

## REVISÃO DA LITERATURA: GENERALIDADES DA HANSENÍASE NO BRASIL

SILVA, Valéria Millarch Barbosa e<sup>1</sup>

Orientador (a): Dra. Margarete Teresa Gottardo de Almeida<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é *uma doença* crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*) e atinge a pele e os nervos periféricos que devem ter diagnóstico precoce pois pode levar o sujeito à incapacidades físicas.

A hanseníase, ou lepra, no Brasil, mesmo com uma redução dos casos, que baixou de 19 casos para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes nesse início de milênio, constitui um grande problema de saúde pública. Todo empenho está sendo feito pelo Ministério da Saúde no país, para eliminar a doença, pois ela é fácil de diagnosticar, tratar e curar, desde que tratada inicialmente.

O problema que se investiga é se com as ações de controle consegue-se a redução dos casos de hanseníase no Brasil?

Sabe-se que um trabalho de informação e acompanhamento por pessoas especializadas poderá diagnosticar e orientar as pessoas com hanseníase em seu próprio ambiente, juntamente com seus familiares.

Nesse contexto, buscou-se a revisão literária em dados secundários disponíveis em artigos, livros, revistas de saúde e sites da internet com base nos autores Rouquayrol (2003), Ministério da Saúde (2008, 2009), Lacen Paraná (2015), Lana, Machado e Davi (2011), Scliar (2007), Organização Mundial de Saúde (OMS), Anvisa (2009), Canguilhem (1990) entre outros.

### CONCEITO DE EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ao tratar do tema Epidemiologia e Vigilância Sanitária convém elucidar sobre o que é saúde/doença e o histórico natural da doença.

---

<sup>1</sup> Aluna do curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em Microbiologia clínica – 6ª turma - da Academia de Ciência e Tecnologia – São José do Rio Preto/SP. Email: [valeriamillarch@hotmail.com](mailto:valeriamillarch@hotmail.com)

<sup>2</sup> Professora da disciplina de Microbiologia Clínica da Academia de Ciência e Tecnologia – São José do Rio Preto/SP.

O conceito de doença varia muito e dependerá da época, do lugar, da classe social, assim como de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. Para se falar de doença é necessário ver que, de acordo com “Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença”, citado por Scliar (2007, p. 37).

Scliar (2007, p. 37) explica que “a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor”.

A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Tal conceito tem uma profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços (Anvisa, 2009, p. 4).

Canguilhem (1990) diz que “a doença caracteriza uma espécie de norma biológica, de valor negativo, de modo que o patológico só pode ser considerado como anormal em relação a uma situação específica e determinada” (*apud* Lunardi, 1999, p. 38).

O conjunto de processos interativos é a história natural da doença, isto é:

as interrelações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro local passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (Rouquayrol, 2003, p. 245).

Ao histórico do desenvolvimento natural da doença compreende dois períodos sequenciais: o epidemiológico e o patológico.

No período epidemiológico o interesse é dirigido para as relações suscetível-ambiente e no patológico interessam as modificações que se processam no organismo vivo, caracterizando, assim, o meio ambiente onde ocorrem as pré-condições e o meio externo, *locus* da doença, onde se processaria de forma progressiva, uma série de modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas, referentes a certa enfermidade.

Existem condições internas pré-determinadas de doenças, como a hereditariedade, os congênitos ou os advindos de alterações orgânicas que

resultaram em doenças anteriores. O ser humano é o próprio gerador das condições menos favoráveis que levam às doenças e, também, a principal vítima do contexto de agressão à saúde.

A produção da doença em termos coletivos advém das relações dos processos sociais, desenvolvendo por meio de relações ambientais e ecológicas desfavoráveis que contaminam o homem de ações diretas de agentes físicos, biológicos e psicológicos, afetando diretamente os indivíduos mais suscetíveis às doenças.

A doença considerada em nível coletivo está na categoria residual como um conjunto de todos os fatores que não podem ser classificados como genéticos, físicos, químicos e biológicos.

Pesquisas apontam que a Epidemiologia nasceu com Hipócrates, pois em seus escritos encontraram-se dados sobre epidemias e distribuição de enfermidade nos ambientes da sua época.

Anterior ao século XV os atendimentos eram individualizados e, com o inglês Thomas Sydenham após esse período, a ciência epidemiológica passa a ter caráter preventivo.

No Brasil, a história da Epidemiologia teve um caminho longo, que ocorreu por meio dos estudos e pesquisas na reforma dos currículos nos cursos de Medicina, saindo do curativo para o preventivo, assim como com Oswaldo Cruz e Adolfo Lutz, no início do século XX, com descobertas importantes na área da saúde e epidemiologia.

A Epidemiologia é parte disciplinar em Saúde Pública, que trata das medidas profiláticas às doenças transmissíveis e não transmissíveis.

O perfil de saúde-doença é dado por meio do estudo da distribuição da morbidade e da mortalidade nos grupos humanos.

A Epidemiologia realiza testes de eficácia e de inocuidade de vacinas, desenvolve a vigilância epidemiológica, analisando os fatores ambientais e socioeconômicos que influenciam no aumento das doenças e nas condições de saúde, conforme descreve Rouquayrol (2003).

Os serviços de saúde mantem um elo entre a comunidade e o governo, oportunizando a vivência da cidadania por meio do controle desses serviços.

A abordagem epidemiológica da doença, a reconhece enquanto evento coletivo, característico da vida em sociedade e de seus diferentes grupamentos num dado momento histórico. Em uma espécie de complementação ao olhar clínico, a epidemiologia, reiterando a abordagem biológica, ultrapassa-a na direção da doença enquanto fenômeno coletivo e, então, se apropria das questões referentes às causas que a determinam, mesmo que a doença se manifeste individualmente (MENDES-GONÇALVES, 1990 *apud* ROUQUAYROL, 2003, p. 469).

Como ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle e erradicação de doenças, assim como fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

No que se refere à vigilância à saúde Rouquayrol (2003, p. 467) indica que houve uma mudança “no modo de entender, trabalhar e avaliar os serviços assistenciais”, por que:

[...] muito embora, os serviços assistenciais não sejam totalmente omissos por referência a ações diretamente relacionadas à dimensão saúde, sua atuação tem sido minoritária e quase sempre em resposta a problemas suscitados pela presença de doenças na população, o que tem limitado a eficácia da ação nessa esfera do processo saúde-doença.

A vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle das doenças transmissíveis na década de 50, quando da erradicação da malária, onde as pessoas eram isoladas ou ficavam de quarentena, sozinhos e de forma não coletiva.

O conceito de vigilância epidemiológica está definido como a aplicação a variados problemas de Saúde Pública, além das doenças transmissíveis. Foi introduzida, no Brasil, “como atividade dos serviços de saúde, durante a campanha de erradicação da varíola, no início da década de 70”. Na época, o Ministério da Saúde “procurou organizar em todos os estados as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE)”, na função de manter uma organização de notificações. Tais sistemas de notificações foram planejados para ocorrências semanais para a promoção de “medidas adequadas para controlar as doenças” (Rouquayrol, 2003, p. 474).

Na década de 1970, por conta de “uma grave crise sanitária no país, com epidemia de meningite, aumento da mortalidade infantil e grande aumento dos acidentes de trabalho, é promulgada a Lei nº 6 229”. A referida legislação tratou

“sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo um conjunto de princípios racionalizadores que define o papel dos órgãos de saúde, suas atribuições e organização”. Também foram criados o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Rouquayrol, 2003, p. 474).

O Sistema Único de Saúde (SUS) define Vigilância epidemiológica, no texto da Lei nº 8.080/90, como sendo “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva” (Rouquayrol, 2003, p. 475).

A finalidade da Vigilância epidemiológica é sempre de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e seus agravos e, ampliadas, são operacionalizadas por uma grande reestruturação do sistema de saúde brasileiro, onde as responsabilidades e a prestação de serviços são descentralizadas, porém, mantendo a integralidade das informações na área.

Rouquayrol (2003, p. 320) descreveu as funções da Vigilância epidemiológica como sendo:

Coleta de dados; processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes.

A coleta de dados leva à qualidade da informação, pois é no local (município) que ocorre o evento sanitário que os dados precisam ser coletados adequadamente e, por meio deles, se faz o planejamento, a avaliação, manutenção e aprimoramento das ações efetivas. O Sistema Único Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) <sup>3</sup> é o principal instrumento de coleta de dados de notificações compulsória.

Neste contexto, pode-se dizer que a informação é que leva à ação e, portanto, embasada na notificação, ou seja, a comunicação da ocorrência de

---

<sup>3</sup> É o mais importante para a Vigilância Epidemiológica. Foi desenvolvido entre 1990 e 1993, para tentar sanar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD), e substituí-lo, tendo em vista o razoável grau de informatização já disponível no país. O Sinan foi concebido pelo Centro Nacional de Epidemiologia, com o apoio técnico do Datasus e da Prodabel (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte), para ser operado a partir das unidades de saúde, considerando o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação, em todo o território nacional, desde o nível local.

determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais da saúde ou qualquer cidadão para que se efetivem as ações de intervenção necessárias e adequadas.

Para tanto, o Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde definiu os parâmetros para a inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória. Atualmente, este Centro foi substituído pela criação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em junho de 2003, que veio reforçar uma área extremamente estratégica do Ministério da Saúde (MS), por meio do fortalecimento e ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica.

As ações da SVS, veiculadas na página Portal da Saúde do SUS, inclui-se diversos programas nacionais de combate às doenças transmitidas por vetores; o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle dessas. Também, “agrega importantes programas nacionais de combate a doenças como tuberculose, hanseníase, [...]. Agora, todas as ações de prevenção e controle de doenças estão reunidas na mesma estrutura, possibilitando uma abordagem mais integrada e eficaz”, de acordo com o Decreto nº 8065/2013<sup>4</sup>.

A política vigente para o agravo da hanseníase atrelou a doença ao grupo de Doenças Negligenciadas (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação-CGHDE Decreto n. 7.530, 21/07/2011). Essa política tem como ação prioritária o Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015, inserido no “Programa Brasil Sem Miséria”, que visa à redução da pobreza em regiões onde essas doenças são prevalentes, conforme especificado no Plano Integrado de Ações Estratégicas (2012).

Com base no referencial anterior trata-se no próximo item da doença hanseníase propriamente dita como tema desta pesquisa.

## **O BACILO *M. LEPRAE* E O CONCEITO DE HANSENÍASE**

Após a comprovação de que os agentes etiológicos da tuberculose (TB) e da hanseníase tinham características morfológicas de bacilos e tintoriais de álcool-ácido resistência, Lehmann e Neumann, em 1896, agruparam os agentes como

---

<sup>4</sup> Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão.

pertencentes ao gênero *Mycobacterium*, estabelecendo as espécies *Mycobacterium tuberculosis* e *M. leprae*, respectivamente (BRASIL, 2008a, p.121).

Apesar de a hanseníase ter sido descrita pela primeira vez há quatro mil anos, não se imaginava até agora como a colonização inicial das células de Schwann pela *M. leprae* promovia o espalhamento do bacilo para outros tecidos. Cientistas da Universidade de Edimburgo, na Escócia, e da Universidade Rockefeller, em Nova Iorque, liderados por Anura Rambukkana, obtiveram resultados surpreendentes indicando que a *M. leprae* induz a reprogramação de células de Schwann, transformando-as em células-tronco e facilitando, assim, sua disseminação pelo corpo do hospedeiro. A infecção por *M. leprae* transformou células de Schwann em células-tronco mesenquimais capazes de dar origem a outros tipos celulares como osteoblastos, adipócitos e células musculares. Curiosamente, outras micróbactérias, como a *Mycobacterium smegmatis*, não conseguiram reprogramar células de Schwann. Em condições de inflamação, as células-tronco oriundas das células de Schwann infectadas se fundiam a células de fibras musculares, promovendo a transmissão passiva da bactéria aos mioblastos. O mesmo tipo de disseminação foi observado em células da musculatura lisa. A conversão de células de Schwann em células-tronco mesenquimais é uma maneira surpreendente e intrigante de a *M. leprae* promover sua disseminação pelo organismo do hospedeiro (REHEN, 2013, online).

Os bacilos (Unidades Formadoras de Colônias – UFC) variam de tamanho conforme a espécie de micróbactéria (0,2 a 0,7 por 1 a 10 micrômetros) e são constituídos de: Parede celular – Membrana citoplasmática – Cromossomo – Ribossomos - Grânulos de polifosfato - Vacúolos lipídicos – Mesossomos (Brasil, 2008a).

As micróbactérias são, também, classificadas, conforme sua capacidade de causar doença no homem, em:

- a) patogênicas, que obrigatoriamente causam doença;
- b) potencialmente patogênicas, que podem causar doença;
- c) raramente patogênicas, nunca ou com extrema raridade causam doença

(Brasil, 2008a, p. 122).

Sobre a conceituação de hanseníase tem-se de acordo com Rehen (2013, online) que:

É uma doença crônica causada pela *Mycobacterium leprae*, uma bactéria em forma de bacilo que inicia sua infecção a partir das células de Schwann<sup>5</sup>, o que acarreta lesão neurológica caracterizada por perda sensorial e motora nos pacientes afetados.

---

<sup>5</sup> Células de Schwann têm esse nome em homenagem a Theodor Schwann, pesquisador alemão responsável pela teoria celular e pela descrição original dessas células gliais, presentes no sistema nervoso periférico.

Para o Ministério da Saúde, “é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta, principalmente, por sinais e sintomas dermatoneurológicos [...]” (Brasil, 2008, p. 45).

De acordo com o Guia de vigilância epidemiológica hanseníase é definida como:

doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Este bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são função apenas de suas características intrínsecas, mas que depende, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemidade do meio, entre outros (Brasil, 2002, p. 349).

Em posse dos conceitos sobre a doença trata-se de abordar as formas de contágio, classificação, diagnóstico, aspectos clínicos e tratamento da hanseníase.

## **HANSENÍASE: FORMAS DE CONTÁGIO, CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO, ASPECTOS CLÍNICOS E TRATAMENTO**

A hanseníase ataca normalmente a pele, os olhos e os nervos. A transmissão ocorre por meio das secreções respiratórias, quando uma pessoa infectada libera o bacilo no ar, pela tosse, espirro, fala ou bocejo. A infecção dificilmente acontece depois de um simples encontro social, mas sim por contato íntimo, frequente e prolongado.

A maioria das pessoas resiste à contaminação pela doença. Mesmo entre contatos familiares de um caso, nem todos adoecem. No entanto, quando diagnosticado um caso em família, todos devem procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para fazer os exames.

Após a inalação do bacilo, os macrófagos podem agir de três formas: destruição dos bacilos por pessoa resistentes, defesa imunológica para isolamento do bacilo e disseminação para linfonodos regionais. A pessoa infectada e sem tratamento elimina os bacilos não só pela pele, mas também pelas secreções de superfície (Brasil, 2008).

Para o Ministério da Saúde (2002), a hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente acontece em crianças. Observou-se que crianças menores de 15 anos adoecem mais quando há



endemicidade da doença. Há uma incidência maior da doença no sexo masculino, em todos os lugares do mundo.

A forma de transmissão principal da doença é por:

via de eliminação dos bacilos é a via aérea superior, sendo que o trato respiratório é a mais provável via de entrada do *Mycobacterium leprae* no corpo. O trato respiratório superior dos pacientes multibacilares (Virchowianos e Dimorfos) é a principal fonte de *Mycobacterium leprae* encontrada no meio ambiente (Brasil, 2002, p. 349).

No que diz respeito ao período de incubação, a hanseníase apresenta longo período de incubação, em média de dois a sete anos. Há referência a períodos mais curtos, de sete meses, como, também, de mais de dez anos. E, que variando com o estado imune do indivíduo, pode acontecer no período de até cinco anos. Após a penetração do bacilo no organismo, ocorre uma infecção subclínica, com cura espontânea, na maioria dos casos (Tavares, Marinho, 2005).

Para Tavares e Marinho (2005), num menor número de indivíduos, os bacilos se propagam para os nervos periféricos e para a pele, onde são fagocitados pelos macrófagos e pelas células Schwann e, no interior das células, os bacilos se reproduzem lentamente por divisão binária (12 a 21 dias), o que lhe determina a característica de uma doença crônica.

Na forma clínica da doença:

os doentes paucibacilares (Indeterminados e Tuberculóides) não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar. Os pacientes multibacilares, no entanto, constituem o grupo contagiante e, assim, se mantêm enquanto não se iniciar o tratamento específico. Assim como em outras doenças infecciosas, a conversão de infecção em doença depende de interações entre fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio *M. leprae*. Devido ao longo período de incubação, é menos frequente na infância. Contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária. Embora acometa ambos os sexos, observa-se predominância do sexo masculino, em uma relação de dois para um (Brasil, 2002, p. 350).

Em Madri, Rabello (1953) classificou pela primeira vez a hanseníase, fundamentado no quadro clínico, na baciloscopia, no quadro histológico e na introdermorreação de Mitsuda (lipromina-reação), colocando a hanseníase em dois polos estáveis e opostos, como descreve Tavares e Machado (2005).

No Brasil, as classificações que têm sido mais frequentemente utilizadas são a proposta no VI Congresso Internacional de Leprologia realizado em Madri em 1953, baseada nos critérios de polaridade definidos por Rabello Jr., a que tem como critério básico o resultado do exame baciloscópico e a elaborada por meio de critérios clínicos e imunopatológicos por Ridley e Jopling, amplamente utilizada em pesquisas, de acordo com Gallo *et al.* (2003, p. 416)

Atualmente, a classificação deve se pautar no número de lesões. E quanto aos aspectos clínicos e laboratoriais tem-se que “os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação clínica, [...], podem ser utilizados nas áreas com profissionais especializados e em investigação científica” (Tavares, Marinho, 2003, p. 417).

#### QUADRO 1 - SINOPSE PARA CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE

CARACTERÍSTICAS			
CLÍNICAS	BACTERIOSCÓPICAS	FORMAS CLÍNICAS	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL VIGENTE PARA A REDE BÁSICA
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemo-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos.	Negativa	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (PB) até 5 lesões de pele
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas, comprometimento de nervo.	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade.	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou Negativa	Dimorfa (HD)	Multibacilar (MB) mais de 5 lesões de pele
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.	Positiva (Bacilos abundantes e globiais)	Virchowiana (HV)	

##### Notas:

- Na hanseníase Virchowiana, afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais.
- As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas. Na hanseníase indeterminada, não há comprometimento de troncos nervosos, não ocorrendo por isso problemas motores. Na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e mais intenso.
- Os casos não classificados, quanto à forma clínica, serão considerados para fins de tratamento como multibacilares.

Fonte: Brasil, 2002, p. 350.

Os principais sintomas da hanseníase são: manchas avermelhadas, esbranquiçadas ou amarronzadas no corpo com diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, tato e à dor; caroços avermelhados às vezes doloridos; sensação de choque com fisgadas ao longo dos braços e pernas; áreas com

diminuição de pelos e suor; e o engrossamento do nervo que passa pelo cotovelo levando a uma perda da força do quinto dedo da mão.

Quanto aos aspectos laboratoriais há que se efetivar o exame baciloscópico: a baciloscopia<sup>6</sup> poderá ser utilizada, como exame complementar para classificação dos casos em MB e PB. Baciloscopia positiva indica hanseníase multibacilar, independentemente do número de lesões. E o exame Histopatológico: indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas (Brasil, 2002).

Após elaboração do diagnóstico por meio da observação e dos devidos e necessários exames laboratoriais e clínicos a doença precisa ser tratada. O tratamento conveniente e adequado a cada caso e situação será proposto pelo médico. Sabe-se que para cura da doença hanseníase é indispensável o tratamento do paciente com o objetivo de “fechar a fonte de infecção, interrompendo assim a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto estratégico no controle da endemia [...]” (Brasil, 2008a, p. 351).

É fundamental, como em toda doença, que o paciente aceite, se comprometa e faça uso regular das medicações prescritas pelo médico.

O tratamento é eminentemente ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a POLIQUIMIOTERAPIA (PQT). A regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente. **A prevenção de incapacidades é atividade primordial durante o tratamento** e, em alguns casos, até mesmo após a alta, sendo parte integrante do tratamento do paciente com hanseníase. Para o paciente, o aprendizado do autocuidado é arma valiosa para evitar sequelas. Na tomada mensal de medicamentos, é feita uma avaliação do paciente, para acompanhar a evolução de suas lesões de pele, do seu comprometimento neural, verificando-se se há presença de neurites ou de estados reacionais. Quando necessárias, são orientadas técnicas de prevenção de incapacidades e deformidades (Brasil, 2002, p. 351).

No que diz respeito ao tratamento, o Guia de Vigilância Epidemiológica (2002, p. 354) explica que:

---

<sup>6</sup> A baciloscopia é um exame laboratorial que visa detectar o bacilo acusador da hanseníase no aspecto intradérmico para diagnóstico e controle de tratamento, justifica-se ter relevância social, uma vez que traz rapidez e agilidade na confirmação do diagnóstico precoce da hanseníase.

O tratamento do paciente com hanseníase é indispensável para curá-lo, fechar a fonte de infecção, interrompendo assim a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase, enquanto problema de saúde pública. O tratamento é eminentemente ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a POLIQUIMIOTERAPIA (PQT). A regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente. A prevenção de incapacidades é atividade primordial durante o tratamento e, em alguns casos, até mesmo após a alta, sendo parte integrante do tratamento do paciente com hanseníase. Para o paciente, o aprendizado do auto-cuidado é arma valiosa para evitar sequelas.

Para o paciente com hanseníase que esteja em tratamento medicamentoso são importantes para evitar-se complicações da doença que receba as orientações de autocuidados e correta realização do tratamento.

## **AS AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA**

Ainda, mesmo com os diferentes programas, o Ministério da Saúde enfrenta demandas assistenciais, resultantes da política de controle do isolamento compulsório, nos casos de hanseníase.

Dentre as ações de campanha, esclarecimento à população está à instituição do Dia Mundial de Luta contra a Hanseníase, comemorado em 25 de janeiro, no Brasil como forma de aumentar o controle de endemia no país.

A meta de eliminação da hanseníase, com base no indicador de prevalência pontual, foi substituída pelo indicador de detecção de casos novos. O foco é a atenção integral e uma ação integrada em regiões, estados e municípios envolvidos nos clusters identificados, para reduzir as fontes de transmissão (Brasil, 2008, p. 1).

A vigilância de contatos<sup>7</sup>, facilitada pela descentralização das ações para a rede básica, precisa ser intensificada com o objetivo de identificar e tratar novos casos e interromper a cadeia de transmissão (Brasil, 2009).

As ações de controle da hanseníase adotadas no Brasil integram atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades físicas, vigilância de comunicantes e educação em saúde. As estratégias visam um aumento da cobertura dos serviços de saúde por meio da ampliação da rede de diagnósticos e de atenção ao paciente, mediante a descentralização das atividades para os serviços de atenção básica à saúde (Lana, Carvalho, Davi, 2011, p. 63).

---

<sup>7</sup> Em 2014, 1.944 municípios aderiram à campanha, contra 852 em 2013. Ao todo, cerca de cinco milhões de crianças foram avaliadas para a hanseníase. Dessas, 4,7 milhões foram tratadas para verminoses em geral, 231 mil encaminhados para a rede pública de saúde com suspeita de hanseníase e 354 realmente diagnosticadas com a doença.

Lana, Carvalho, Davi (2011, p. 63) identificam, ainda, que dentre as ações de controle da doença, “tem destaque a reorganização dos serviços de saúde voltada para um rompimento com a tendência da demanda espontânea”, propiciando-se uma oferta organizada de acordo com as principais necessidades da população atendida. “Alguns fatores influenciam a utilização dos serviços de saúde como: a acessibilidade, a existência de especialistas, a competência dos profissionais e o estabelecimento de vínculo com o paciente”.

O Ministério da Saúde preconiza o aumento da cobertura das ações de controle da hanseníase para todas as Unidades de Saúde dos estados e municípios endêmicos, como parte de uma política geral de descentralização, que tem como estratégia o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2009, p.1).

Na tomada de ações é necessária a identificação do caso a partir da notificação dada pelo Serviço de Saúde Básica (SSB) para que se faça a coleta de dados mediante entrevista com o paciente, familiares, médicos, e outros informantes.

O Laboratório Central do Estado (LACEN) assumiu, em 1988, o Serviço de Controle de Qualidade das Baciloscopias de hanseníase, para adequar, padronizar e monitorar os exames baciloscópicos nos laboratórios das Regionais de Saúde do Estado.

Os dados, geralmente, são:

a) Identificação do paciente: nome, idade, sexo, estado civil, profissão, local de trabalho e de residência, com ponto de referência;

b) Anamnese e exame físico: data de início dos primeiros sintomas, história da moléstia atual, antecedentes mórbidos, antecedentes vacinais, mudanças de hábitos alimentares nos dias que antecederam aos sintomas, e dados de exame físico;

c) Suspeita diagnóstica: na pendência de dados complementares para firmar o diagnóstico, devem ser formuladas as principais suspeitas e assim possibilitar a definição de medidas de controle preliminares e a solicitação de exames laboratoriais;

d) Meio ambiente: depende do tipo de doença investigada. Por exemplo, se a suspeita é de doença de veiculação hídrica, são essenciais as informações sobre sistema de abastecimento e tratamento de água, destino de resíduos líquidos,

sólidos e lixo, alagamentos, chuvas; em outros casos, podem estar envolvidos insetos vetores, inseticidas e pesticidas, etc;

e) Exames laboratoriais: estes exames devem ser solicitados com vistas ao esclarecimento do diagnóstico do paciente e das fontes de contaminação, veículo de transmissão, pesquisa de vetores, conforme cada situação (Brasil, 2002, p. 33).

Quando já notificado na lista de notificação compulsória e o paciente apresenta o quadro clínico é necessária atenção especial por parte da rede de assistência à saúde e da vigilância epidemiológica para disponibilizarem a assistência médica ao paciente, qualidade da assistência, proteção individual e da população (Brasil, 2002).

Em um estudo realizado por Amaral e Lana, no ano de 2008, foram identificados diversos fatores que influenciam o controle da hanseníase pelos serviços de saúde, tais como o diagnóstico tardio; o abandono dos pacientes ao tratamento; baixos índices de cobertura assistencial, de controle de comunicantes, de esclarecimento sobre a doença e de condições de vida e saúde da população; além do estigma e do preconceito que acometem os portadores da doença (Brasil, 2009, p. 9).

Dentro desse contexto, “ressalta-se a importância do trabalho do enfermeiro relacionado ao desenvolvimento das ações de controle por meio da realização de consultas de enfermagem, de assistência domiciliar, de atividades educativas”, assim como “da busca ativa de casos e da organização e coordenação das ações desenvolvidas” (Lana, Carvalho, Davi, 2011, p. 63).

## **DADOS SOBRE A HANSENÍASE NO BRASIL**

Em estudos e levantamentos, conforme dados no Brasil, em 2008, apresentou-se um decréscimo “estatisticamente significativo no tempo para as séries temporais de coeficientes de detecção”. Porém, entre 1990 a 2008

[...] esse coeficiente oscilou entre 20,0/100.000 habitantes em 1990 e 29,4/100.000 habitantes em 2003, apresentando classificação “muito alta”, segundo parâmetros oficiais. Porém, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda mantêm taxas em patamares muito elevados (Brasil, 2009, p. 7).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) da Secretaria de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde tem como prioridade a redução de casos em menores de 15 anos, entendendo-se que os casos nessa faixa etária

estão diretamente relacionados com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase.

No período correspondente entre 2001 a 2008 a classificação de coeficiente de detecção no Brasil, foi considerada “muito alta” em que demonstrou-se que “houve notificação de crianças em 798 (14,3%) municípios do país. Vale salientar que 1173 municípios estão inseridos nas dez áreas de maior risco de detecção de casos de hanseníase, definidas pelo estudo de *clusters*” (Brasil, 2009, p. 7).

Conforme dados disponibilizados pelo Governo Federal, em 2014, o país teve 24.612 (12,14 por 100 mil habitantes) novos casos de hanseníase, porém é considerada como doença endêmica em decréscimo desde 2003. A porcentagem de cura nos dois últimos anos foi de 83,4% e 84%, respectivamente.

Quando a taxa de incidência está próxima de 1 por 10 mil habitantes, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), significa que a doença está sob controle na saúde pública. O governo federal afirmou que quer chegar a uma taxa menor que um em todo o Brasil, mas não deu um prazo para tanto, é o que afirma o Ministério da Saúde (G1, 2015).

Apesar da melhora, o Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase, atrás somente da Índia. A prevalência da doença no país, que inclui casos novos e o total de pessoas com casos já contabilizados em anos anteriores e em tratamento, aumentou de 2013 para 2014 (G1, 2015).

## **OBJETIVOS**

Este artigo pretende investigar a questão da hanseníase enquanto um grande problema de saúde pública no Brasil, assim como sobre as ações de controle de uma das doenças mais antigas existente na humanidade. Nesse aspecto, procurou-se informar sobre o conceito de Epidemiologia e vigilância epidemiológica, assim como descrever o bacilo causador da doença, como aparece e se desenvolve e as formas contágio, apresentando-se as medidas de prevenção, tratamento e controle disponíveis pelo sistema de informação de saúde pública no Brasil assim como os dados atuais para a obtenção da eliminação da doença hanseníase.

## RESUMO

Este artigo trata sobre o tema Doença de Hansen (hanseníase) em que se pretendeu investigar a questão da hanseníase enquanto um grande problema de saúde pública no Brasil, assim como sobre as ações de controle de uma das doenças mais antigas existente na humanidade.

A hanseníase é *uma doença* crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*) e atinge a pele e os nervos periféricos que devem ter diagnóstico precoce, pois pode levar o sujeito às incapacidades físicas.

Nesse contexto, buscou-se a revisão literária em dados secundários disponíveis em artigos, livros, revistas de saúde e sites da internet com base em autores que tratam do referido tema.

## CONCLUSÃO

O estudo realizado sobre a Doença de Hansen (hanseníase) nos deu o entendimento de que é uma doença contagiosa, por meio do contato com o bacilo *M. Leprae* em que o contágio ocorre principalmente por vias aéreas superiores e a infecção subclínica ocorre em grande proporção de pessoas. É uma doença predominantemente de pele, mucosa e nervos periféricos.

Existem, no Brasil, quatro formas de manifestação; pode haver comprometimento neurológico, tornando o sujeito incapacitado se não tiver orientações adequadas e tratamento não tardio.

Normalmente, é uma doença presente em países pobres, com populações sem o devido saneamento básico, com baixo estado nutricional e infecções prévias por microbactérias e ocorre com maior intensidade na Ásia, África, Índia e América Latina, incluindo-se o Brasil.

A meta do Ministério da Saúde, no Brasil, é eliminar a hanseníase, sendo então considerado um grande problema de saúde pública e para tanto, toma medidas de controle da doença com base no diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos, prevenção das incapacidades físicas e vigilância dos contatos familiares.



O Brasil apresenta uma política pública de saúde, por meio dos órgãos governamentais da área da Educação e da Saúde, por meio de campanhas e da inserção nos cursos da área de saúde contemplados em suas diretrizes curriculares nacionais com disciplinas das doenças de saúde pública. Entretanto, por ser uma doença de baixa prevalência, as pessoas não fazem a conexão ao terem os sintomas. Esse fator indica e demonstra que os profissionais de saúde têm de ser constantemente sensibilizados, assim como toda a população, e assim, a importância das campanhas nacional sobre a hanseníase.

Nesse contexto, pode-se dizer que as ações empenhadas e disponibilizadas pelo governo Federal, por meio do Ministério da Saúde com os Programas de controle endêmico da hanseníase vem obtendo resultados favoráveis diante da diminuição de casos em todas as regiões brasileiras.

Sendo assim, as campanhas para que se evite o preconceito, a informação e educação às pessoas, familiares e à própria comunidade que levam a diminuir a discriminação, manutenção e reinserção do sujeito acometido, na sociedade, sugere desempenho adequado e importante no cumprimento da meta da OMS de 1 por 10 mil habitantes.

## REFERÊNCIAS

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A ANVISA na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco. 2009. [acesso em 02 ago 2015]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/pdf>.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5ª ed. Brasília: FUNASA; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica, 7ª ed. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, Brasília (DF); 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras microbactérias. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Brasília (DF); 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados, Brasília (DF); 2009.

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Ações Estratégicas: eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública. Série C: Projetos, Programas e Relatórios; Brasília; 2012.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.

Gallo MEN, Ramos Júnior LAN, Albuquerque ECA, Nery JAC, Sales AM. Alocação do paciente hanseniano na poliquimioterapia: correlação da classificação baseada no número de lesões cutâneas com os exames baciloscópicos. *An bras Dermatol*, Rio de Janeiro, 78(4):415-424, jul./ago. 2003.

G1. Bem estar. [dados da Internet]. 2015. [acesso em 15 ago 2015]; Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/01/brasil-teve-24612-novos-casos-de-hanseniose-em-2014-diz-ministerio.html>.

Kelly-Santos, A, Monteiro, S.S, Ribeiro, A.P.G. Collection of educational materials on Hansen's disease: a tool for memory and communicative practices *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2010; v.14, n.32, p.37-51.

Lana FCF, Carvalho APM, Davi FLR. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery* [impr.], 2011; 15 (1):62-67.

Lunardi VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *R. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, jan. 1999; v.20, n.1, p.26-40.

Rehen S. Bacilo da hanseníase. *Ciência Hoje* [periódico na internet]. 2013 [acesso em 02 ago 2015]; Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br/colunas/bioconexoes/bacteria-reprogramadora.pdf>.

Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

Scliar M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 15 ago 2015]; Rio de Janeiro, 17(1): 29-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>.

Tavares W; Marinho LAC. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. São Paulo: Atheneu; 2005.