

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ARIVONALDO MEDEIROS DANTAS

**HANSENÍASE: DOENÇA MILENAR QUE AMEAÇA AS NOVAS GERAÇÕES DO
BRASIL**

**NATAL/RN
2009**

ARIVONALDO MEDEIROS DANTAS

A HANSENÍASE: DOENÇA MILENAR QUE AMEAÇA AS NOVAS GERAÇÕES DO BRASIL

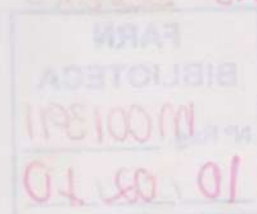
Monografia apresentada ao curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte e aprovada em 24 de novembro de 2009, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

A HANSENÍASE: DOENÇA MILENAR QUE AMEAÇA AS NOVAS GERAÇÕES DO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profª. Ma. Cléa Maria da Costa Moreno

NATAL (RN)
2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Dantas, Arivonaldo Medeiros

Hanseníase: doença milenar que ameaça as novas gerações do Brasil /
Arivonaldo Medeiros Dantas. – Natal: FARN, 2009.
53f.

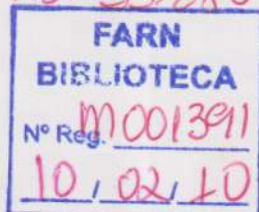
Orientador: Cléa Maria da Costa Moreno (Msc.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Hanseníase – Monografia. 2. Hanseníase – Tratamento – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616-002.7



616-022.73
D21h
2009
ex.01

ARIVONALDO MEDEIROS DANTAS

HANSENÍASE: DOENÇA MILENAR QUE AMEAÇA AS NOVAS GERAÇÕES DO BRASIL

Monografia apresentada ao curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte e aprovada em 24 de novembro de 2009, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros.

Prof^a. Me. CLÉA MARIA DA COSTA MORENO
(Orientadora)

, PROF^a. MA. MARIA CLEIA DE OLIVEIRA VIANA
(Avaliadora)

PROF^a. MA. MARIA LÚCIA COSTA DO NASCIMENTO
(Avaliadora)

Resumo

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, estigmatizante, de grande potencial incapacitante, e os adolescentes por estarem numa fase de mudanças e de adaptação, esta doença pode interferir na construção de sua vida. A doença é uma das mais antigas da humanidade e hoje, em pleno século XXI, ainda ameaça a geração de crianças e jovens brasileiros. O estudo objetiva chamar a atenção do alto percentual de contaminação da doença na infância e pré-adolescência. O índice de contaminação nessa faixa etária é preocupante, porque se há crianças adoecendo significa que contraíram o bacilo de hansen (*Mycobacterium leprae*), causador da hanseníase, há pouco tempo, e em foco de transmissão ativa. A pesquisa consistiu em uma revisão de literatura sobre o acometimento da hanseníase em menores de 15 anos. A revisão foi desenvolvida em livros, revistas e sites científicos. O resultado dessa pesquisa mostra que em algumas regiões do país é preocupante o índice de contaminação, o que sinaliza a necessidade de uma estratégia rápida no sentido de controlar esse mal endêmico da infância.

Palavras-chave: Hanseníase. Adolescente. Infância.

Abstract

Leprosy is a contagious disease, stigmatization, high disabling potential and adolescents to be in the process of change and adaptation, this disease can interfere with the construction of his life. The disease is one of the oldest of mankind and today in the XXI century, still threatens the generation of children and young Brazilians. The study aims to draw the attention of the high percentage of contamination of the disease in childhood and early adolescence. The infection rate in this age group is worrying, because if children are sick sig - ca who contracted Hansen's bacillus (*Mycobacterium leprae*), which causes leprosy, recently, and a focus of active transmission. The survey consisted of a review on the involvement of leprosy in children under 15 years. The literature review was developed in books, magazines and scientific sites. This research result shows that in some regions of the country is alarming infection rates, which signals the need for a rapid strategy to control this endemic evil from childhood.

Key words: Leprosy. Adolescents. Childhood.

AGRADECIMENTOS

Sempre atencioso, que quando estava comigo! No entanto tive sorte de fazer parte da vida de pessoas que hoje estão aqui, presentes, onde sempre me deram apoio e incentivo para lutar e chegar ao meu objetivo. Obrigado! Por isso, eternamente agradeço a todas essas pessoas tão especiais que sempre estiveram comigo nessa incansável jornada.

A Deus, agradeço e dedico esse trabalho, pois sem ele nada sou, e graças a ele por me dar saúde, sabedoria, oportunidade, perseverança, determinação, coragem e condições que me permitiram a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, amados Vilmar e Adelmar, por me terem a forma, ao emocional e física a estrutura para a realização do meu trabalho.

A minha irmã mais velha, pela força e incentivo nos momentos difíceis.

A meu filho e amado Elton, por todos os momentos de felicidade e alegria por uma vitória.

A minha mentora mais querida, Adenir, que com sua paciência e dedicação profissional, foi capaz de proporcionar-me tamanho sucesso.

A querida amiga Francis Falcão, por toda ajuda, incentivo e ajuda demonstrada nos momentos difíceis.

Aos meus grandes amigos mais queridos Paulo, por enfrentar a madrugada fria e perigosa a fim de me proporcionar descanso necessário.

Aos amigos de curso, pelas angústias compartilhadas no decorrer do processo de ensino-aprendizagem.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e ajuda nos momentos mais complicados.

A minha orientadora, Professora M^{te} Clés Moreira, por toda a paciência, compreensão e grande colaboração compartilhada.

A toda minha maravilhosa família, a base de tudo o que sou.

Muito obrigada a todos vocês.

Dedico a minha mãe ao meu pai a minha esposa e a meu filho pelo respeito, carinho, compreensão e incentivo que sempre demonstraram ao longo dessa incansável jornada.

LISTA DE ABREVIATURAS

AGRADECIMENTOS

Sempre acreditei, que quando se quer consegue! No entanto tive sorte de fazer parte da vida de pessoas que vejo como seres iluminados, onde sempre me deram apoio e incentivo para iniciar e chegar aos meus objetivos. Cheguei! Por isso, eternamente agradeço a todas essas pessoas tão especiais que sempre estiveram comigo nessa incansável caminhada.

A Deus agradeço e dedico esse trabalho, pois sem ele nada somos, e graças a ele por me dar saúde, sabedoria, oportunidade, perseverança, determinação, coragem e condições que me permitiram a conclusão desse trabalho.

Aos meus pais, amados, Vitória e Aderbal, por me darem a formação emocional e toda a estrutura para a aquisição do conhecimento.

A minha amável esposa Fabilene, pela força e incentivo nos momentos precisos.

À meu lindo e amado filho, por todos os momentos felizes de alegrias por mim vivenciado.

À minha maravilhosa irmã Arioene, que com seu prestígio e dedicação profissional, foi capaz de proporcionar-me tamanho desafio.

À querida amiga Patrícia Falcone, por todo carinho, incentivo e ajuda demonstrada nos momentos precisos.

Ao meu grande amigo motorista Paulo, por enfrentar a madrugada fria e perigosa a fim de me proporcionar descanso necessário.

Aos colegas de curso, pelas angústias compartilhadas no decorrer do processo de aprendizagem.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e ajuda nos momentos mais complicados.

À minha orientadora, Professora Me. Cléa Moreno, por toda a paciência, compreensão e grande conhecimento compartilhado.

A toda minha maravilhosa família, a base de tudo o que sou.

Muito obrigada a todos vocês.

LISTA DE ABREVIATURAS

DD - Dimorfo-Dimorfo	
DT - Dimorfo-Tuberculóide	9
DT - dimorfo-tuberculóide	13
DT - Dimorfo-Tuberculóide,	13
DV - Dimorfo-Virchowiano	16
ENH - Eritema Nodoso da Hanseníase	17
ESF - Estratégia de Saúde da Família	17
HI - Hanseníase Indeterminada	19
HNI - Hanseníase Nodular Infantil	23
HT - Hanseníase Tuberculóide	24
HV - Hanseníase Virchowiana	25
MB - Multibacilar	27
MORHAN - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase	37
MS - Ministério da Saúde	37
OMS - Organização Mundial de Saúde	38
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde	38
PB - Paucibacilar	39
PCH - Programa de Controle da Hanseníase	39
PEL - Plano de Eliminação da Hanseníase	40
PQT - Poliquimioterapia	41
RN - Rio Grande do Norte	47
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública	48
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	50
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde	51
SUS - Sistema Único de Saúde	
TT - Tuberculóide	
VV - Virchowiano	
VS - Virchowiano-Subpolar	
WHO - World Health Organization	

INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	JUSTIFICATIVA	16
3	REVISAO DE LITERATURA	17
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO: DEFININDO A HANSENÍASE	17
3.2	ABORDAGEM CRONOLÓGICA DA HANSENÍASE NO BRASIL	19
3.3	ESTADOS REACIONAIS DA HANSENÍASE	23
3.4	DIAGNÓSTICO E QUADRO CLÍNICO	24
3.5	FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE	26
3.6	HANSENÍASE INDETERMINADA	27
3.7	HANSENÍASE TUBERCULÓIDE	27
3.8	HANSENÍASE DIMORFA	28
3.9	HANSENÍASE VIRCHOWIANA	29
3.10	HANSENÍASE NODULAR NA INFÂNCIA	29
3.11	HANSENÍASE NA INFÂNCIA	30
3.11.1	TRATAMENTO DA HANSENÍASE	32
3.11.2	TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DA HANSENÍASE	33
3.11.3	ESQUEMA PAUCIBACILAR	33
3.11.4	ESQUEMA MULTIBACILAR	34
3.11.5	ESQUEMA DE TRATAMENTO PARA CRIANÇAS	34
3.11.6	DURAÇÃO DO TRATAMENTO E CRITÉRIO DE ALTA	35
3.11.7	EFEITOS COLATERAIS MEDICAMENTOSO	37
3.11.8	PROFILAXIA	38
3.12	PAPEL DO ENFERMEIRO NO PCH	39
3.13	HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS	41
4	METODOLOGIA	47
5	DISCUSSÃO	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase, ao longo da história, foi descrita como uma doença que causava horror, em decorrência, das deformidades físicas relacionados ao doente não tratado, que ocasionou preconceitos dos mais diversos. Historicamente foi uma doença que gerou estigma social muito intenso, sempre associada a pecado, impureza e punição (SOUZA, THERRIEN, MOREIRA, 2006).

A hanseníase é uma patologia infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada pela evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos.

A patologia é uma das mais antigas da humanidade e hoje, em pleno século XXI, ainda ameaça a geração de crianças e jovens brasileiros (Diário de Pernambuco, 2009). A hanseníase instala-se no corpo com lentidão atingindo pele e nervos periféricos. Pode deixar fortes seqüelas físicas e emocionais (Diário de Pernambuco, 2009). A lepra ou Mal de Hansen ou hanseníase, como é definida no país desde 1976 é um grave problema de saúde pública, uma endemia que parece invisível e sem controle. Em 2006, 46 mil pessoas foram contaminadas por ela e cerca de 4 mil com idade inferior a 15 anos. A estatística infanto-juvenil representa o dado epidemiológico mais importante. Pois, esse percentual mede o grau de expansão da doença, confirma a existência de pacientes sem tratamento e indica a gestação de uma tragédia. O garoto de hoje tende a tornar-se o adulto indesejável, discriminado ou abandonado de amanhã, caso não seja diagnosticado e tratado. Já existe tratamento e cura para a hanseníase, mas, para o preconceito, não. E esse mal deixa nos pacientes marcas que duram para sempre. (BRASIL, 2002).

No contexto patológico, o Brasil, ocupa o segundo lugar no ranking geral de casos descobertos anualmente, uma média de 49 mil na última década. Só perde para a Índia, país asiático com densidade populacional 15 vezes maior e duas vezes mais pobre. E mesmo com essas características o país cumpriu a meta de controle definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a eliminação da doença proposta para sua realidade. Vale salientar que, das 193 nações do globo, apenas quatro não reduziram as taxas à média aceitável de um caso a cada 10 mil habitantes: Brasil, Nepal, Moçambique e Congo. A posição do país deve ser motivo de preocupação. Pois, países mais pobres que o nosso foram capazes de alcançar a meta (Diário de Pernambuco, 2009). Com base nisto, a meta atualizada da OPAS/OMS para a eliminação da hanseníase é reduzir a prevalência da doença para menos de 1,0 caso/10.000

habitantes até o ano de 2010. No entanto, até 2004 o Brasil ocupava o 1º lugar em taxa de prevalência (4,52 a cada 10,000 hab.), a frente da Índia (3,2 a cada 10,000 hab.), e o 2º em números absolutos (79,908 casos em registro ativo). Se na Índia, cuja população em 2001 era de 1,02 bilhão de habitantes, são detectados 600 mil novos casos por ano, o Brasil, com 178 milhões, registra cerca de 42 mil. Em alguns municípios do estado do Maranhão e do Pará, por exemplo, os índices eram mais altos, chegando a 50 casos a cada 10,000 habitantes. Realidade muito criticada pela organização mundial de saúde (OMS), que considera aceitável taxa abaixo de 1 caso por 10,000 habitantes (BRASIL, 2002).

Durante o ano de 2005, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 2.06 casos/10.000 habitantes, ocupando o 3º lugar de casos novos detectados, demonstrando assim que vêm caindo positivamente o índice de detecção no país (BRASIL, 2002). Entretanto, ainda é assustador, pois, no geral, todas as regiões do país, nos últimos 15 anos, apresentam índices elevados da doença, sendo a região nordeste a responsável pela maior soma dos números de novos casos de hanseníase nos últimos 15 anos. Em 2006, foram mais de 17 mil casos registrados. Também está na primeira colocação quando se trata de casos novos absolutos entre menores de 15 anos (Diário de Pernambuco, 2009).

Outra região que chama muito a nossa atenção é a região norte, ela, é a região com maior coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos. Embora, na última década, tenha conseguido reduzir essa taxa. Mas, ainda é a terceira região em volume de novos casos da doença, considerando os números absolutos, foram cerca de 9 mil casos em 2006 (Diário de Pernambuco, 2009).

O sudeste é a segunda região com maior quantidade de casos novos entre 1990 e 2007. Observando cada estado, nota-se que o peso maior corresponde a Minas, Rio e São Paulo. O Espírito Santo tem percentual alto, mas está na quarta colocação em números absolutos (Diário de Pernambuco, 2009).

A região centro-oeste está na quarta colocação do ranking de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos bem como, em percentuais de todas as idades. Em 2006, esta região representava a segunda região com maior percentual de casos novos de hanseníase em grupos de 10 mil habitantes (6.7), ficando atrás apenas a região norte.

A região sul do país é a que aparece com menor quantidade de casos novos da doença nos últimos dez anos, tanto em percentual quanto em número absoluto. Também com relação aos menores de 15 anos, a região destaca-se por ter o menor coeficiente de detecção de novos casos. Contudo, mesmo havendo regiões com baixo coeficiente de detecção, de modo geral, essa taxa vem aumentando, em 1990 era de 1,96 e hoje, passou para 3,36 (Diário de Pernambuco,

2009).

Entretanto, o esforço conjunto de todos os estados da federação ao combate da hanseníase, é possível perceber nas estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) que o Brasil, embora continue como o 2º país em número absoluto de casos, no início do ano 2006, obteve queda na taxa de prevalência de detecção, o que em 2004 era de 4,52 casos/10.000 habitantes, hoje, é de 1,5 casos/10.000 habitantes. Apresentando portanto, uma diminuição no índice de prevalência, de mais de 50% relativamente ao ano de 2004 (Diário de Pernambuco, 2009).

Contudo, é preciso continuar a luta, pois, a taxa de prevalência da hanseníase é oscilante, e os levantamentos estatísticos de epidemiologia demonstram que no ano seguinte, portanto, em 2007, a taxa de prevalência que em 2006 foi de 1,5, em 2007 quase que dobrou passando para 2,3 novos casos a cada 10 mil habitantes, Sendo responsável por 90% dos casos no continente americano (Diário de Pernambuco, 2009).

Com base nestes dados, A meta atualizada do Ministério da Saúde é reduzir a prevalência da doença para menos de 1,0 casos/10.000 habitantes até o ano de 2010. Pois, a alta endemicidade da doença em uma área irá proporcionar múltiplas exposições da população ao bacilo, além de propiciar que tal exposição se dê nos primeiros anos de vida. Dessa forma, um dos indicadores mais sensíveis em relação à situação de controle da hanseníase é o percentual de casos em jovens. A ocorrência em menores de 15 anos de idade indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença, configurando-se como importante elemento para avaliação de sua magnitude (Pernambuco.com, 2009). E isso já preocupa, pois, o Brasil apresentou em 2005 um coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos de 0,6 em cada 10.000 habitantes, taxa considerada alta segundo padrões do Ministério da Saúde (MS).

Neste mesmo ano, o coeficiente de detecção na região Sudeste foi de 0,2 casos/10.000 habitantes e no Estado de Minas Gerais, por exemplo, a detecção em crianças representou 5,95% do total do número de casos novos, o que corresponde a 0,3 casos/10.000 habitantes. Portanto, de modo geral, os casos de hanseníase em crianças e adolescentes se repetem Brasil a fora, representando em 2006, 8% do total de pacientes que contraíram a doença.

Nos países endêmicos, observam-se diferenças na prevalência entre regiões, estados, microrregiões, municípios, concentrando-se nos locais de maior pobreza. Sabe-se que as condições sócio-econômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hanseníase, apresentando uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da

doença, por isso é usado o termo “hanseníase é doença de pobre”. Contudo, em 2007, havia aproximadamente 500 mil pacientes de hanseníase e 20 milhões de ex-pacientes. Se incluirmos nesse cálculo suas famílias, por conta do preconceito, tínhamos mais de 100 milhões de vítimas (MACHADO, 2004).

Há, portanto, uma enorme desinformação em torno da hanseníase doença que provoca uma grande quantidade de perguntas, a maioria, felizmente com respostas. A doença é causada por um microorganismo (bacilo de Hansen), transmitido pelas vias respiratórias, que ataca nervos periféricos, pele e mucosa nasal, podendo afetar fígado, testículos e olhos. Para isso, é preciso estar em fase avançada e sem tratamento. Com tratamento muitas lesões são reversíveis (GONÇALVES, LACERDA, SANTOS JUNIOR, 2009).

É preciso atentar para o fato de que nem toda lesão de pele é hanseníase: somente as que causam perda de sensibilidade. Os pacientes normalmente se queixam de dormência em mãos e pés, às vezes em calos de aparência arroxeadas (cianóticas). Em termos técnicos, a doença pode ser paucibacilar e multibacilar. Onde é caracterizado como paucibacilar casos com número de lesões de pele menor ou igual a 5 ou apenas um tronco nervoso acometido. Enquanto a multibacilar aparece em dois outros tipos: a hanseníase Virchowiana, na qual as manchas são mal delimitadas, de colorido vermelho-vinhoso ou acastanhado, com nódulos e caroços; e a Hanseníase Dimorfa, muito semelhante a Virchowiana e a Tuberculóide, que serão melhor descritas no transcorrer desse trabalho (MACHADO, 2004).

Quanto ao contágio, só a Virchowiana pode ser transmitida, devido a produção de grande quantidade de bacilos no organismo, embora o risco de transmissão cesse com o início do tratamento. A forma paucibacilar não permite a transmissão porque o organismo produz pequeno número de bacilos, devido a imunidade natural. Apenas, 10% da população adoecem. Ou seja, poucos desenvolvem o tipo multibacilar. Porém, qualquer que seja a forma de manifestação tem cura, com medicamentos que matam os bacilos. A seqüela ocorre quando o tratamento é tardio ou inadequado, mas eventuais deformidades remanescentes não transmitem a infecção, é preciso que pessoas curadas que apresentem deformidades aprendam a se cuidar para evitar traumatismos e ferimentos. O tratamento é gratuito e dura de 6 a 12 meses (BRASIL, 2007).

Contudo, é necessário torcer e fazer o que estiver ao nosso alcance para que as ações do plano nacional de eliminação da Hanseníase, proposto pelo Ministério da Saúde (2005), tenham êxito em seus objetivos eliminando a doença até 2010.

Mesmo sendo preocupante o número de casos, pode-se comemorar, pois, houve queda no percentual de casos com deformidades. Em 2003, foram diagnosticados quase 6 mil

pessoas com deformidades; em 2007, a media foi de 3 mil (MACHADO, 2004).

Entretanto, a grande preocupação é que a doença se mantém alta entre os menores de 15 anos. Nesse grupo, o índice nacional é de 0,6 a cada 10 mil habitantes, mas chegam a dois nas regiões norte e centro-oeste. Por isso o plano do ministério da saúde até 2010 é priorizar o combate à doença nas áreas críticas, oferecendo diagnóstico precoce e tratamento oportuno, especialmente aos pacientes menores de 15 anos, pois, depois do contágio, a hanseníase pode levar entre dois e cinco anos para se manifestar, com períodos maiores para as formas mais graves (BRASIL, 2008).

O quadro é preocupante, porque se há crianças adoecendo significa que contraíram o bacilo de hansen (*Mycobacterium leprae*), causador da hanseníase, há pouco tempo, e em foco de transmissão ativa. Portanto, é preciso diagnosticar essas crianças no início dos sinais e sintomas da doença, pois assim serão facilmente tratadas, sem riscos de seqüela. Além disso, quando diagnosticado esse grupo é também identificado o foco da infecção, provavelmente adultos contaminados há mais tempo. Quando não houver menores de 15 anos adoecendo, mas somente adultos, é porque foram contaminados anos antes. Esse é um indicador importante para o controle da doença, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) (MACHADO, 2008).

Talvez seja impossível a erradicação da doença sem uma vacina eficaz, num país com tamanha iniquidade social. Contudo, com medidas efetivas, pode-se controlar em longo prazo. O Brasil trocou a terminologia da doença "lepra" por hanseníase, numa tentativa de reduzir o estigma que a persegue. Embora valha ressaltar que o Brasil é o único país do mundo a usar a terminologia hanseníase. No entanto, é preciso haver mais campanhas esclarecedoras que chamasse atenção da população, pois as pessoas ainda acham que lepra é uma coisa e hanseníase é outra, muito menos grave. Talvez a mudança de nome da doença proposta desde 1976, não tenha ficado bem explicada à população. Era necessário relacionar lepra, conhecida mundialmente, a hanseníase (homenagem ao Médico Norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), que descobriu o bacilo em 1873). (MACHADO, 2008).

A Hanseníase é problema de saúde pública, sobretudo, porque afeta mais os desassistidos. Mudar esse quadro depende de algumas ações. Entre elas, sensibilização e capacitação de todos os profissionais envolvidos nos programas de saúde, desde o atendente até o médico; ampliação do quadro de especialidades médicas capazes de tratar a hanseníase, ou seja, descentralizar as ações de saúde, permitindo que muitas outras especialidades médicas atuem no tratamento da hanseníase, não apenas o dermatologista, como abriga a tradição. Outro importante avanço seria a disseminação da informação entre a população,

principalmente para as crianças em formação, sobretudo as mais carentes, através de parcerias entre as escolas e instituições que lidam com a infância (BRASIL, 2002).

1.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão da literatura sobre o atendimento da infância, em especial de 15 anos no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão de literatura sobre o acometimento da hanseníase, em menores de 15 anos no Brasil.

2.2 JUSTIFICATIVA LITERATÚRA

A decisão por desenvolver este trabalho se deu mediante a observação de um problema que merecia uma investigação mais aprofundada, tendo em vista que os menores de 15 anos portadores de hanseníase, objeto deste estudo, se encontravam em elevado índice de contaminação nos últimos anos. Neste trabalho pretende-se abordar o problema da hanseníase nessa faixa etária, através de uma revisão de literatura em artigos, livros, manuais e sites eletrônicos, visando contribuir com o conhecimento dos profissionais de saúde sobre essa doença de grande importância para a saúde pública.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Pretende-se realizar uma revisão de literatura em textos que abordem o acometimento de hanseníase em menores de 15 anos. A revisão será dividida nos seguintes tópicos: 3.1) Contexto histórico e definição da hanseníase; 3.2) A hanseníase na infância 3.3) O papel do enfermeiro no PCH; e 3.4) Hanseníase em menores de 15 anos.

3.1 Contexto Histórico: Definindo a Hanseníase

A hanseníase é conhecida historicamente como outros nomes (lepra, morfêia, mal de hansen, mal de lázaro), é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* que afeta os nervos e a pele provocando danos severos. O nome hanseníase é devido ao descobridor do microorganismo causador da doença Gerhard Hansen, embora como o Brasil seja a única nação a usar a terminologia. É denominada de “a doença mais antiga do mundo”, afetando a humanidade há pelo menos 4000 anos e sendo os primeiros registros escritos conhecidos encontrados no Egito, datando de 1350 a. C.(EIDT, 2004).

Desde que a escrita existe, tem registro de como a lepra representou uma ameaça e como os leprosos foram isolados da sociedade ao longo dos tempos. A bíblia contém passagens fazendo referência a lepra, embora não tenhamos certeza de que se trata da mesma doença, pois o termo lepra foi utilizado para designar diversas doenças dermatológicas de origem e gravidades variáveis. Existiu uma antiga lei Israelita que obrigava os religiosos a saberem reconhecer a lepra, para assim poder isolar e “tratar” os leprosos (EIDT, 2004).

A hanseníase foi durante muito tempo incurável e mutilador, forçando o isolamento dos portadores à leprosários e abrigos para aquele fim, principalmente na Europa na idade média, onde os doentes eram obrigados a carregar sinos para anunciar a sua presença (ROBBINS, 2000).

Contudo, a Hanseníase sempre foi uma enfermidade preocupante para a área da saúde. Antes mesmo de ser classificada como enfermidade, quando ainda, conforme relatos bíblicos era considerada “impureza de espírito”, a Hanseníase já se evidenciava como um problema mais social de que físico (ROBBINS, 2000). Isto se deve ao fato de ser uma doença transmissível, mutilante e incapacitante e que, além disso, deforma a parte nobre da aparência física que é o rosto. Por causa disso, além da questão psicológica que envolvia estes doentes, estes enfrentavam dificuldades financeiras pela incapacidade para o trabalho. A doença

continuou sendo um problema durante vários séculos e teve seu ponto crítico no século XIII e seu declínio na Itália no século XVI, e na França, Inglaterra e Alemanha somente no século XVIII.

As estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), apresentam dados sobre a Hanseníase: existem no mundo 1.260.000 casos estimados da doença, em 60 países endêmicos, com 940.000 casos registrados em tratamento e cerca de 560.000 novos casos detectados a cada ano. Existem entre 1 e 2 milhões de pessoas portadoras de incapacidades físicas decorrentes da Hanseníase e mais de 8 milhões de pacientes já estão curados com a implantação da poliquimioterapia. Sabe-se que a doença é, ainda hoje, importante na África, América do Sul e sudoeste da Ásia, e que vêm acompanhada de problemas econômicos, sociais e políticos. O Brasil, conforme relatório estatístico recentes é, no entanto, o país do mundo com maior índice de prevalência da doença. Uma situação preocupante face a incidência da doença em outros países e que incita, por si só, uma investigação aprofundada do assunto. Por outro lado, sabe-se que o governo federal, tomando consciência da gravidade da situação, instituiu medidas estratégicas de profilaxia da Hanseníase, propondo diversas ações de controle (BRASIL, 2008).

A Hanseníase é uma infecção lentamente progressiva causada por *Mycobacterium leprae* que afeta a pele e nervos periféricos. O comprometimento desses nervos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades (BRASIL, 2002).

É uma doença de alta cronicidade e baixa infectividade. O microrganismo é obrigatoriamente intracelular e álcool-ácido resistente (cora-se pela fucsina ácida e não descora pelos ácidos e álcoois) quando corado pelo método de Ziehl-Neelsen, com especial pelas células de Schawnn e do sistema reticuloendotelial, onde ficam contidos em sua maior parte dentro da pele, crescendo em tecidos frios e membros. O *M. leprae* sofre replicação muito lenta no interior das células do hospedeiro, possui tempo de duplicação de cerca de 13 dias, prefere temperaturas ambientes inferiores a 37°C e cresce seletivamente nas porções mais frias do corpo, como a pele, os testículos e a mucosa nasal (BRASIL, 2002).

A destruição ou multiplicação do bacilo no interior dos macrófagos podem ser determinadas por mecanismos imunológicos que envolvem a apresentação do antígeno (complexo MHC) e pelo antígeno de histocompatibilidade HLA, ambos geneticamente determinados (ROBBINS, 2000).

A Hanseníase se manifesta por lesões cutâneas anestésicas e distúrbio neurítico, evoluindo, de acordo com o grau de resistência do organismo, seja para a cura espontânea ou

para o agravamento progressivo do quadro clínico, com o comprometimento gradual da pele, mucosa nasal, orofaringo-laringiana, olhos e vísceras (ROBBINS, 2000).

Para alguns pesquisadores o homem é considerado a fonte primária de infecção da hanseníase e o único reservatório natural do bacilo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos) (ARAÚJO, 2003).

A principal via de eliminação do bacilo, pelo indivíduo doente, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores. A pele erodida, eventualmente, pode ser a porta de entrada da infecção. As secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal, podem eliminar bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada (ROBBINS, 2000).

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres (ROBBINS, 2000).

São conhecidas duas formas polares de hanseníase, determinadas pela resposta imune celular do hospedeiro, e várias intermediárias. As formas polares são a hanseníase virchowiana (HV) e a tuberculóide (HT) e dentre as outras formas temos a indeterminada (HI) e a dimorfa ou "Borderline" (HD) (ARAÚJO, 2003).

As manifestações neurológicas consistem em espessamento dos nervos, acompanhado de anestesia da área inervada com posteriores distúrbios motores e tróficos.

Essas manifestações podem ser precoces, como nas formas tuberculóide e borderline, ou tardias, como na forma virchowiana. Os principais nervos acometidos, na hanseníase, são: nos membros superiores, o nervo cubital (ulnar), o mediano, o radial e o radial cutâneo; nos membros inferiores, o tibial posterior e o Fibular comum; no segmento cefálico, o grande auricular (sensitivo puro) e o nervo facial que é motor e não é palpável. A maioria das incapacidades e deformidades resultam do dano neural (BRASIL, 2002).

3.2 Abordagem cronológica da Hanseníase no Brasil

No estudo de Moreno (2008), é demonstrado, através de uma pesquisa documental, como ocorreu o início da hanseníase no Brasil. A participação do governo e da sociedade civil, na tentativa de resolver o problema da doença, também foi demonstrada nesse trabalho, como é colocado a seguir:

A lepra tem muitos sinônimos no Brasil (como morfêia, hanseníase, elefantíase-dos-gregos). São igualmente várias as possibilidades de pesquisa a seu respeito, assim como são muitas as instituições que podem ser consultadas na busca de material de referência (SANTOS 2003, apud MORENO, 2008).

Muitas obras como a “Cura da Morphéa”, de Antonio Aguiar, traz um longo histórico da enfermidade, além de informações sobre diversos estágios, diagnóstico, prognóstico e tratamento, além de informações detalhadas sobre sete pacientes atendidos pelo próprio autor no Hospital dos Lázaros, do Rio de Janeiro (SANTOS, 2003, apud, MORENO, 2008).

Em outra etapa do estudo, Santos relata como foi a intervenção do governo federal na hanseníase, como apresenta o texto seguinte:

Embora diversos estudos, como Schwartzman (1983), afirmem que o combate à lepra no Brasil começou a ser implantado somente a partir do governo Getúlio Vargas (1930-45) e do período de Capanema (1934-45) no ministério, verificou-se que desde o século XVIII já havia sítios apropriados para abrigar os morféticos. No período imperial e na Primeira República, houve ações públicas que atestam a existência de medidas relativas ao tratamento da lepra no país (SANTOS 2003, apud MORENO, 2008).

Portanto, durante aquele período, a manutenção dos abrigos e hospitais dos lázaros ficaram por um longo período a cargo das ordens religiosas. Desde o Império, as autoridades declaravam que não tinham como arcar sozinhas com as despesas, acionando entidades particulares para a manutenção e criação de abrigos (SANTOS 2003, apud MORENO, 2008). Esta prática perdurou por muito tempo, pois o próprio ministro Capanema determinou que a construção, manutenção e administração dos preventórios que cuidavam e recebiam as crianças filhas de leprosos ficariam a cargo de entidades particulares, principalmente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra (Santos, 2003;apud: Moreno, 2008).

A década de 1920 foi marcada por uma grande atuação do governo federal na causa da lepra, por meio da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e da inclusão da doença, pelos regulamentos sanitários, entre as enfermidades de notificação compulsória. O Departamento criou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que tinha como atividade principal a divulgação sobre a situação real da lepra no país. A ação da Inspetoria, nos estados da federação, dava-se por meio da antiga Diretoria de Saneamento Rural, em cooperação com os governos estaduais. Após a reforma pela qual passaram os

serviços de saúde pública em 1934, a Inspetoria foi extinta, e suas atividades no Distrito Federal transferiram-se para a Inspetoria dos Centros de Saúde; nos estados, elas passaram para a Diretoria dos Serviços Sanitários (SANTOS 2003, apud MORENO, 2008).

Contudo, foi a partir no governo Vargas, que houve uma verdadeira revolução em relação ao combate à lepra que cria a sistematização da doença, confirmada por uma série de informações. Em abril de 1937, por ocasião da inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, em seu discurso, Gustavo Capanema afirmava que o programa federal contra a lepra consistia na organização da pesquisa e do censo de leprosos em todo o país, que deveria considerar o número de doentes e as circunstâncias em que viviam. A terceira etapa era a administração dos serviços, com destaque para a importância da profilaxia e da terapêutica, sendo que este último ponto dividia-se em diagnóstico, isolamento e tratamento do infectado, vigilância sanitária e armamento antileproso (constituído por leprosários, dispensários, preventórios e órgãos de educação sanitária das massas). Afirmava ainda que o objetivo do governo Vargas era debelar completamente a lepra no país (SANTOS 2003, apud MORENO, 2008).

O principal marco histórico a favor da hanseníase vem ocorrer na década de 1940, com a descoberta da sulfa, que representou uma grande esperança para os doentes (BRASIL, 2002). Em 1950 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Neste órgão foi desenvolvida a preocupação de capacitar profissionais para atuarem no Serviço Nacional da Lepra. Até o final dessa década, já no governo de Juscelino Kubitschek, ainda prevalecia o modelo campanhista (BRASIL,2002). Infelizmente nos anos 1960, estabeleceu-se o governo militarista ditatorial no Brasil e este por sua vez, não se avançou em relação à lepra, que continuava em condição de exclusão social, com os pacientes segregados em colônias (BRASIL,2007).

Já a década de 1970 apresenta grandes avanços. Foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Ocorre, no Brasil, a mudança oficial do nome Lepra para Hanseníase e implanta-se o tratamento ambulatorial da doença. Durante a VI Conferência Nacional de Saúde foram traçadas medidas estratégicas visando ao controle da doença. Em 1976, foi publicada a Portaria Ministerial No. 165, de 14 de maio, que estabelecia a política de controle da hanseníase e visava à redução da morbidade, à prevenção de incapacidades e à integração social dos doentes, bem como sua reintegração à sociedade e à extinção da segregação (MACHADO, 2004).

Ao final dos governos militares na década de 1980 e o restabelecimento da democracia, houve um ressurgimento dos movimentos sociais. Cria-se, em 6 de junho de 1981, o Movimento de Reintegração do Hanseniano (MACHADO,2004); em 1987, foi

publicada a Portaria do Ministério da Saúde Nº 497, de 9 de outubro, que regulamentava o Programa de Hanseníase, que posteriormente passa a ser um Programa integrado com as diretrizes do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Assim, a assistência ao paciente seria garantida na área hospitalar, haveria reestruturação dos antigos hospitais, asilos e colônias, além de inserção dos representantes dos pacientes em decisões sobre a doença. No final dessa década promulga-se a Constituição de 1988 e acontece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que reorienta as ações de saúde no Brasil (BRASIL, 2002). Na década de 1990, ocorre a efetivação da municipalização das ações de saúde, passando a responsabilidade do tratamento, acompanhamento e ações de controle da hanseníase para os municípios. A Lei Nº 9.010/95 estabelece a obrigatoriedade do uso do termo hanseníase em documentos oficiais. As metas de eliminação da doença também marcaram essa década (BRASIL, 2002). Os anos 1990 também foram marcados pela implantação da PQT, como único tratamento para os pacientes de hanseníase no Brasil. Nessa época, foi estabelecido o tratamento para os pacientes paucibacilares em 6 meses e para o multibacilares em 24 meses. O MS e os estados também elaboraram o Plano de Eliminação da Hanseníase (PEL), que visava alcançar a meta de prevalência de menos de um doente para cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2002). No ano 2000, o tratamento que era de 24 meses para o paciente multibacilar passou a ser de 12 meses. Em 2001, O MS lançou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. Nesse Plano, se estabelece uma parceria entre organizações não governamentais e de pacientes, sociedades científicas e instituições de classe e comunitárias para intensificar o processo de eliminação da hanseníase, como problema de saúde pública, e controlar a tuberculose no Brasil (BRASIL, 2002).

Em 2007, foi sancionada a medida provisória Nº 373/07, convertida na Lei Nº 11.520/07, que estabelece a pensão vitalícia, de 750 reais por mês, para os expacientes de hanseníase, que estiveram em isolamento compulsório em hospitais colônias (BRASIL, 2008). Cronologicamente vimos que os programas os programas de hanseníase no Brasil tiveram bastante evoluções e involuções ao longo dos anos, mas, contudo, as políticas públicas de hanseníase mais relevantes, são divididas em três etapas: a primeira do governo Vargas (1930-45 e 1951-54), responsável por rigorosa pratica de isolamento. A segunda, de Jucelino Kubstchek (1956-61), que valorizou a descentralização do tratamento. E a ultima, de Luiz Inácio lula da silva, no qual se vê avanços, como a concessão de pensão para egressos de colônias.

Recentemente (2008), estudos comprovam que o índice de contaminação em crianças menores de 15 anos é alarmante, em algumas regiões do Brasil. Por isso o plano do ministério

da saúde é priorizar até 2010, o combate a essas áreas críticas, oferecendo diagnóstico precoce e tratamento oportuno, especialmente aos pacientes menores de 15 anos (BRASIL, 2008).

Portanto, mesmo depois de tudo que já foi feito observa-se que a hanseníase ainda se constitui um problema de saúde pública no Brasil, o que exige um plano de aceleração e intensificação das ações de eliminação e vigilância resolutiva e contínua, pois se há crianças sendo diagnosticada é porque ainda existem comunicantes sem tratamento (BRASIL, 2008).

3.3 Estados reacionais da hanseníase

São classificados de acordo com HINRICHSEN, 2005 em: reação tipo I ou reação reversa e reação tipo II ou eritema nodoso da hanseníase (ENH). É de grande importância a diferenciação entre um quadro racional tipo I e uma recidiva. Esta se caracteriza em pacientes que completam com êxito o tratamento, mas que posteriormente desenvolvem novos sinais e sintomas da doença. As recidivas são raras e, geralmente, ocorrem nos casos que receberam poliquimioterapia inadequada para sua forma clínica.

A reação tipo I tende a surgir mais precocemente no tratamento, entre o 2º e o 6º mês, ocorre na forma dimorfa, em consequência do rompimento do equilíbrio imunológico, relacionado à imunidade celular. Essa reação pode ser ascendente (up-grading), representando melhora, e descendente (down-grading), representando piora (ROBBINS, 2000). Clinicamente são indistinguíveis e se caracterizam por exacerbação das lesões pré-existentes. Surgem lesões novas à distância e as neurites mostram-se freqüentes, podendo ser a única manifestação da doença (ROBBINS, 2000). O tipo II ocorre quase que exclusivamente nas formas bacilíferas virchowianas e em alguns casos de HDV. Há envolvimento da imunidade humoral com aumento da produção de anticorpos. Manifesta-se clinicamente pelo aparecimento de lesões nodulares, eritematosas, dolorosas, numerosas, surgindo em qualquer parte do corpo, principalmente, braços, face e coxas. É o eritema nodoso hansenótico. Às vezes, a febre alta e prolongada domina o quadro clínico. Geralmente, não ocorre nos primeiros seis meses de tratamento, aparecendo mais tarde (FAKHOURI, 2008).

O diagnóstico precoce da doença e o reconhecimento imediato dos quadros reacionais garantem a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção das incapacidades físicas (HINRICHSEN, 2005).

O neurotropismo da doença permite um artifício diagnóstico: o achado de fragmento de filetes nervosos no interior dos granulomas, que representaria a destruição desses filetes pela reação granulomatosa. No entanto, em cortes histológicos corados pela hematoxilina e

eosina (H&E), a identificação desses filetes torna-se difícil, pois eles podem ser facilmente confundidos com células epitelióides, porções do músculo pilo - eretor ou com a parede de pequenos vasos. Tentando superar essas dificuldades, utiliza-se a técnica de imunoperoxidase, usando como marcador anticorpo antiproteína S-100 (HINRICHSEN, 2005).

A proteína S-100 é uma proteína ácida, de baixo peso molecular entre 10-11 kDa, solúvel em sulfato de amônia a 100% (HINRICHSEN, 2005). Possui a propriedade de marcador imunohistoquímico das células nervosas de Schwann (HINRICHSEN, 2005).

3.4 Diagnóstico e quadro clínico

Para melhor entendimento do quadro clínico e classificação, alguns aspectos imunológicos devem ser mencionados. Demonstrou-se que o *M. leprae* é um bacilo com alto poder infectante e baixo poder patogênico (HINRICHSEN, 2005). Depois da sua entrada no organismo, não ocorrendo a sua destruição, este irá se localizar na célula de Schwann e na pele. Sua disseminação para outros tecidos pode ocorrer nas formas mais graves da doença, nas quais o agente infectante não encontra resistência contra a sua multiplicação. Nesse caso, os linfonodos, olhos, testículos e fígado podem abrigar grande quantidade do bacilo. Entre os aspectos imunopatológicos da hanseníase sabe-se que apesar da produção de anticorpos específicos contra o *M. leprae*, em grande quantidade nas formas multibacilares, ela é ineficaz para a eliminação dos bacilos. A defesa é efetuada pela resposta imunológica celular, capaz de fagocitar e destruir os bacilos, mediada por citosinas (TNF-alfa, IFN-gama) e mediadores da oxidação, como os reativos intermediários do oxigênio (ROI), e do nitrogênio (RNI) fundamentais na destruição bacilar no interior dos macrófagos.

Nas lesões tuberculóides há predomínio de células T auxiliares CD4+, e citosinas Th1, como IL-2 e IFN-gama, enquanto nas lesões virchowiana o predomínio é de células T supressoras, CD8+ e citosinas Th2, como IL-4, IL-5 e IL-10. Na hanseníase tuberculóide, a exacerbação da imunidade celular e a produção de citosinas pró-inflamatórias (IL-1 e TNF-alfa) impedem a proliferação bacilar, mas pode se tornar lesiva ao organismo, causando lesões cutâneas e neurais, pela ausência de fatores reguladores. Na hanseníase virchowiana, a produção dos antígenos PGL-1 e LAM pelo bacilo, no interior do macrófago, favorecem o escape do mesmo à oxidação intramacrofágica, pois estes possuem função supressora da atividade do macrófago e favorecem a sua disseminação (HINRICHSEN, 2005).

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de

sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele (HINRICHSEN, 2005). A descrição detalhada da execução dos testes de sensibilidade pode ser encontrada em livros texto e manuais, fornecido pelo Ministério da saúde. Este tipo de teste apresenta limitações para ser feito em crianças muito novas, adultos ansiosos, manipuladores ou incapazes de compreender as instruções dadas antes de sua execução. Em caso de dúvida deve-se lançar mão de provas complementares que são o teste da histamina e da pilocarpina. Estes são de fácil realização. A palpação de nervos e sua avaliação funcional têm como objetivo pesquisar possíveis alterações neurológicas provocadas pela hanseníase. Deve-se fazer a palpação dos troncos nervosos acessíveis e a avaliação funcional (sensitiva, motora e autonômica) daqueles mais freqüentemente comprometidos pela doença.

Cumprir lembrar que qualquer ramo ou tronco nervoso superficial poderá ser afetado, especialmente nas partes mais superficiais, onde estão mais sujeitos aos traumatismos e na sua passagem por estruturas osteoligamentosas (áreas de constrição). Na palpação deve ser avaliado o calibre do nervo em comparação com o contra-lateral, a presença de dor, fibrose ou nodulações. Os nervos comumente avaliados são: nos membros superiores, o nervo ulnar, o mediano, radial e radial cutâneo; nos membros inferiores, o tibial posterior e o Fibular comum; no segmento cefálico, o grande auricular e o nervo facial que é motor e não é palpável. A avaliação da função motora de grupos musculares específicos deve ser feita principalmente nos pacientes em tratamento, com a finalidade de detecção precoce de incapacidades. Seqüelas bem definidas podem ser encontradas já no período do diagnóstico, tais como: paralisia facial do tipo periférico unilateral ou bilateral, ou paralisia do ramo orbicular do nervo zigomático, provocando o lagofalmo, epífora e exposição da córnea; mão em garra (garra do quarto e quinto quirodátilos ou garra completa); mão caída; pé caído, garra de artelhos que pode ser acompanhada do mal perfurante plantar (ARAÚJO, 2003).

A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico; é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado (raspado de tecido dérmico) nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico (IB), numa escala que vai de 0 a 6+. A baciloscopia mostra-se negativa (IB=0) nas formas tuberculóide e indeterminada, fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa.

Outros exames podem ser necessários: realiza-se o exame histopatológico da pele nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação, e indica-se a biópsia do nervo em casos especiais, quando há dúvida no diagnóstico diferencial com outras neuropatias. A

reação de Mitsuda é um teste de aplicação intradérmica e leitura tardia - 28 dias. Utiliza-se na classificação da doença e na definição do prognóstico. Não possui valor para o diagnóstico. O antígeno glicolípide fenólico-1 (PGL-1) é específico do *M. leprae* e leva à formação de anticorpos das classes IgG e IgM. Os títulos de IgM correlacionam-se com a forma clínica e a atividade da doença. Níveis aumentados do anti PGL-1 têm sido descritos na Hanseníase Virchowiana e tendem a decrescer com o tratamento específico. Por outro lado, na Hanseníase Tuberculóide não há resposta desses anticorpos. Há estudos inconclusivos que procuram estabelecer uma relação entre a positividade ao anti-PGL-1 e o risco de adoecer ou de identificar infecção Subclínica (ARAÚJO, 2003).

A identificação do *Micobacterium leprae* pela reação em cadeia da polimerase (PCR) tem sido estudada em centros de pesquisa, mas não é realizada rotineiramente.

As classificações mais usadas no Brasil são as de Madri (Congresso Internacional, 1953) e de Ridley e Jopling. Na de Madri, consideram-se dois pólos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculóide) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo), que caminhariam para um dos pólos, na evolução natural da doença. A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, é utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Esta classificação não inclui a forma indeterminada no espectro e o exame histopatológico torna-se necessário para sua utilização. São descritos a forma tuberculóide (TT), os casos borderline ou dimorfos que são subdivididos em dimorfo-tuberculóide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), virchowiano-subpolar (VVs) e virchowiano (VV) (ARAÚJO, 2003).

3.5 Formas clínicas da hanseníase

A forma considerada inicial e transitória pode ocorrer de três a cinco anos após o contágio. A manifestação cutânea mais comum é o surgimento de manchas, únicas ou múltiplas, hipocrômicas, acrômicas ou discretamente eritematosas, planas com bordos geralmente imprecisos, porém algumas vezes nítidos. Pode surgir em qualquer região do corpo, poupando geralmente as regiões palmares, plantares e o couro cabeludo. (HINRICHSSEN, 2005). Portanto, são várias formas de hanseníase e para entendermos melhor falaremos separadamente cada estágio.

3.6 Hanseníase indeterminada (HI)

As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele (figura 1). As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas ramúsculos nervosos cutâneos. A pesquisa de BAAR revela-se negativa (BRASIL, 2002). A HI é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (ARAÚJO, 2003).



Figura 1: Hanseníase Paucibacilar: Indeterminada.
Fonte: (Organização Pan-Americana da Saúde, 2009, apud: MORENO, 2008).

3.7 Hanseníase tuberculóide (HT)

Nesta forma clínica, encontram-se lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica (BRASIL, 2002).

Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas papulosas, e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão, que pode, ainda, assumir aspecto tricofitóide, com descamação das bordas (Figura 2). Observa-se, ainda, as variedades infantil e a forma neural pura. A primeira manifesta-se em crianças conviventes com portadores de formas bacilíferas e localiza-se principalmente na face. Pode se manifestar como nódulos, placas, lesões tricofitóides ou sarcoidicas. Na forma neural pura, não se encontram lesões cutâneas (ARAÚJO, 2003). Há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave, em especial, quando atinge nervos sensitivo-motores. A baciloscopia resulta negativa. A HT, juntamente com a HI constitui as formas paucibacilares da hanseníase. Apesar da possibilidade de cura espontânea na HT, a orientação

é de que os casos sejam tratados para reduzir o tempo de evolução da doença e o risco de dano neural (ARAÚJO,2003).



Figura 2:Hanseníase tuberculóide
Fonte: (Diário de Pernambuco, 2009).

3.8 Hanseníase Dimorfa (HD)

Este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo (BRASIL, 2002). Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares) (figura 4). Quando numerosas, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com frequência, levam a incapacidades físicas. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável (ARAÚJO, 2003).



Figura: 3 Hanseníase Dimorfa
Fonte: (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009).

3.9 Hanseníase Virchowiana (HV)

Trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Portanto, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a HV possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço (ARAÚJO, 2003). Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas (FIGURA 3). A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros (BRASIL, 2002).

A pele torna-se luzidia, xerofítica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pelos nesse local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como fâcies leonina. O comprometimento nervoso ocorre nos ramúsculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos (ARAÚJO, 2003). Estes últimos vão apresentar deficiências funcionais e seqüelas tardias. São sinais precoces de HV, a obstrução nasal, rinorréia serossangüinolenta e edema de membros inferiores. A HV apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença (ARAÚJO, 2003).



Figura 4: Hanseníase Virchowiana.
Fonte: (Diário de Pernambuco, 2009).

3.10 Hanseníase tuberculóide nodular da infância

Hinrichsen (2005), afirma que a HNI é uma variedade do tipo tuberculóide exclusiva da infância e acomete crianças menores de cinco anos. Apesar de a infecção não se localizar na hipoderme, como os nódulos, e sim na derme, é denominada hanseníase nodular infantil

por seu aspecto morfológico. É considerada a forma mais benigna da doença (HINRICHSEN, 2005).

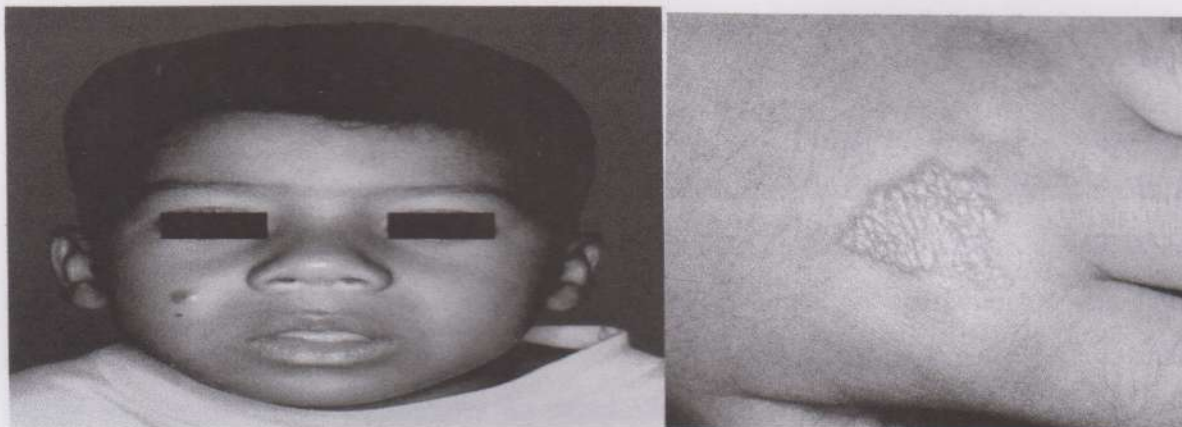


Figura: 5 Hanseníase Tuberculóide nodular da Infância
Fonte: (OPROMOLLA, 2009).

3.11 A HANSENÍASE NA INFÂNCIA

As manifestações clínicas da hanseníase na infância são quase as mesmas da hanseníase no adulto, porém, na criança, ocorre, com maior frequência, a forma tuberculóide que a virchowiana (BRASIL, 2008). Dentro do pólo tuberculóide, por sua vez, encontramos três subdivisões:

I. O tipo máculo-anestésico, caracterizado por aspecto morfológico indiferenciado do qual se originam as lesões tuberculóides típicas;

II. O tipo tuberculóide clássico, caracterizado por focos de infiltração compactos.

Nesse tipo, distinguimos ainda duas subdivisões: a) as léprides tuberculóides figuradas tórpidas, de granuloma tipo sarcóide; b) as léprides nodulares, que são características da primeira infância e têm como característica o granuloma tipo lupóide. Esse subtipo é a variedade da hanseníase tuberculóide que afeta crianças expostas a ambientes altamente infectados (HINRICHSEN, 2005).

III. O tipo tuberculóide reacional, que consiste nas formas agudas do tipo tuberculóide, com superposição do granuloma tuberculóide clássico dos sinais agudos, isto é, vasodilatação, edema intra e intercelular, produzindo vacuolização de elementos celulares e afrouxamento dos focos de infiltração (HINRICHSEN, 2005).

A variedade peculiar à infância é a hanseníase nodular, observada mais frequentemente no rosto. É caracterizada por nódulo acastanhado com halo hipocrômico, de evolução crônica, o qual, no processo de cura, deixa cicatriz hipocrômica deprimida. É classificada como forma

tuberculóide, sendo, portanto, não-contagante (BRASIL, 2008). A morfologia da lesão da hanseníase nodular pode ser plana ou nodular, ambas variando de tamanho. A lesão plana predomina em crianças de maior idade, iniciando-se como lesão nodular, que aumenta de tamanho, ou se apresenta como lesão pápulo-nodular.

A forma nodular da hanseníase teria uma fase progressiva e uma regressiva, consistindo no aparecimento da lesão, seu crescimento, estabilização morfológica da variedade, e, depois, regressão, para desaparecer deixando uma cicatriz (BRASIL, 2008). Não são observados sintomas locais ou gerais prodrômicos antes do aparecimento das lesões cutâneas propriamente ditas. As lesões cutâneas mais freqüentes na criança são: máculas, placas infiltradas, lesões liquenóides ou papulóides, lesões pápulonodulares e ulcerações e cicatrizes (FAKHOURI, 2008). Além disso, vale ressaltar que essa forma não apresenta surtos agudos e apresenta resposta positiva à reação à lepromina. A histopatologia da hanseníase nodular é caracterizada por densa reação inflamatória granulomatosa associada à injúria neural (FAKHOURI, 2008).

A hanseníase nodular infantil (HN) é uma variante clínica benigna da hanseníase tuberculóide que afeta os lactantes e as crianças que permanecem em regiões altamente infectadas. As lesões evoluem com cura completa e a HN possui um achado a considerar como uma manifestação de alergia e imunidade congênita contra o *Mycobacterium leprae* (FAKHOURI, 2008; HINRICHSEN, 2005).

Histopatologicamente as lesões HN são caracterizadas pela presença de uma densa reação inflamatória granulomatosa, com maior número de granulomas confluentes em relação ao observado em outros grupos. Nas biópsias de todos os casos observam-se afecções nervosas. A freqüência de antígenos micobacterianos é similar a dos outros grupos. As proporções de linfócitos TCD45RO+, CD4+ e CD8+, células NK, linfócitos B, células epidérmicas CD1a+ e macrófagos nas lesões HN são semelhantes às dos outros grupos. O número de células dendríticas S100+ no grupo HN apresenta-se menor do que em adultos com HT e similar ao das crianças com HT (FAKHOURI, 2008).

O ministério da saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele (BRASIL, 2002).

3.11.1 Tratamento da hanseníase

O tratamento da hanseníase, apesar de simples, é considerado demorado e chega a afastar os pacientes. Quando o remédio falta nas farmácias municipais por desorganização burocrática dos governos, a situação se agrava, porque a falta da medicação é tão grave quanto o diagnóstico tardio. O contratempo ou a ausência do compromisso do paciente faz com que o tempo de consumo dos comprimidos seja estendido para garantir a cura.

O Ministério da Saúde recomenda que o tratamento de seis meses, indicado para a forma paucibacilar, pode ser estendido para nove meses, caso o paciente tenha faltado três meses, consecutivos ou não. O tratamento de 12 meses, indicado para a multibacilar, é ampliado para 18 meses se o doente ficou seis meses sem medicação. Nos dois casos, o tempo de tratamento anterior à pausa é aproveitado.

O tratamento é feito nas unidades de saúde do SUS e é gratuito. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico. O tratamento é por via oral, constituído pela associação de dois ou três medicamentos, configurando uma poliquimioterapia (BRASIL, 2002).

O tratamento geralmente ocorre ao nível ambulatorial e não necessita de internação, devendo ser prescrito somente por médicos (geocities.com/hanseníase, 2009).

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

O tratamento integral de um caso de hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico - a poliquimioterapia (PQT), seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

Há necessidade de um esforço organizado de toda a rede básica de saúde no sentido de fornecer tratamento quimioterápico a todas as pessoas diagnosticadas com hanseníase.

O indivíduo, após ter o diagnóstico, deve, periodicamente, ser visto pela equipe de saúde para avaliação e para receber a medicação (BRASIL, 2002).

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 há presença de neurites ou de estados reacionais. Quando necessárias, são orientadas

técnicas de prevenção de incapacidades e deformidades. São dadas orientações sobre os autocuidados que o paciente deverá realizar diariamente para evitar as complicações da doença, sendo verificada sua correta realização (BRASIL, 2002).

Com tudo é importante enfatizar que a hanseníase tem cura e o encaminhamento da pessoa portadora da doença para uma Unidade de Referência só deve acontecer quando houver necessidade de cuidados especiais no caso de intercorrências graves ou para correção cirúrgica. Nestes casos, após a realização do procedimento indicado, ela deve retornar para o acompanhamento rotineiro em sua unidade básica (BRASIL, 2001).

3.11.2 Tratamento quimioterápico da hanseníase

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT, devendo ser realizado nas unidades de saúde (BRASIL, 2002).

A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizada de forma completa e correta, garante a cura da doença (BRASIL, 2001).

A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, com administração associada.

Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença.

É administrada através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Paucibacilar ou Multibacilar. A informação sobre a classificação do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso (BRASIL, 2002).

3.11.3 Esquema Paucibacilar (PB)

Neste caso é utilizada uma combinação da Rifampicina e Dapsona, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema medicamentoso:

- **Rifampicina:** uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

- **Dapsona:** uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;

- **duração do tratamento:** 6 doses mensais supervisionadas de Rifampicina.

- **critério de alta:** 6 doses supervisionadas em até 9 meses.

Para o tratamento da hanseníase não é eticamente correto o uso de apenas um medicamento para evitar a resistência medicamentosa no indivíduo (BRASIL, 2002).

3.2.4 Esquema multibacilar (MB)

Aqui é utilizada uma combinação da Rifampicina, Dapsona e de Clofazimina, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema medicamentoso:

- **Rifampicina:** uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

- **Clofazimina:** uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada; e

- **Dapsona:** uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;

- **duração do tratamento:** 12 doses mensais supervisionadas de Rifampicina;

- **critério de alta:** 12 doses supervisionadas em até 18 meses.

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB (BRASIL, 2002).

3.11.5 Esquemas de tratamento para crianças

Para crianças com hanseníase, as doses de medicamentos dos esquemas Paucibacilar e Multibacilar, são ajustadas, de acordo com os seguintes quadros:

Paucibacilar

IDADE EM ANOS	DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA	DAPSONA (DDS) SUPERVISIONADA	RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA
0-5	25mg	25mg	150-300 mg
6-14	50-100 mg	50-100mg	300-450 mg

Quadro: 1

Fonte: (BRASIL, 2002).

Multibacilar

IDADE EM ANOS	DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA	DAPSONA (DDS) SUPERVISIONADA	RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA	CLOFAZIMINA (CFZ)	
				AUTO-ADMINISTRADA	SUPERVISIONAR MENSAL
0-5	25 mg	25 mg	150-300 mg	100mg/sem.	100mg
6-14	50-100 mg	50-100 mg	300-450 mg	150mg/sem.	150-200mg

Quadro: 2

Fonte: (BRASIL, 2002).

Esquema alternativo

CLASSIFICAÇÃO MEDICAMENTOSO	PB, LESÃO ÚNICA SEM ENVOLVIMENTO DE TRONCO NERVOSO
RIFAMPICINA	600mg, EM DOSE ÚNICA, SUPERVISIONADA
MINOCICLINA	100mg, EM DOSE ÚNICA, SUPERVISIONADA
OFLOXACINA	400mg, EM DOSE ÚNICA, SUPERVISIONADA

Quadro: 3

Fonte: (BRASIL, 2002).

Este esquema é conhecido como ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina) e deve ser usado exclusivamente para tratar pacientes PB com lesão única, sem envolvimento de troncos nervosos. Esse esquema é recomendado somente para uso em centros de referência (BRASIL, 2002).

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB (BRASIL, 2002).

3.11.6 Duração do tratamento e critério de alta

O esquema de administração da dose supervisionada deve ser o mais regular possível - de 28 em 28 dias. Porém, se o contato não ocorrer na unidade de saúde no dia agendado, a medicação deve ser dada mesmo no domicílio, pois a garantia da administração da dose supervisionada e da entrega dos medicamentos indicados para a automedicação é imprescindível para o tratamento adequado (BRASIL, 2002).

A duração do tratamento PQT deve obedecer aos prazos estabelecidos: de 6 doses mensais supervisionadas de Rifampicina tomadas em até 9 meses para os casos Paucibacilares

e de 12 doses mensais supervisionadas de Rifampicina tomadas em até 18 meses para os casos Multibacilares (BRASIL, 2002).

A assistência regular ao paciente com hanseníase paucibacilar na unidade de saúde ou no domicílio é essencial para completar o tratamento em 6 meses. Se, por algum motivo, houver a interrupção da medicação ela poderá ser retomada em até 3 meses, com vistas a completar o tratamento no prazo de até 9 meses (BRASIL, 2002).

Já em relação ao portador da forma Multibacilar que mantiver regularidade no tratamento segundo o esquema preconizado, o mesmo completar-se-á em 12 meses (BRASIL, 2002).

Havendo a interrupção da medicação está indicado o prazo de 6 meses para dar continuidade ao tratamento e para que o mesmo possa ser completado em até 18 meses.

Portanto, Considera-se uma pessoa de alta, por cura, aquela que completa o esquema de tratamento PQT, nos seguintes prazos:

Esquema Paucibacilar (PB) - 6 doses mensais supervisionadas de Rifampicina, em até 9 meses; mais a Sulfona auto-administrada.

Esquema Multibacilar (MB) - 12 doses mensais supervisionadas de Rifampicina, em até 18 meses, mais a Sulfona auto-administrada e a Clofazimina auto-administrada e supervisionada (BRASIL, 2002).

O paciente que tenha completado o tratamento PQT não deverá mais ser considerado como um caso de hanseníase, mesmo que permaneça com alguma seqüela da doença.

Deverá, porém, continuar sendo assistida pelos profissionais da Unidade de Saúde, especialmente nos casos de intercorrências pós-alta: reações e monitoramento neural. Em caso de reações pós-alta, o tratamento PQT não deverá ser reiniciado (BRASIL, 2002).

Durante o tratamento quimioterápico deve haver a preocupação com a prevenção de incapacidades e de deformidades, bem como o atendimento às possíveis intercorrências.

Nestes casos, se necessário, o paciente deve ser encaminhado para unidades de referência para receber o tratamento adequado. Sua internação somente está indicada em intercorrências graves, assim como efeitos colaterais graves dos medicamentos, estados reacionais graves ou necessidade de correção cirúrgica de deformidades físicas. A internação deve ser feita em hospitais gerais, e após alta hospitalar deverá ser dada continuidade ao seu tratamento na unidade de saúde à qual está vinculado (BRASIL, 2002).

3.11.7 Efeitos colaterais medicamentoso

Levando em consideração que todo medicamento tem seus efeitos colaterais, com os da hanseníase não poderia ser diferente. Portanto, aqueles utilizados na poliquimioterapia e no tratamento dos estados reacionais também podem provocar efeitos colaterais. No entanto, os trabalhos bem controlados publicados na literatura disponível permite afirmar que o tratamento PQT raramente, precisa ser interrompido em virtude desses efeitos colaterais (BRASIL, 2002).

Contudo, as equipes da unidade de saúde básica, precisa estar sempre atenta para essas situações, devendo, na maioria das vezes, encaminhar a pessoa à unidade de referência para receber o tratamento adequado.

Neste estudo disponibilizarei os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT, e no tratamento dos estados reacionais, e as principais condutas a serem adotadas para combatê-los. O diagnóstico desses efeitos colaterais é fundamentalmente baseado nos sinais e sintomas por eles provocados (BRASIL, 2002).

Efeitos colaterais da Rifampicina:

- **Cutâneos:** rubor de face e pescoço, prurido e rash cutâneo generalizado; gastrointestinais: diminuição do apetite e náuseas. Ocasionalmente, podem ocorrer vômitos, diarreias e dor abdominal leve;

- **Hepáticos:** mal-estar, perda do apetite, náuseas, podendo ocorrer também icterícia.

São descritos dois tipos de icterícias: a leve ou transitória e a grave, com danos hepáticos importantes. A medicação deve ser suspensa e o paciente encaminhado à unidade de referência se as transaminases e/ou as bilirrubinas aumentarem mais de duas vezes o valor normal;

- **Hematopoéticos:** trombocitopenia; púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes. Poderão, também, ocorrer hemorragias gengivais e uterinas. Nestes casos, o paciente deve ser encaminhado ao hospital;

- **Anemia hemolítica:** tremores, febre, náuseas, cefaléia e às vezes choque, podendo também, ocorrer icterícia leve. Ocorre raramente;

- **Síndrome pseudogripal:** febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaléia, dores ósseas. Pode, também, apresentar eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque. A síndrome ocorre raramente, e quando ocorrem se dá principalmente a partir da 2ª ou 4ª doses supervisionadas devido à hipersensibilidade por formação de anticorpos anti-rifampicina, quando o medicamento é

utilizado em dose intermitente.

É de suma importância que os profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes estejam bem esclarecidos quanto a alguns pseudopatologia que por ventura venham surgir durante o tratamento, como por exemplo:

A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria.

A secreção pulmonar avermelhada não deve ser confundida com escarros hemoptóicos.

A pigmentação conjuntival não deve ser confundida com icterícia.

Portanto, essas anormalidades são características vivenciadas por boa parte dos pacientes em tratamento com Rifampicina. E são consideradas normais (BRASIL, 2002).

Efeitos colaterais da clofazimina:

- **Cutâneos:** ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor. Nas pessoas de pele escura a cor pode se acentuar, e em pessoas claras a pele pode ficar com uma coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado, devido à impregnação e ao ressecamento. Estes efeitos ocorrem mais acentuadamente nas lesões hansênicas e regredem, muito lentamente, após a suspensão do medicamento;

- **Gastrointestinais:** diminuição da peristalse e dor abdominal, devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e linfonodos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Estes para-efeitos poderão ser encontrados com maior frequência na utilização de doses de 300 mg/dia por períodos prolongados, superiores a 90 dias (BRASIL, 2002).

3.11.8 Profilaxia

Pelas normas atuais do MS a prevenção consiste no diagnóstico precoce de casos e na utilização do BCG (bacilo calmette-guérin). Para tal recomenda-se o exame dermatoneurológico de todos os contatos intra-domiciliares do caso diagnosticado. Considera-se os conviventes do domicílio nos últimos cinco anos. Depois do exame clínico o contato será encaminhado para a aplicação da BCG por via intradérmica. Os contatos sem cicatrizes prévias receberão duas doses de BCG, com intervalo de seis meses entre elas. Aqueles com uma cicatriz da vacina irão receber apenas uma dose da BCG (BRASIL, 2007). Entretanto, a sala de aula poderia tornar-se uma importante ferramenta no combate ao avanço da hanseníase no país, se nossos líderes políticos, implantasse uma disciplina voltada para prevenção e esclarecimentos de doenças como a hanseníase.

3.12 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PCH

Nas duas últimas décadas o envolvimento do enfermeiro com as ações de controle da hanseníase no Brasil ampliou-se de forma considerável. E não poderia ser diferente, já que na expansão do SUS essa categoria profissional tem um papel fundamental na organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. Na hanseníase, o grande impulso veio com a implantação da poliquimioterapia (PQT) com dose supervisionada, em 1986, atividade que demandava uma série de novas tarefas, cuja supervisão e execução são atribuições da enfermagem. Além disso, as ações de prevenção e tratamento das incapacidades físicas inseriram na rotina do atendimento uma diversidade de ações do cuidado, em grande parte assumidas pela enfermagem (OLIVEIRA, 2008).

Tudo isso, sem mencionar a atuação do enfermeiro na gestão do SUS e nas ações gerenciais do Programa de Controle da Hanseníase nas três esferas administrativas. Atualmente, na maioria das unidades federadas a coordenação das ações de controle estaduais e municipais da hanseníase é desempenhada por enfermeiros (OLIVEIRA, 2008).

Portanto, baseado nos aspectos epidemiológicos denota-se que a Hanseníase representa um importante problema de saúde pública em todo o Brasil, pois, aliados às prevalências, encontram-se outros fatores, como a evolução crônica, a capacidade de provocar lesões incapacitantes ou deformantes e, principalmente, a facilidade de proliferação dos focos de infecção (SILVA JÚNIOR, FERREIRA, 2008).

Nesse sentido, os agravos devem ser diminuídos através de políticas públicas que visem o controle e/ou eliminação da doença. E assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a constituir um dos principais eixos responsáveis por realizar tais medidas preventivas, curativas e busca. A hanseníase na infância/adolescência é uma doença difícil de detectar a ESF prevê um atendimento multiprofissional à saúde da população de sua área adstrita, inserindo-se no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência à saúde: a atenção básica. Essa estratégia nasceu alicerçada em princípios que, se realmente respeitados, serão capazes de provocar a transformação necessária para reorganização das ações em serviços de saúde, em específico, promover a redução das prevalências de Hanseníase no Brasil, pois, quando se descobre uma criança com hanseníase, logo, estará encontrando um foco, pois a doença leva em média 5 anos para se desenvolver e se a criança tem menos de 15 anos é provável que ela tenha contraído o bacilo em seu próprio convívio familiar, uma vez,

que é onde ele mantém seu maior vínculo de convívio (BRASIL, 2007).

Desse modo, é função da (o) Enfermeira(o) da ESF proporcionar uma educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, incentivando para que durante suas visitas domiciliares, investiguem casos de hanseníase e em caso de suspeita encaminhar imediatamente ao serviço de saúde, para assim ser diagnosticado o quanto antes o foco de infecção e conseqüentemente poder tratar precocemente ou descobrir novos casos em plena circulação e sem tratamento. Realizar consultas de enfermagem que proporcionem, dentre outras funções, a identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento da hanseníase. Nessa perspectiva, é imprescindível na ESF uma perspectiva cultural em que a Enfermagem relacione o cuidado e sua influência na assistência, funcionando como suporte na facilitação e capacitação a indivíduos ou grupos, para manter ou reaver o seu bem-estar ou ajudá-los a enfrentar dificuldades, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória (BRASIL, 2008).

Partindo desse enfoque, a Teoria Transcultural, de Madeleine Leininger, que foi articulada a partir de 1978, para tentar dar conta da problemática que envolve o adolescente portador de Hanseníase e da assistência de enfermagem prestada a esse sujeito. Baseado nesta Teoria destaca-se que o cuidado é a essência da prática e do conhecimento, incluindo assistir, dar suporte e facilitar atos para que o adolescente não venha no futuro adquirir deformidades, que interfiram em sua formação biopsicossocial. Quando se descobre um caso de hanseníase, o cuidado é cultural, pois cada povo tem seu próprio jeito de cuidar, considerando diversidade do cuidado. Nessa perspectiva, para uma assistência adequada, o enfermeiro pode avaliar os comportamentos de cuidados culturais, decidindo com a família se são preserváveis, mutáveis ou negociáveis (OLIVEIRA, 2008).

Destaca-se como preserváveis aqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. No entanto, na negociação suas ações e decisões dão subsídio para facilitar a assistência das pessoas de uma determinada cultura, além de promover a adaptação ou acomodação com os provedores de saúde profissionais. Por outro lado a repadronização constitui ações e decisões que auxiliam os indivíduos ou grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde (SILVA JÚNIOR, FERREIRA, 2008).

Em suma, essa Teoria, tem como proposta principal proporcionar o cuidado em consonância com a cultura, numa abordagem holística, focalizando a enfermagem científica e humanista. Partindo, pois, dessa proposta teórica ressalta-se que o objetivo desta pesquisa é

relatar a assistência de enfermagem prestada a uma família que possua paciente adolescente com hanseníase, utilizando uma abordagem Transcultural (SILVA JÚNIOR, FERREIRA, 2008).

Destaca-se ainda que a partir da inserção contextual desta pesquisa se poderá conhecer a realidade mais profunda que circunscreve a problemática em questão, a assistência de enfermagem prestada ao paciente hanseniano, no sentido de direcionar a tomada de decisões na tentativa de mobilizar o compromisso de melhoria do cuidado em saúde e possibilitar a definição de estratégias que promovam e fortaleçam a interação entre a equipe de saúde e o sujeito portador da doença (OLIVEIRA, 2008).

3.13 HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS.

A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda há patamares muito altos nas regiões Norte, Nordeste, sudeste e Centro-Oeste. Essa informação fortalece o esforço que o governo federal vem desempenhando para obter o alcance da meta, que propõe reduzir a doença em menores de 15 anos, mas se contrapõe à existência de regiões com aglomeração de casos e indícios de transmissão ativa. Essas concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira, residentes em extensas áreas geográficas, sede de muitas tensões, o que adiciona maior complexidade a intervenções efetivas (BRASIL, 2008).

Determinantes sociais e históricos, associados à ocupação da Amazônia Legal e à manutenção de iniquidades sociais na região Nordeste ajudam a explicar o acúmulo de pessoas infectadas, em se tratando de doença de longo período de incubação. O gráfico abaixo demonstra as regiões mais afetadas em números absolutos de detecção.

Soma das pessoas que contrairam hanseníase (1990-2007)

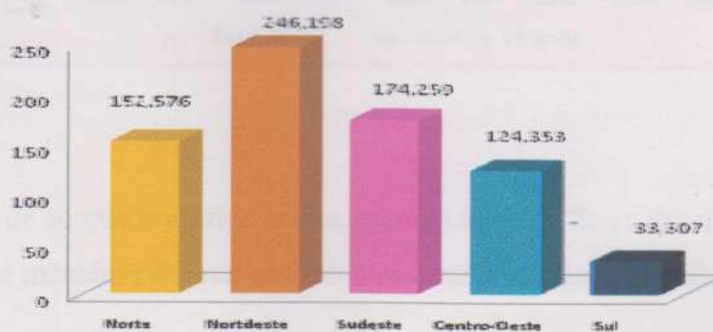


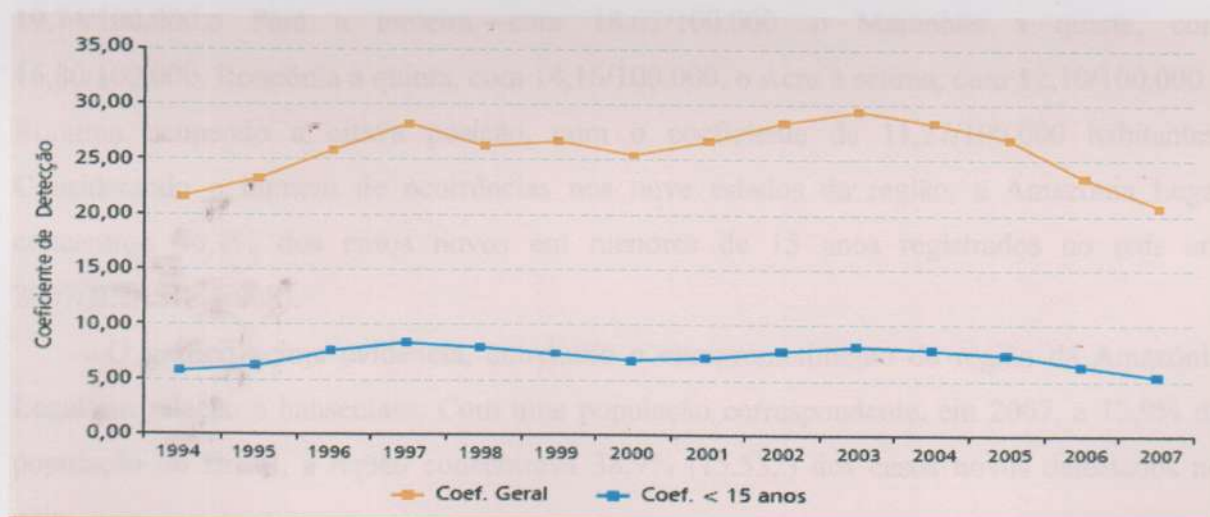
Gráfico: 1

Fonte: (BRASIL, 2008).

Portanto a intensificação da vigilância epidemiológica nas áreas mais endêmicas e manutenção de ações efetivas naquelas com estabilização da endemia, depende de grande mobilização social, incluindo a vontade política de todos os gestores, compromisso e motivação dos técnicos e controle social, para diminuição de infecção por hanseníase em todas as faixas etárias de idade (BRASIL, 2008).

Porém, após duas décadas de implantação dos esquemas de tratamento poliquimioterápico, com apoio da OMS/OPAS, ONGs filiadas à ILEP, MORHAN e a ampliação dos serviços de saúde que compõem o SUS, a desaceleração na produção de novos casos foi alcançada. Todavia, os coeficientes médios de detecção em um número significativo de municípios corroboram o tratamento da hanseníase como um problema de saúde pública, considerado prioritário pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Entretanto, mesmo com a desaceleração, do número de casos gerais da hanseníase é prioridade do programa nacional de controle a hanseníase (PNCH) a redução de casos em menores de 15 anos de idade. Esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase. A meta estabelecida pelo PNCH ao Ministério da saúde é a redução do coeficiente de detecção dos casos novos em menores de 15 anos de idade em 10,0%, no país, até 2011. Essa meta já vem sendo trabalhada ao longo de décadas, como mostra o gráfico 2.



Fonte: SINAN/SVS-MS

Gráfico: 2
Fonte: (Brasil, 2008).

Contudo, de acordo o gráfico acima, o coeficiente de detecção em menores de 15 anos ainda é grave e se mantém presente em todos os estados da federação Brasileira, como mostra o gráfico abaixo.

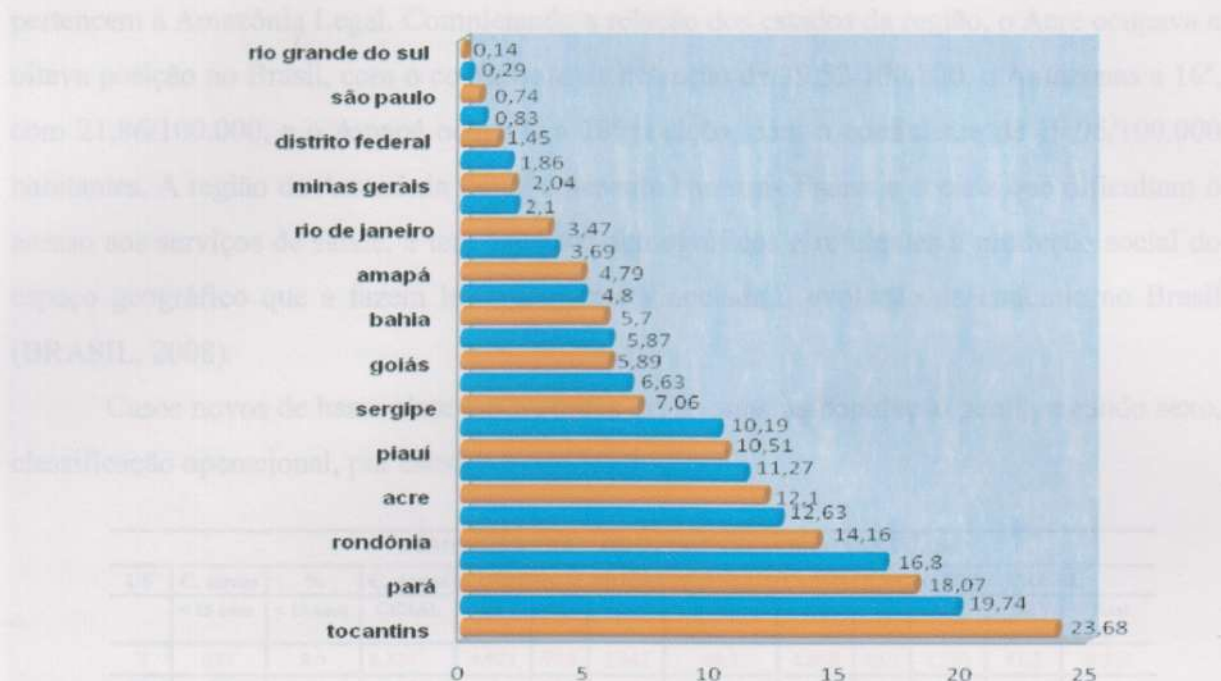


Gráfico: 3
Fonte: (BRASIL, 2008).

Este gráfico, demonstra o coeficiente de detecção em menores de 15 anos por estado da federação é evidenciado o comprometimento da Amazônia Legal em relação à hanseníase, com o estado do Tocantins ocupando a primeira posição no país, com o coeficiente de 23,6/100.000 habitantes, Mato Grosso ocupando a segunda posição, com o coeficiente de 19,74/100.000, o Pará a terceira, com 18,07/100.000, o Maranhão a quarta, com 16,80/100.000, Rondônia a quinta, com 14,16/100.000, o Acre a sétima, com 12,10/100.000 e Roraima ocupando a oitava posição, com o coeficiente de 11,27/100.000 habitantes. Considerando o número de ocorrências nos nove estados da região, a Amazônia Legal concentrou 46,4% dos casos novos em menores de 15 anos registrados no país em 2007 (BRASIL, 2008).

O gráfico acima evidencia, entretanto o comprometimento da região da Amazônia Legal em relação à hanseníase. Com uma população correspondente, em 2007, a 12,9% da população do Brasil, a região concentrava 38,9% (15.532) dos casos novos detectados no país.

O estado de Mato Grosso apresentou em 2007 o coeficiente de detecção de casos novos mais elevados do país, 100,27/100.000 habitantes, seguido, nesta ordem, dos estados de Tocantins, 93,01/100.000, Rondônia, 74,03/100.000, Maranhão, 68,47/100.000, Pará, 62,17/100.000, e Roraima, onde foi registrado o valor de 55,38/100.000 habitantes. Todos esses seis estados, onde foram registrados os maiores coeficientes de detecção de casos novos,

pertencem à Amazônia Legal. Completando a relação dos estados da região, o Acre ocupava a oitava posição no Brasil, com o coeficiente de detecção de 39,52/100.000, o Amazonas a 16ª, com 21,86/100.000, e o Amapá ocupava a 18ª posição, com o coeficiente de 19,95/100.000 habitantes. A região da Amazônia Legal apresenta barreiras físicas e sociais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, e tem aspectos demográficos e referentes à produção social do espaço geográfico que a fazem historicamente vinculada à evolução da endemia no Brasil (BRASIL, 2008).

Casos novos de hanseníase em menores de 15 anos na população geral, segundo sexo, classificação operacional, por estados e regiões do Brasil.

NÚMEROS GERAIS DE OCORRÊNCIA DA HANSENÍASE												
UF	C. novos	%	C. novos	CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO SEXO				CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL				
	< 15 anos	< 15 anos	GERAL	M	%	F	%	PB	%	MB	%	Total 2007
N	827	9.9	8.324	4.981	59.8	3.343	40.2	4.055	48.7	4.269	51.3	8.324
RO	78	6.6	1.177	645	54.8	532	45.2	673	57.2	504	42.8	1.177
AC	33	11.9	278	193	69.4	85	30.6	129	46.4	149	53.6	278
AM	87	11.7	741	448	60.5	293	39.5	398	53.7	343	46.3	741
RR	18	7.8	230	134	58.3	96	41.7	89	38.7	141	61.3	230
PA	486	10.8	4.507	2.774	61.5	1.733	38.5	1.994	44.2	2.513	55.8	4.507
AP	12	9.4	127	77	60.6	50	39.4	55	43.3	72	56.7	127
TO	113	8.9	1.264	710	56.2	554	43.8	717	56.7	547	43.3	1.264
NE	1.416	8.6	16.458	8.580	52.1	7.877	47.9	7.989	48.5	8.469	51.5	16.458
MA	392	9.1	4.290	2.484	57.9	1.806	42.1	1.804	42.1	2.486	57.9	4.290
PI	108	7.5	1.441	725	50.3	716	49.7	757	52.5	684	47.5	1.441
CE	164	6.5	2.514	1.347	53.6	1.167	46.4	1.078	42.9	1.436	57.1	2.514
RN	36	9.7	372	166	44.6	206	55.4	179	48.1	193	51.9	372
PB	55	6.3	871	436	50.1	435	49.9	473	54.3	398	45.7	871
PE	337	11.0	3.072	1.455	47.4	1.617	52.6	1.641	53.4	1.431	46.6	3.072
AL	20	4.7	424	225	53.1	199	46.9	230	54.2	194	45.8	424
SE	48	9.0	534	263	49.3	271	50.7	301	56.4	233	43.6	534
BA	256	8.7	2.940	1.479	50.3	1.460	49.7	1.526	51.9	1.414	48.1	2.940
SE	437	5.6	7.861	4.275	54.4	3.585	45.6	3.564	45.3	4.297	54.7	7.861
MG	114	5.1	2.224	1.232	55.4	992	44.6	737	33.1	1.487	66.9	2.224
ES	103	8.3	1.237	630	50.9	607	49.1	79	63.8	448	36.2	1.237
RJ	138	6.2	2.215	1.139	51.4	1.075	48.5	1.045	7.2	1.170	52.8	1.215
SP	82	3.8	2.185	1.274	58.3	911	41.7	993	5.4	1.192	54.6	1.185
S	34	1.9	1.784	988	55.4	796	44.6	565	1.7	1.219	68.3	1.784
PR	25	1.8	1.374	773	56.3	601	43.7	457	3.3	917	66.7	1.374
SC	5	2.3	221	123	55.7	98	44.3	69	1.2	152	68.8	221
RS	4	2.1	189	92	48.7	97	51.3	39	0.6	150	69.4	189
CO	310	5.6	5.494	3.208	58.4	2.286	41.6	2.306	2.0	3.188	58.0	5.494
MS	15	2.7	556	335	60.3	221	39.7	240	3.2	316	56.8	556
MT	183	6.3	2.918	1.738	59.6	1.180	40.4	1.365	6.8	1.553	53.2	2.918
GO	102	5.8	1.762	1.002	56.9	760	43.1	592	3.6	1.170	66.4	1.762
DF	10	3.9	258	133	51.6	125	48.4	109	2.2	149	57.8	258
BR	3.024	7.6	39.921	22.032	55.2	17.887	44.8	18.479	6.3	21.442	53.7	39.921

TABELA: 1
FONTE: (BRASIL, 2008).

A tabela acima demonstra o número de ocorrências na população geral e em menores

de 15 anos de idade, em 2007, e a distribuição proporcional por sexo e classificação operacional, para o Brasil, regiões e estados. O percentual de casos novos em menores de 15 anos correspondeu a 7,6% do total anual registrado no país. O maior percentual foi referente à região Norte, 9,9%, seguida da região Nordeste, 8,6%, e das regiões Sudeste e Centro-Oeste, ambas com o mesmo percentual de 5,6%. Na região Sul foi registrado o menor percentual, tendo os casos em menores de 15 anos alcançado 1,9% do total de casos. No país, 55,2% dos casos corresponderam ao sexo masculino e 48,8% ao sexo feminino. Em relação ao sexo masculino, os percentuais variaram de 52,1% na região Nordeste a 59,8% na região Norte (BRASIL, 2008).

O percentual de multibacilares (MB) alcançou, no país, 53,7% do número de casos, sendo a menor proporção, 51,3%, registrada na região Norte e a maior, 68,3%, na região Sul. Amplas variações na distribuição proporcional de casos em menores de 15 anos e demais idades, o sexo, e a classificação operacional são descritas pela OMS (2008) entre países e grandes regiões do mundo. Deve ser considerado, no entanto, que, apesar das dimensões continentais do Brasil e de sua diversidade regional, variações destes parâmetros no âmbito de um único país sejam também influenciadas pelas condições operacionais de um mesmo sistema nacional de saúde (BRASIL, 2008).

As regiões menos endêmicas, Sul e Sudeste, apresentaram os mais altos percentuais de deformidades em 2006.

Dentre as regiões, existem alguns estados que se destacam com o índice de casos de hanseníase, o estado de Pernambuco no nordeste é considerado hiperendêmico entre menores de 15 anos e tem taxas muito altas, quase hiperendêmicas, no quadro geral dos pacientes de todas as idades (Diário de Pernambuco, 2009). O Recife lidera o ranking das capitais com maior taxa de pacientes por residência. Está ainda no topo da lista das capitais com o maior número absoluto de casos novos entre menores de quinze anos (a taxa de pacientes por habitantes também é alta). O município de Lagoa Grande interior do estado, tem a maior taxa de novos casos registrados por ano, média de 12 por grupos de 10 mil pessoas. Enquanto que a média do Brasil não chega a três casos (BRASIL, 2008).

O Maranhão enfrenta uma hiperendemia em todas as idades. Destaca-se como o estado do nordeste com maior número de casos registrados em 2006, ano da última estatística consolidada pelo ministério da saúde. Foram 4.540. Ao lado do Recife, a capital do Maranhão, São Luís, tem a maior taxa de doentes por grupos de 10 mil habitantes, se considerado o ranking entre doentes menores de 15 anos das capitais com taxa de prevalência de 1,76 (Diário de Pernambuco, 2009).

Temos regiões do nordeste como o estado do Piauí que está classificado como hiperendêmico em todas as idades, no quadro geral e entre menores de 15 anos. No quadro geral, o Piauí tem a segunda maior taxa de detecção de casos novos no nordeste (4.5 por cada 10 mil habitantes, em 2006). Em números absolutos, significa que o Piauí registrou aproximadamente 1.300 novos casos, sendo 144 entre menores de 15 anos. Tanto na capital, Teresina, como nas cidades do interior, pode-se acompanhar o drama dos doentes (Diário de Pernambuco, 2009).

Entretanto, assim como temos estados que se destacam negativamente em altos percentuais de casos, temos também regiões que podemos aplaudir. São Paulo, por exemplo, é o estado mais populoso do Brasil, no entanto, tem números elogiáveis quando se fala em hanseníase. Em 2006, o coeficiente de detecção de casos novos foi de apenas 0.51, quatro vezes menos a média nacional. No entanto, na mesma região aparece o estado do Espírito Santo, com coeficiente de detecção de 3.75 por 10 mil habitantes (BRASIL, 2008).

Mato Grosso, na região centro-oeste, tem a mais alta taxa de novos casos de hanseníase por 10 mil habitantes no Brasil. Foram 14.8, enquanto a média do Brasil foi 2.4 em 2006. Em números absolutos, foram mais de 4 mil novos casos registrados no Mato Grosso (BRASIL, 2008).

Rio Grande do Sul, como demonstrado nos gráficos anteriores, tem a menor taxa de infectados por ano, embora apresentem os mais altos percentuais de deformidades da doença. Em 2006, ficou com taxa de detecção, ou seja, de casos novos, igual a 0.18 em grupo de 10 mil habitantes. O Brasil ressalta-se, teve no mesmo ano taxa de detecção de 2.49. Quanto, o percentual de pacientes com idade inferior a 15 anos é irrelevante. Com todas essas informações podemos afirmar que o bacilo de Hansen está em toda parte, em pouca ou muita quantidade. E mais crianças contaminadas são a prova de que a doença está ativa em uma determinada área (BRASIL, 2008).

4 METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão de literatura sobre o acometimento da hanseníase em menores de 15 anos. De acordo com Boaventura, (2004), "A revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar idéias novas e úteis". Baseado nisso, foram revisados três livros, um jornal, oito artigos científicos, pesquisado nos sites scielo, bireme, geocities. Cinco manuais oficiais do ministério da saúde referentes à doença, uma dissertação de mestrado, quatro sites de dermatologia e quatro revistas de circulação nacional.

5 DISCUSSÃO

De acordo com pesquisas realizadas em trabalhos científicos, bem como, livros, revistas, manuais do Ministério da Saúde e jornais, de circulação local, chega-se à conclusão de que a contaminação de hanseníase em menores de 15 anos no país é bem mais séria do que se imaginava antes de iniciar esse trabalho.

Portanto, baseado em informações colhidas nas fontes citadas verifica-se que o maior percentual de detecção de hanseníase em menores de 15 anos nos últimos 5 anos, localiza-se na região Norte, seguida da região Nordeste e das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. A última aparece nas estatísticas, como sendo a de menor detecção de novos casos de hanseníase em menores de 15 anos (BRASIL, 2008).

Esses dados mostram que o Brasil ainda apresenta uma alta magnitude da endemia de hanseníase em menores de 15 anos, com um coeficiente de detecção de 0,6 em cada dez mil habitantes, o que leva a grande preocupação, uma vez que se há crianças sendo detectadas é porque existe adulto comunicante sem tratamento (MACHADO, 2004).

Portanto, é preciso que se difunda melhor a informação no tocante a hanseníase, pois, as pessoas ainda acham que lepra é uma coisa e hanseníase é outra, muito menos grave, devido à mudança de nome da doença, proposta desde 1976. Acredita-se que a troca não foi bem explicada à população. Era necessário relacionar *lepra*, conhecida mundialmente, a *hanseníase*. De acordo com experiência própria, vivência sanitária pode-se afirmar, que existem pessoas que nem sequer sabem pronunciar a palavra hanseníase.

É preciso fazer mais. Precisa-se com urgência melhorar o atendimento nos serviços de saúde, normalmente feito às pressas. Para diagnosticar, é preciso examinar todo o corpo da pessoa, fazer palpação dos nervos e um bom teste de sensibilidade superficial da pele, pedir ao paciente que feche os olhos para ver se ele perdeu a sensibilidade à dor e ao calor, avaliar se há perda da força muscular de mãos e pés, recomendação preconizada pelo Ministério da Saúde aos profissionais de saúde, e pouco cumprido. Muitas vezes por pura falta de conhecimento ou treinamento adequado aos profissionais. Esses exames simples, mas demorados, que exigem paciência e dedicação. Este exame quando feito com precisão, na maioria das vezes facilita o diagnóstico precoce e evita a evolução da doença tanto do ponto de vista da infecção quanto da deformidade. Nesse sentido, o Programa de Controle da Hanseníase tem buscado sensibilizar gestores municipais e estaduais para que ampliem o

atendimento, pois, segundo dados do ministério da saúde, apenas 34% da rede básica de saúde fazem diagnósticos e tratamento da doença. Portanto é preciso reconhecer que essa é uma doença endêmica e de forte impacto na saúde do indivíduo, e que pode deixar serias seqüelas físicas e psicológicas principalmente no adolescente (MACHADO, 2004).

Do ponto de vista dos autores pesquisados, percebe-se que a hanseníase é doença de pobre e que o baixo poder de pressão política dos pacientes contribui para o negligenciamento desse problema de saúde pública. Também, é unânime a afirmação de que a hanseníase é endêmica em menores de 15 anos no Brasil e que é preciso diagnóstico, tratamento e controle o quanto antes, por que do contrário, muito em breve, teremos uma epidemia da doença que do ponto de vista histórico já deveria está erradicada.

Brasil e ainda principalmente adultos e adulto-jovens. A detecção de casos dessa enfermidade em menores de 15 anos tem significado epidemiológico importante porque indica a gravidade da doença e possibilidade de exposição da população ao bacilo, configurando-se como importante elemento para avaliação da magnitude da doença.

Conclui-se, portanto, que existe uma provável ação por parte do SUS para combater esta doença que envolve o país, e acredita-se que esse trabalho exercido na prática através das ações básicas de saúde pública, incluindo a realização de uma mudança no modo como são tratados os indivíduos acometidos pela hanseníase. Assim sendo, o esclarecimento a respeito da doença e consequentemente a diminuição do estigma que permeia até hoje.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo tratou de uma revisão literatura sobre o índice de contaminação por hanseníase em menores de 15 anos. Foi uma pesquisa aprofundada, expressando aqui a realidade real do quadro de hanseníase nessa faixa etária de vida nos dias atuais no Brasil.

Os resultados permitiram identificar que o índice de contaminação é mais expressivo nas regiões norte-nordeste, mas que aparecem focos pontuais em todos os estados da federação Brasileira.

A hanseníase é uma doença que se configura como problema de saúde pública no Brasil e atinge principalmente adultos e adulto-jovens. A detecção de casos dessa enfermidade em menores de 15 anos tem significado epidemiológico importante porque indica a gravidade da endemia e precocidade de exposição da população ao bacilo, configurando-se como importante elemento para avaliação da magnitude da doença.

Contudo, pode-se concluir que existe uma proposta séria por parte do SUS para combater essa endemia que assola o país, e acredita-se que esse trabalho, exercido na prática diária através das ações básicas de saúde possam, inclusive, representar uma mudança no modo como são tratados os indivíduos acometidos pela hanseníase. Assim como, o esclarecimento a respeito da doença e conseqüentemente a diminuição do estigma que persiste até hoje.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcelo grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, 3 ed. n.56, 373-382, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>> Acesso em: 21 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atribuição dos profissionais de atenção básica/ saúde da família no controle da hanseníase**. 2ª ed. Brasília; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 1. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/hanseníase/documentos/guia_de_hanseníase.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2009.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Vigilância em Saúde: Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manprev2000.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2009.

BOAVENTURA, Edvaldo Martins. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.

DIÁRIO de Pernambuco. **Como a lepra deu lugar à Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.pernambuco.com/diario/especiais/hanseníase/lepra.shtml>> Acesso em: 16 set. 2009.

EIDT, Leticia Maria. Breve historia da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o rio grande do sul e sua tajeória na saúde publica brasileira. **rev. Sociedade e saúde**. São Paulo, v.13, n.2, p.76-88, 2004.

FAKHOURI, Ricardo. **A hanseníase na infância** 2008. Disponível em: <<http://www.fapitec.se.gov.br/modules/wfdownloads/visit.php?cid=11>> Acesso em: 22 set. 2009.

HINRICHSEN, Silvia Lemos. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LANA, Francisco Carlos Felix et al. hanseníase em menores de 15 anos no vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** Ed. 6, Brasília, n.60, p. 696-700, Nov-dez. de 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=>> Acesso em 25 mar, 2009.

MACHADO, Kátia. Agora de olho nos jovens. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 68, p.11-13, 2008.

MACHADO, Kátia. Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível?. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 27, p.10-14, 2004.

MORENO, Cléa Maria da Costa. **Avaliação do impacto do treinamento de clínica em hanseníase e sua contribuição para o aumento da detecção da doença no estado do Rio Grande do Norte**. 2008. 99. Dissertação. - UFRN, Natal-RN, 2008.

OLIVEIRA, Maria Leide W. de. O papel estratégico do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n.61, p.68, Nov. 2008. Ed. especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a02v61esp.pdf>> Acesso em: 18 abr, 2009.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo. **Atlas de hanseníase**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/rel_fotos.cfm> Acesso em: 18 set. 2009.

PONTE,K.; XIMENES NETO.F.; Hanseníase: A realidade do ser adolescente. **Rev. Bras. Enferm.** 3Ed., Brasília n.58, maio/jun.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em 25 mar. 2009.

ROBBINS, Stephen P. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2000 p.346 - 1141.

SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da. et al. Assistência de enfermagem ao portador de hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 61, p. 68-69, Nov. 2008. Ed. especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben>> Acesso em 15 abr. 2009.

SOUZA, A.; THERRIEN,S.; MOREIRA, T. Hanseníase em estudos de enfermagem no Brasil: estudo da arte, **Nursing**, São Paulo, v. 98, n. 8, p.918-924, 2006.
GONÇALVES, C.; LACERDA,A.; SANTOS JUNIOR,H. Enxergando além de uma mancha

indolor – com a palavra: o portador de hanseníase. 128 Ed. **Nursing**, São Paulo, v.11, p.40-45, 2009.

SOCIEDADE Brasileira de Dermatologia; **Atlas dermatológico**. Hanseníase dimorfa. Disponível em: <<http://www.troias.org.br/default2.aspx>.> Acesso em: 20 set 2009.