretaria de Saúde, para aumentar o conhecimento da doença pela população.

RESULTADOS ESPERADOS

Busca-se através de um protocolo empregado nas unidades de saúde, a universalização do cuidado, tendo a equipe conhecimento e segurança para suspeita clínica diante de uma queixa dermatoneurológica compatível com Hanseníase e que através de uma anamnese diferenciada e o exame físico bem realizados na própria unidade de saúde, de forma completa com os materiais necessários prontos para uso e “check-list” em mãos, gerando uma hipótese diagnóstica com clareza e bem estabelecida, com detecção da doença na sua fase inicial, reduzindo a transmissão e os riscos de complicações incapacitantes, objetivando tratamento completo e acompanhamentos adequados.

Mudar este cenário atual com educação continuada das equipes de saúde e dos pacientes com palestras sobre o tema, mostrando de forma simplificada as principais características da doença, possibilita que o próprio paciente conheça o seu corpo, bem como sua pele, tão negligenciada por muitos, para identificação dos sinais iniciais de alterações possivelmente presentes.

Sendo assim, centraliza-se o cuidado para a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública devido suas complicações e incapacidades resultantes com o alcance da meta desejada pelo Ministério da Saúde para uma taxa de prevalência de menos de 01 caso por 10 mil habitantes em nível nacional. Se cada município fizer sua parte, isso será possível.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Diário Oficial da União 7 out 2010; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Roteiro para Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET HANSENÍASE. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase: capacitação para profissionais da Atenção Primária em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Manual técnico-operacional. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília - DF 2016.

BRASIL. Guia Prático Sobre A Hanseníase. Ministério da Saúde. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. Brasília - DF 2017.

LEITE, T. R. C.; et al. Avaliação da Estrutura da Atenção Primária à Saúde na Atenção à Hanseníase. *Enferm. Foco. Cariri, CE*; Artigo 12, P. 73-78, 2019. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/Intelligency/Downloads/2216-15373-1-PB%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Intelligency/Downloads/2216-15373-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SAGE, Ministério da Saúde - Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SÃO PAULO. Protocolo Municipal de Hanseníase. Prefeitura de São Paulo. Protocolo para o atendimento nas unidades de referência para hanseníase. Fluxograma de Atendimento. Protocolo de Hanseníase. São Paulo - SP, 2019.

SOUSA, G. ; SILVA, R.; XAVIER, M. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro; V.41, N. 112, P. 230-242, jan-mar, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100230&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2020.