

FACULDADE LABORO
UNIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAROLINE DE ALMEIDA COIMBRA PEREIRA VELOSO
IVANICE PEREIRA COELHO
LEINA LÍGIA SOARES MORAES
LIANNE MIRIAN AQUINO DE MELO

O ENFERMEIRO E A HANSENÍASE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
revisão de literatura.

São Luís
2016

CAROLINE DE ALMEIDA COIMBRA PEREIRA VELOSO
IVANICE PEREIRA COELHO
LEINA LÍGIA SOARES MORAES
LIANNE MIRIAN AQUINO DE MELO

O ENFERMEIRO E A HANSENÍASE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
revisão de literatura.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Ms. Ludmilla Barros Leite Rodrigues

São Luís
2016

Veloso, Caroline de Almeida Coimbra Pereira

O enfermeiro e a hanseníase no contexto da educação em saúde: revisão de literatura / Caroline de Almeida Coimbra Pereira Veloso; Ivanice Pereira Coelho; Leina Lígia Soares Moraes; Lianne Mirian Aquino de Melo - São Luís, 2016.

34 p.

Impresso por computador (fotocópia)

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade LABORO, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família, 2016.

Orientadora: Profª Mª Ludimilla Barros Leite Rodrigues.

1. Enfermeiro. 2. Hanseníase. 3. Educação. 4. Saúde. I. Título.

CDU: 616-002.73-053.2

CAROLINE DE ALMEIDA COIMBRA PEREIRA VELOSO

IVANICE PEREIRA COELHO

LEINA LÍGIA SOARES MORAES

LIANNE MIRIAN AQUINO DE MELO

O ENFERMEIRO E A HANSENÍASE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

revisão de literatura.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profª. Me. (Orientadora)
Mestre em
Universidade de

Profª. Me.
Mestre em
Universidade de

Aos nossos pais, esposos, filhos, por acreditarem em nós.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, por ter nos dado grandes oportunidades na vida, nos abençoando grandemente de todas as formas, e nos dando forças para concluir essa etapa.

Às nossas famílias, pela capacidade de acreditarem e investirem em nós, pois não mediram esforços para que chegássemos até esse momento de realização em nossas vidas.

À todos os professores do curso, que foram tão importantes em nossas vidas acadêmicas, contribuindo de modo enriquecedor para a concretude deste trabalho.

E, especialmente, à nossa orientadora, que exerceu plenamente o dom da docência durante a realização desse trabalho, pela acessibilidade e disponibilidade, e por ter nos ajudado a percorrer esse caminho, superando nossas expectativas.

A saúde pública é uma espécie de rede de redes, onde um guarda chuva amplo e multifacetado que protege o bem estar da humanidade se mantém aberto todos os dias, devido às ações de inúmeros indivíduos.

Mirta Roses-Periago.

RESUMO

A hanseníase representa um problema de saúde pública no Brasil pelos altos índices de prevalência e incidência. É uma doença infectocontagiosa de evolução lenta, manifesta-se por sinais e sintomas dermatoneurológicos, comprometendo a capacidade de sentir dor, a visão e o tato. O objetivo deste estudo foi analisar como a enfermagem atua no contexto da educação em saúde na hanseníase. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. Foram identificados artigos de pesquisas que contemplassem o tema proposto, indexados na base de dados Scielo da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Ministério da Saúde. O critério de seleção dos artigos foi respectivamente a data de publicação dos últimos dez anos, com idioma em português. Analisou-se criteriosamente o conteúdo bibliográfico, no intuito de esclarecer os objetivos formulados para que tivesse uma interpretação e uma análise exata das fontes pesquisadas. Verificou-se por meio dos artigos pesquisados que o enfermeiro, como parte integrante da equipe e historicamente educador nas suas ações de saúde, poderá contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de reorientação das práticas assistenciais nessa área, objetivando prestar uma assistência de qualidade, voltada para o cliente e suas reais necessidades. Além da importância da educação em saúde no contexto da hanseníase, pois objetivam, principalmente, reduzir a morbidade expressa pela incidência e prevalência da doença, além de reduzir os danos causados pela mesma, expressos pela gravidade das incapacidades físicas e psicossociais. Conclui-se dessa forma, o quão é importante a educação em saúde, tanto para o paciente quanto aos familiares e comunidade, no sentido de desmistificar a doença e favorecer a sua compreensão, buscando estimular a adesão ao tratamento e às medidas de prevenção de incapacidades.

Palavras-chave: Enfermeiro. Hanseníase. Educação. Saúde.

ABSTRACT

Leprosy presents a public health problem in Brazil by high rates of prevalence and incidence. It is an infectious disease of slow evolution, is manifested by dermatoneurológicas signs and symptoms, compromising the ability to feel pain, vision and touch. The aim of this study was to analyze how the nursing acts in the context of health education in leprosy. This is a literature review of research. They identified articles of research that addressed the theme, indexed in the Scielo database of the Virtual Health Library (BIREME), Ministry of Health. The criteria for selection of articles respectively was the publication date from 2007 to 2015 with in Portuguese language. Carefully analyzed whether it bibliographic content in order to clarify the objectives formulated to have an interpretation and an accurate analysis of the researched sources. It was found through the articles surveyed for nurses as part of the team and historically educator in their health actions can contribute to the reflection on the possibilities for redirecting care practices in this area, aiming to provide quality care, focused for the client and their real needs. Besides the importance of health education in the context of leprosy, as aimed mainly reduce morbidity expressed by the incidence and prevalence of the disease and reduce the damage caused by it, expressed by the severity of the physical and psychosocial disabilities. It follows therefore, how important is the health education for both the patient and the family and community, to demystify the disease and to encourage their understanding, seeking to encourage adherence to treatment and disability prevention measures .

Key-words: Nurse. Leprosy. Education. Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	12
2.1	Geral.....	12
3	METODOLOGIA.....	12
4	HISTÓRICO DA HANSENIASE.....	13
4.1	Aspectos epidemiológicos da Hanseníase.....	17
4.2	Diagnóstico.....	18
4.3	Tratamento.....	22
5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta, curável, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen e que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos como lesões de pele e dos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. Em decorrência aos agravantes inerentes à doença, tanto de origem socioeconômica quanto cultural, também é marcada pela repercussão psicológica advinda das deformidades e incapacidades físicas frequentes no processo do adoecimento (BRASIL, 2009).

Doença conhecida desde a antiguidade, tem grande prevalência nas regiões de clima tropical e subtropical, foi uma das mais misteriosas doença da humanidade. No Brasil, ela atravessou nossa história, firmou-se no tempo e ainda se faz presente como um dos principais problemas de saúde pública, tanto perpetuando a pobreza quanto sendo perpetuada por ela (SOUZA; FRANCA-ROCHA, 2013).

Antigamente a doença era conhecida de forma errada pelo nome “lepra e designava doenças hoje conhecidas por psoríase, eczema e outras dermatoses. A que se ressaltar, que a hanseníase, enquanto problema de saúde pública, implica em múltiplas análises, sobretudo em razão dos problemas sociais que podem ser gerados às pessoas acometidas pelo bacilo, com ênfase naqueles ligados às incapacidades físicas e consequentes lesões funcionais, sociais e emocionais (SOUZA et al., 2013).

Destaca-se ainda, o valor social que acompanha a hanseníase, quando crianças são acometidas pelo *Mycobacterium leprae*. O que nos leva a refletir que a presença da doença nessa população é o mais importante indicador de manutenção da cadeia epidemiológica de transmissão, além representar a magnitude e a tendência da endemia na população (RAO, 2009; BARRETO et al., 2012).

O Brasil, ocupa o primeiro lugar no ranque de países com maior incidência e o segundo lugar na prevalência mundial da hanseníase, ficando atrás somente da Índia. Concentra 90% dos casos registrados no Continente Americano, com média de 47 mil casos novos da enfermidade a cada ano. Percebe-se que, nos últimos 5 anos, a maior concentração destes casos deu-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (MELÃO et al., 2011; NUNES et al., 2011),

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS) três estados registraram as maiores incidências de hanseníase do país, com coeficiente de prevalência acima de três casos para cada 10 mil habitantes sendo: Mato Grosso (7,69), Tocantins (5,54) e Maranhão (5,22). Já Rio Grande do Sul (0,12), Santa Catarina (0,29) e São Paulo (0,34) apresentam as menores taxas de prevalência da doença (BRASIL 2012; BRASIL, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), frente ao grande número de casos no mundo, estipulou como meta aos países a redução da prevalência de hanseníase a 1 caso para cada 10.000 hab. Até o ano de 2015. Para tanto, assumiu como estratégias o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos identificados, utilizando regime de poliquimioterapia (PQT) unido a rifampicina, clofazimina e dapsona (PEREIRA et al. 2011).

Dessa forma, o Ministério da Saúde preconiza o aumento da cobertura das ações de controle da hanseníase para todas as Unidades de Saúde dos estados e municípios endêmicos, como parte de uma política geral de descentralização, que tem como estratégia o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2008).

Nesse cenário, ressalta-se a importância do trabalho do enfermeiro relacionado ao desenvolvimento das ações de controle por meio da realização de consultas de enfermagem, de assistência domiciliar, busca ativa de casos, organização e coordenação das ações desenvolvidas e, principalmente, das atividades educativas (BRASIL, 2007).

O presente estudo torna-se relevante por considerar o hanseniano em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento da doença, a redução dos danos individuais e coletivos, e a extinção de todas as formas de preconceito que possam estar comprometendo sua qualidade de vida.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar como a enfermagem atua no contexto da educação em saúde na hanseníase, por meio da revisão bibliográfica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura. Esta pesquisa foi desenvolvida tomando por base o material já elaborado como livros e artigos. Pois, como afirma Gil (2002), a pesquisa bibliográfica fundamenta-se em material já elaborado, constituindo principalmente de livros e publicações periódicas, permitindo ao investigador uma melhor abordagem da estrutura, do processo e resultados.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram consideradas regras definidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), seguindo uma corrente metodológica com linha de raciocínio, porém sem desprezar teorias contrárias. Posteriormente, procurou-se identificar artigos de pesquisas que contemplassem o tema proposto, indexados na base de dados Scielo da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME).

O critério de seleção dos artigos foi respectivamente a data de publicação nos últimos 10 anos, com idioma em português. Ao acessar o site da BIREME na base de dados Scielo, usando as palavras-chaves: hanseníase; enfermeiro; educação em saúde.

Foram encontrados diversos artigos que abordam a temática em estudo, ao realizar-se a leitura seletiva desses trabalhos, foram selecionados apenas os artigos aos quais se enquadraram nos critérios e objetivo proposto. Outra fonte bibliográfica utilizada foi o site do Ministério da Saúde, do qual se obteve informações pertinentes ao objetivo proposto.

Depois de adquiridas as referências, partiu-se para leitura e organização do tema. Analisou-se criteriosamente o conteúdo bibliográfico, no intuito de esclarecer os objetivos formulados para que se tivesse uma interpretação e uma análise exata das fontes pesquisadas, formando categorias para, finalmente, realizar a análise descritiva da amostra bibliográfica.

4 HISTÓRICO DA HANSENIASE

A hanseníase é uma doença milenar cujo processo de cura está cientificamente estabelecido, mas permanece um desafio à saúde pública global. Em 2013, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre Doenças Tropicais Negligenciadas ratificou o papel do Estado na eliminação e combate a este grupo de doenças, suscitando a Declaração de Bangkok para um Mundo sem Hanseníase, cuja meta é alcançar a erradicação da doença até 2015 (WHO, 2013).

Atualmente, recebe o nome de hanseníase em homenagem a Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), médico norueguês que descobriu, em 1873, a agente etiológico causador da infecção, o *Mycobacterium leprae*, primeira bactéria identificada como causadora da infecção humana. É um bacilo intracelular obrigatório que se caracteriza por acometimento dermatoneurológico, levando a sequelas neurológicas, oftalmológicas e motoras, se não tratada precocemente (RODRIGUES; PEREIRA, 2007).

O termo hanseníase foi adotado para se promover uma adequada denominação da doença e diminuir a estigmatização da doença, inerente ao termo lepra, fortemente associado às deformidades causadas e a historicidade da doença, que excluía do convívio social os indivíduos afetados pela doença e está oficialmente adotado o Brasil desde 1976, quando se tornou lei nº 9010 – Diário Oficial de 30/09/1995 (SAVASSI, 2010).

No passado, pela inexistência do tratamento adequado, as pessoas acometidas tornavam-se vítimas de deficiências e incapacidades para o trabalho e vida social e, geralmente podem acarretar problemas de ordem psicossocial, tais como, diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e depressão. Sendo responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença, por ser uma enfermidade que se expressa nas partes externas do corpo (MARTINS; CAPONI, 2010).

Entretanto, após duas décadas de implantação dos esquemas de tratamento poliquimioterápico, a hanseníase mantém-se como uma doença endêmica no Brasil, com prevalência de 1,51 novos casos para cada 10 mil habitantes em 2012, acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de menos de um caso, constituindo em importante problema de saúde pública prioritário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; PORTAL BRASIL, 2014).

Admite-se ser o homem o reservatório natural do bacilo e a única fonte de infecção, embora o bacilo tenha sido encontrado na natureza e em e em outros animais como tatu, macaco mangabei e chimpanzé. Pacientes portadores de formas multibacilares são considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado. Sendo assim, os doentes multibacilares sem tratamento são capazes de eliminar cerca de 10.000.000 de bacilos presentes na mucosa nasal para o meio exterior (SAVASSI, 2010).

Ressalta-se que, o estigma social da hanseníase se reduz pelo diagnóstico precoce. No entanto, com a descoberta da Dapsona e seus derivados, tornou-se possível o tratamento ambulatorial dispensando o isolamento tão estigmatizante em leprosários, que foi uma prática comum durante muitos séculos. A partir de 1981, com a adoção de esquema padrão de poliquimioterapia (PQT), recomendado pelo OMS, abriram-se novas perspectivas no tratamento e controle da hanseníase (DUCATTI, 2009; RAMOS et al., 2013).

Para a transmissão da hanseníase é necessário o convívio prolongado com pacientes portadores da hanseníase multibacilar, ou seja, portadores da hanseníase do tipo Virchowiano ou Dimorfo não tratados uma vez que somente esses casos apresentam carga bacilar considerável na derme e nas vias respiratórias superiores. Os bacilos eliminados pelas secreções nasais e de orofaringe dos indivíduos multibacilares atingem o indivíduo suscetível e penetram em seu organismo provavelmente por solução de continuidade da pele e mucosa nasal. A patologia e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação aos pacientes e suas famílias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010; MARTINS; CAPONI, 2010).

O período de incubação é em média de 2 a 7 anos, podendo ir de meses a mais de 10 anos, de acordo com a intensidade da exposição e da resistência individual. A transmissibilidade da hanseníase só existe enquanto o indivíduo portador da forma multibacilar (Virchowiano e Dimorfo) não iniciar o tratamento. Os contatos também podem ser infectados pelos bacilos que sobrevivem com seu poder infectante no meio ambiente provenientes do caso Virchowiano ou Dimorfo não tratados com medicamentos específicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A hanseníase pode afetar as pessoas de qualquer idade, raça ou gênero, podem em decorrência do longo período de incubação é menos frequente na infância e tem sido observada também uma maior frequência no sexo masculino. Sabe-se que em decorrência de fatores constitucionais, a maioria da população (mais de 90%) apresenta alguma resistência à doença. Essa resistência natural ao *Mycobacterium leprae* foi demonstrado pelo cientista alemão Abraão Rotberg que a denominou de “Fator N”. Para efeitos epidemiológicos e clínicos, a resistência dos indivíduos ao *Mycobacterium leprae* pode ser avaliada pelo teste de Mitsuda (RAMOS et al., 2013).

Admite-se que as vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo. A pele erodida também pode ser 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. Tais bacilos são eliminados pelas secreções nasais e da orofaringe dos indivíduos multibacilares e penetram no organismo do indivíduo sadio pelas vias aéreas superiores (SOUSA et al., 2013).

Embora alguns autores afirmem que é uma doença diretamente ligada à pobreza, condições sanitárias e de habitação, visto que a aglomeração de pessoas é responsável pela maior disseminação do bacilo através da via respiratória, outros defendem que apesar de a hanseníase hoje se manter nos países mais pobres e nestes nos estratos de população menos favorecidos, não se sabe ao certo o peso de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes (HIV e malária), e infecções prévias por outras micobactérias. Também o papel de fatores genéticos tem sido avaliado (SAVASSI, 2010).

Os portadores de hanseníase sofrem diversos estigmas na sociedade, dentre as crenças, medos, preconceitos e sentimento de exclusão e, se efetivam a partir do isolamento social que os envolve. Dessa forma, preferem manter-se calados a respeito do seu diagnóstico e ocultar seu corpo, na tentativa de esconder a doença, para evitar a rejeição e o abandono da sociedade e, principalmente dos familiares (BITTENCUORT et al., 2010).

A Hanseníase é caracterizada por perdas acumuladas ao longo do tempo, sejam elas, físicas, sociais ou psicológicas que atingem a qualidade de vida da pessoa enferma. O portador torna-se excluído. Problemas como deficiência visual, física de membros inferiores e superiores, alopecia, cicatrizes, lesões hepáticas,

renais e outras associadas ao preconceito, são exemplos de deficiências residuais que seguem mesmo após a terapia, o que evidencia a carência de continuidade do tratamento após a eliminação do bacilo (VIDERES, 2010).

Por suas próprias características, esta doença, exige um contato prolongado com o paciente, tornando o acompanhamento longitudinal, ainda com a alta. A situação do portador inclui dramas de vários tipos relacionados com o tratamento médico, com a situação de pobreza, carência cultural, desagregação familiar, subemprego, além dos problemas psicológicos específicos à doença, relativos à rejeição e à baixa autoestima não se apresentando, apenas, o estado da doença como merecedor de atenção, mas todos os outros fatores ligados ao doente e a sua enfermidade (MARTINS, 2009; NUNES et al., 2011).

Quando observados estes aspectos mais os de transmissão e incapacidades a doença se torna complexa, abrangente e o cuidado deve ser, portanto, mais amplo, visto que, a hanseníase causa sofrimento que ultrapassa a dor e o mal estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico (COSTA et al. 2012).

Como já referido por diversos autores, é uma doença estigmatizante e que traz consigo representações que transcendem quaisquer definições técnico científicas ou biomédicas, impregnada por um componente religioso e de crenças inerentes ao termo “lepra”. É endêmica no Brasil, onde registram-se em média, a cada ano, 47.000 novos casos, dos quais 23,3% com graus de incapacidade I e II (SAVASSI, 2010).

Manifesta-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nervos periféricos, situação que afeta a vida de milhares de pessoas, pois compromete mecanismos de defesa, como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, tornando-as mais vulneráveis aos riscos de acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros (BRASIL, 2008).

Apresenta também lesões de pele, tais como máculas hipocrômicas ou avermelhadas com alteração de sensibilidade. Essas lesões podem ocorrer em qualquer região do corpo, aparecendo com maior frequência em face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas. Além disso, podem aparecer nervos espessados e doloridos, diminuição de sensibilidade nas áreas inervadas, resultando em comprometimento sensitivo, motor e autonômico responsáveis pelas incapacidades

e deformidades características da hanseníase. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos sinais e sintomas, na avaliação dermatoneurológica e na história epidemiológica (SOUSA et al., 2013).

4.1 Aspectos epidemiológicos da Hanseníase

É o *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido resistente, de vida intracelular obrigatória e apresenta tropismo pela célula de Schwann da bainha mielínica de nervos periféricos e pele. O bacilo de Hansen caracteriza-se por sua baixa patogenicidade, porém é considerado de alta infectividade, seu poder imunogênico é o responsável pelas lesões de troncos nervosos, principalmente, nos estados reacionais da doença (JENSEN, 2010).

Apesar dos números da hanseníase demonstrar uma tendência de queda nas últimas décadas, sobretudo após a introdução da poliquimioterapia, os indicadores epidemiológicos ainda revelam que o problema está longe de ser resolvido. O Brasil é, hoje, o único país do globo a não eliminar a Hanseníase, diga-se, reduzir sua prevalência a menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes (OMS, 2010).

A região Nordeste do Brasil é a terceira com maior carga da doença, cujo coeficiente de detecção geral de hanseníase foi de 25,78/100 mil habitantes, em 2012, ficando apenas atrás das regiões Norte e Centro-oeste, que apresentaram 42,24/100 mil e 40,06/100 mil, respectivamente. Já na população menor de 15 anos, o nordeste ocupou, em 2012, o segundo lugar em coeficiente (7,89/100 mil habitantes), ficando atrás apenas da região Norte (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Na região Nordeste, é evidente a existência de heterogeneidade entre os nove estados. No ano de 2012, enquanto os estados do Rio Grande do Norte e Alagoas apresentaram os menores coeficientes de detecção de hanseníase, os estados do Maranhão, Piauí e Pernambuco, mostraram valores compatíveis com uma hiperendemia. Considerando a heterogeneidade da hanseníase no Brasil nas regiões e nos estados, é importante que sejam analisadas as diferenças entre os municípios de uma mesma unidade da federação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Dados do Portal EBC (2014) mostraram ainda que, o Brasil identificou 33.303 novos casos de hanseníase em 2012. A taxa de prevalência da doença caiu 65% nos últimos dez anos, passando de 4,33 para cada 10 mil habitantes em 2002

para 1,51 para cada 10 mil habitantes em 2012. De acordo com o balanço, em 2012, o coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil foi 17,17 para cada 100 mil habitantes na população em geral. Entre menores de 15 anos, o índice foi 4,81/100 para cada 100 mil habitantes (OLIVEIRA, 2014).

O Maranhão é o primeiro estado do Nordeste com a maior prevalência da Hanseníase, e o terceiro do Brasil em números absolutos de novos casos diagnosticados por ano. Em 2014, foram detectados no país 31.064 casos, desses, 15% no Estado do Maranhão. O percentual de cura para esses registros foi de 82%, abaixo da média nacional de 84%. 713 municípios brasileiros diagnosticaram casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos, sendo 2.341 em crianças em todo o país, e 88 identificadas nos municípios do Maranhão. Em 2015, até setembro deste ano, foram contabilizados 2.364 casos novos na média geral do Estado (PORTAL BRASIL, 2014).

Nesse indicador, a cidade de São Luís apresenta uma particularidade preocupante: 10% dos 600 novos casos ocorridos em 2010 foram registrados em menores de 15 anos. “Esses números significam que existem adultos infectados que não estão sendo tratados”, a deficiência no diagnóstico precoce da doença, a automedicação e o abandono do tratamento pelo paciente são as principais causas da grande incidência da doença no Estado (CRUZ, 2011).

4.2 Diagnóstico

O diagnóstico é feito a partir da avaliação clínica e, quando necessário, utilizam-se métodos como o exame baciloscópico e histopatológico, principalmente quando são casos duvidosos. Para receber a terapia apropriada, o paciente é classificado como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB) (OBADIA; VERARDINO; ALVES, 2011).

Esse diagnóstico deve ser realizado, preferencialmente, na atenção básica de saúde, embora possa também ser diagnosticada em hospitais e clínicas particulares. Trata-se de diagnóstico eminentemente clínico, baseado nas queixas, sinais e sintomas detectados através do exame dermatoneurológico e da força muscular dos membros superiores e inferiores (BRASIL, 2008).

O indivíduo com hanseníase atravessa uma longa peregrinação em busca do diagnóstico da doença. Essa constatação pode ser explicada pelo desconhecimento da população dos sinais clínicos da hanseníase, retardando a busca pelo serviço de saúde. Outra perspectiva, envolvida na dificuldade em diagnosticar a patologia, é o amplo espectro de manifestações apresentadas pela doença, dificultando o diagnóstico nos primeiros meses e anos em que ocorre, arrastando o paciente por um longo período de exames e listas de diagnósticos (SANTOS et al., 2007).

As manifestações clínicas da hanseníase são bastante variáveis e estão relacionadas com a imunogenicidade do bacilo e com o sistema imunológico do hospedeiro. A associação desses fatores é responsável pelo alto potencial incapacitante da doença e esta, sem dúvida, é uma das principais razões para que ela seja de notificação compulsória e investigação obrigatória (BRASIL, 2010).

De acordo com as recomendações ministeriais, entende-se que um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico: lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas e baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico (BRASIL, 2010).

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2008).

A miríade de diagnósticos sugeridos em lugar da hanseníase condiz com os diagnósticos diferenciais da doença. Suas manifestações dermatológicas e neurais são amplas, porém, exames e testes específicos podem ser realizados de forma clínica na primeira consulta do usuário e, em geral, não se faz necessário solicitar exames laboratoriais. Estes podem ser solicitados para a definição do tratamento e acompanhamento da evolução do paciente (BRASIL, 2010).

Ressalta-se ainda que, não somente a evolução natural da doença e suas complicações causam prejuízo ao doente, também a que se destacar a alta

frequência de diagnósticos incorretos que imprime sua carga; são consequências iatrogênicas da peregrinação. Casos claros de iatrogenia, prejuízo provocado por um ato médico (TALHARI; NEVES, 2006).

Quando os portadores são identificados em estágios iniciais da doença as incapacidades físicas nos olhos, nas mãos e nos pés podem ser evitadas ou reduzidas com técnicas simples bem como com acompanhamento nos serviços de saúde de atenção básica (BRASIL, 2008).

A parti de dados clínicos, baciloscópico, imunológicos (teste de Mitsuda) e histopatológicos, a hanseníase pode ser classificada em quatro formas (AGUIAR; RIBEIRO, 2006, p. 155-156):

- Indeterminada (HI) - manifestação inicial da doença, caracterizada por manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas, com bordas mal definidas e alteração da sensibilidade térmica, sem evidência de lesão troncular. Não há queda de pelos e a sudorese poderá estar alterada nas lesões cutâneas. Pode permanecer estacionária a até sofrer involução espontânea ou evoluir para os tipos polares: Tuberculóide ou Virchowiano ou ainda evoluir para o grupo Dimorfo (Intermediário), a depender da capacidade imunológica. Em certos casos, aparecem apenas distúrbios da sensibilidade em áreas aparentemente sadias. Nas lesões, observam-se hiperestesia ou anestesia, anidrose e alopecia. Distúrbios motores e sensoriais estão ausentes pela inexistência de comprometimento de tronco nervoso. As lesões cutâneas são ovalares ou circulares, isoladas ou confluentes, de localização e número variáveis (FILHO, 2011).

- Tuberculóide (HT) – caracterizada por placas com bordas bem definidas que podem ser hipocrômicas, eritemato-hipocrômicas, eritematosas ou eritemato-escamosas, as placas variam de forma, tamanho e número, mas a forma clássica não apresenta tendências de disseminação. Há comprometimento da sensibilidade superficial da lesão, podendo levar à alteração de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Outras vezes formam lesões circinadas ou anulares, assimétricas, quase sempre únicas ou pouco numerosas; a hipo ou anestesia é precoce e está sempre presente. Geralmente, o comprometimento neurítico é de um ou poucos nervos. Em raros casos (elevada resistência), pode haver necrose do nervo (neurite coliquativa, impropriamente chamada abscesso de nervo) (AZULAY, 2011).

- Dimorfa (HD) – caracterizada por lesões eritematosas, eritemato-violáceas, ferruginosas, infiltradas, edematosas e brilhantes, com centro claro (lesões pré-foveolares) ou com centro deprimido (lesões faveolares), sendo a borda interna da lesão bem definida e a externa difusa. Esse aspecto é denominado de queijo suíço. O comprometimento neurológico troncular é frequente, bem como os episódios reacionais, que contribuem para um elevado potencial incapacitante da doença nesses pacientes. Apresenta um caráter instável, ora lembrando as lesões bem delimitadas, pouco numerosas e assimétricas de Hanseníase Tuberculóide, ora apresentando lesões disseminadas com presença de nódulos e infiltrações típicas da Hanseníase Virchowiana.

- Virchowiana (HV) – caracterizada por infiltrações difusa com numerosas lesões eritematosas, eritemato-acastanhadas brilhantes, com bordas imprecisas e de destruição simétrica sob as quais surgem pápulas e hansenomas. Ocorre infiltração difusa na face, nas regiões malares, supraciliares e orelhas, com formação de tubérculos e nódulos, ocasionando triquíase (crescimento dos pêlos dos cílios em direção ao globo ocular) e perda definitiva de cílios e supercílios (madarose), o que é denominada de face leonina. Os nódulos e tubérculos podem surgir em todo o tegumento, às vezes com aspecto tumoral e duros, semelhantes a queloides. A anestesia é mais tardia, em “luva” ou em “bota”, bilateral. É comum a polineurite simétrica. As mucosas nasal, orofaríngea e ocular apresentam-se infiltradas. Pode haver adenopatia e comprometimento de outros órgãos (laringe, testículos, baço, fígado, dentre outros) (AZULAY, 2011).

De acordo com a sua operacionalidade, classifica-se em: Paucibacilar ou Multibacilar, esta classificação irá determinar as características do tratamento, especificamente quanto a sua duração e ao tipo de medicamento a ser administrado (BRASIL 2010):

Paucibacilares (PB) – pacientes que apresentam até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido além da baciloscopia negativa. Inclui a hanseníase Indeterminada e a Tuberculóide.

Multibacilares - pacientes que apresentam mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido além da baciloscopia positiva. Inclui a hanseníase Virchowiana e a Dimorfa.

Não classificados – pacientes cujo diagnóstico não permite certeza para inclusão em um desses grupos.

4.3 Tratamento

Após a confirmação diagnóstica, o paciente deve ser encaminhado para dar início ao tratamento medicamentoso, a Poliquimioterapia (PQT), que é uma combinação de drogas muito segura e eficaz no tratamento da hanseníase. A PQT é distribuída gratuitamente a qualquer um que precise. As drogas são administradas por via oral (OMS, 2010).

O tratamento da PQT é em forma de blister, onde cada um contém medicamentos como a Rifampicina, Dapsona e Clofazimina acondicionados em quatro tipos de cartelas, compostas de acordo com cada caso: paucibacilar adulto, paucibacilar infantil, multibacilar adulto e multibacilar infantil (OMS, 2010, p. 29):

Esquema PQT para o tratamento dos casos adultos multibacilares: Rifampicina: 600 mg uma vez por mês; Clofazimina: 300 mg uma vez por mês, e 50 mg diariamente; Dapsona: 100 mg diariamente com duração: 12 (doze) meses (12 blisteres).

Esquema PQT para o tratamento dos casos adultos paucibacilares: Rifampicina: 600 mg uma vez por mês; Dapsona: 100 mg diariamente e duração de 6 (seis) meses (seis blisteres).

Esquema PQT para o tratamento padrão em crianças (10-14 anos) multibacilares: Rifampicina: 450 mg uma vez por mês; Clofazimine: 150 mg uma vez por mês, e 50 mg dia-sim, dia-não; Dapsona: 50 mg diariamente e duração: 12 (doze) meses (12 blisteres).

Esquema PQT para o tratamento padrão em crianças (10-14 anos) paucibacilares: Rifampicina: 450 mg uma vez por mês; Dapsona: 50 mg diariamente e duração 6 (seis) meses (seis blisteres).

Para crianças menores de 10 anos de idade, a dosagem adequada poderá ser determinada com base no peso corporal: Rifampicina: 10 mg por quilograma de peso; Clofazimina: 1 mg por quilograma de peso corporal diariamente e 6 mg por quilograma mensalmente; Dapsona: 2mg por quilograma de peso diariamente. O blister infantil padrão pode ser fracionado de forma que a dosagem adequada seja administrada a crianças menores de dez anos. A administração da Clofazimina poderá ser espaçada conforme necessário (OMS, 2010, p. 29).

As deformidades e incapacidades físicas são os principais problemas da hanseníase, sendo o percentual de pacientes com incapacidades físicas um

indicador epidemiológico importante para identificar a qualidade dos serviços de saúde (GUIMARÃES et al., 2011).

Embora não aconteça com frequência, os medicamentos podem causar alguns efeitos colaterais, devendo-se orientar os pacientes para procurarem a unidade básica de saúde em caso de necessidade. Dependendo da intensidade, pode-se utilizar outros esquemas poliquimioterápicos. Efeitos colaterais mais comuns: Dapsona (anemia hemolítica transitória, dermatite exfoliativa e neuropatia periférica); Rifampicina (náuseas e vômitos, trombocitopenia e hepatotoxicidade); Clofazimina (distúrbios gastrointestinais, xerodermia, pigmentação da pele e conjuntiva ocular) (BRASIL, 2010).

O registro e classificação do grau de incapacidade da hanseníase são recomendados pelo órgão de saúde, por meio dos seguintes critérios: avaliação neurológica e verificação da presença de deformidades ou traumatismos nos olhos, mãos e pés. Deve-se considerar-se o grau 0 se não houver nenhum problema causado pela hanseníase, grau I se houver diminuição da sensibilidade em um ou mais locais, grau II se ocorrer nos olhos à presença de lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, nas mãos manifestar lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção e nos pés apresentar lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, reabsorção contração do tornozelo, pé caído (ROCHA, 2009).

As sequelas são consequência de vários fatores, os quais incluem a própria evolução do bacilo nos nervos, sem o adequado tratamento, decorrente do diagnóstico tardio, a falta de autocuidados e a deficiência de medidas educativas, que possam promover uma melhor qualidade de vida do indivíduo com hanseníase (OMS, 2010).

5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação influencia intensamente na cadeia de transmissão da doença e estigma gerado pela falta de compreensão da população. Além disso, o difícil acesso a informações e serviços de saúde podem propiciar o surgimento de casos mais graves em função do diagnóstico tardio (PINTO et al., 2010).

A saúde é um “direito de todos” e “uma conquista social”, chama-se atenção para o fato de a educação em saúde não ser de competência exclusiva de uma única categoria profissional, ela deve contar com uma participação multiprofissional. O papel educativo do profissional de saúde, como um dos componentes das ações básicas de saúde é tarefa de toda a equipe na unidade de saúde (OMS, 2010).

A Educação em Saúde é uma área do conhecimento que apresenta um rol privilegiado de tecnologias e conhecimentos que podem oferecer uma visão completa e holística da doença. Seu objetivo principal não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (SAVASSI, 2010).

Entende-se por ações educativas as práticas de ensino aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, através da reflexão crítica de ambos os atores. Sendo assim, toda situação de educativa deve considerar a presença dos sujeitos, objetos de conhecimento, objetivos mediatos e imediatos e métodos (SOUZA; JACOBINA, 2009).

A educação em saúde é uma tarefa que depende, no caso da saúde, de profissionais com habilidades e competências para orientar as pessoas a promover a saúde, evitar riscos à saúde, restaurar a saúde e prevenir doenças. Seus desafios são trazer o sujeito da unidade básica de saúde para a reaproximação da natureza e das coisas naturais, afetadas pelos males da modernidade, orientar as pessoas para a tomada de decisões em suas vidas no sentido de promoção à saúde e, conseguir por meio da educação em saúde, que as pessoas possam ter uma melhor qualidade de vida (AGUIAR, RIBEIRO, 2006).

Martins (2009) observou que quanto menor a escolaridade e a renda familiar, maior é o comprometimento da qualidade de vida do paciente com hanseníase, sobretudo, no que diz respeito às relações sociais e a aceitação da doença pelos outros e pelo próprio portador.

Deve-se valorizar as práticas educativas como possibilidade de instaurar novas relações e processos no âmbito da saúde, não atendo-se apenas a atividades baseadas nas palestras prescritivas de condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Suas atividades devem ser organizadas entendendo-se claramente os objetivos a serem alcançados, prevendo-se análise crítica de diferentes possibilidades de intervenções e após identificação clara dos problemas para os quais as intervenções se fazem necessárias. Em programas de controle da hanseníase as atividades de Educação em Saúde têm um papel importante a ser desempenhado (SAVASSI, 2010).

São importantes nas atividades de educação em saúde, as discussões em grupo entre as pessoas atingidas pela condição clínica em questão, momento onde os grupos alvo desempenham um papel ativo, o uso de recursos audiovisuais, mensagens escritas acompanhadas de fotos em panfletos e pôsteres, dinâmicas, e outros. Ressalta-se também a aproximação das imagens e linguagem ao público, onde fotos são utilizadas, as pessoas que aparecem nas fotografias devem ser parecidas no vestuário, costumes e traços físicos dos grupos alvo; para mensagens por escrito, o grau de instrução dos grupos alvo, torna-se o fator mais importante na determinação da eficácia da mensagem (SILVA; PAZ, 2010).

A Enfermagem é indispensável e fundamental na assistência à saúde da população e faz parte de um processo coletivo de trabalho dentro da ESF no controle da hanseníase, atuando diretamente nas ações de controle da doença, seja individualmente com os acometidos, as famílias ou comunidade (FREITAS et al., 2008).

Um ponto também imprescindível na educação em saúde, a avaliação da intervenção, pode ser difícil. Quando uma nova intervenção é selecionada, devem ser decididos os passos para a avaliação do efeito da intervenção. Esta avaliação

pode estar diretamente ligada ao problema para o qual tenha sido organizada a intervenção de Educação em saúde (SILVA; PAZ, 2010).

Como integrante da equipe multiprofissional na atenção básica, o enfermeiro deve assistir o paciente hanseniano desde o momento do diagnóstico, até o acompanhamento pós alta, com uma assistência individualizada e sistematizada, possibilitando melhor interação com o cliente, maior adesão ao tratamento, promoção do autocuidado e redução das incapacidades físicas consequentes à doença. Além disso, deve-se estimular a participação dos clientes no programa, oferecendo oportunidades e estimulando a troca de experiências e a discussão dos problemas, e dos valores implícitos na sua vida e de seus familiares (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Na estrutura proposta pela ESF, o enfermeiro exerce o importante papel de coordenador da equipe, além de atuar como educador. Uma de suas funções é capacitar toda a equipe, para que todos possam trabalhar de forma harmônica, garantindo assim a universalidade e a acessibilidade na assistência, com o objetivo de desenvolver ações mais ampliadas de vigilância, não apenas na compreensão da epidemiologia, mas, sobretudo, da vigilância da saúde. Por exercer o papel de educador, é fundamental que o profissional busque aprimorar seus conhecimentos. O enfermeiro é cada vez mais exigido para que possa, de forma competente, corresponder às mudanças que ocorrem em seu ambiente de trabalho (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Visando ao esclarecimento da população sobre a hanseníase, são ainda frequentes nos serviços assistenciais a subutilização de materiais audiovisuais disponibilizados, a falta de iniciativa para manter o suprimento de folders/cartazes nas unidades de saúde e comunidades e o planejamento insatisfatório das ações de educação em saúde. Também a desmotivação dos profissionais em levar a termo atividades regulares de educação em saúde à população como forma de esclarecimento, e de apoio aos indivíduos em tratamento, seus contatos e familiares, continua sendo um problema de difícil resolução por parte da equipe (SILVA; PAZ (2010).

A educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não pode-se entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas

educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Educação em saúde nada mais é que o exercício de construção da cidadania (SOUZA; JACOBINA, 2009).

A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos pelas condições de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, com ampliação das oportunidades para resgate de seu bem estar físico e emocional (ALMEIDA et al., 2012).

No caso da hanseníase, os principais desafios no controle da doença visam manter a qualidade dos serviços e assegurar que todas as pessoas acometidas pela doença, independentemente de onde vivam, tenham igual oportunidade de serem diagnosticadas e tratadas por profissionais de saúde competentes, que trabalhem não apenas os aspectos anatopatológico, mas também as repercussões psicossociais da doença (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011; PALMEIRA; QUIROZ, 2013).

Dessa forma, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabelece que as práticas de educação em saúde, no controle da doença, devem estar em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando a busca por um atendimento integral, o estímulo ao autoexame e à investigação dos contatos domiciliares, bem como a orientação e o apoio para autocuidado, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e suporte psicológico (BRASIL, 2010).

No caso da hanseníase, observa-se que a comunicação estabelecida pelo PNCH mantém-se verticalizada e fragmentada, com o predomínio de campanhas que centralizam suas ações em materiais educativos, em detrimento de atividades participativas e horizontalizadas. Isso favorece a existência de uma lacuna entre a produção e a institucionalização de um novo modo de intervir na doença e de discutir sobre os aspectos que a caracterizam (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROSEMBER, 2009).

Nessa permissa, o PNCH estabelece ainda que, as ações de educação em saúde sejam realizadas de forma integrada a mobilização social, com a proposta de envolver os diferentes atores sociais na sua elaboração, excussão e avaliação. Sendo assim, essas atividades são de responsabilidade das três esferas de governo, que deverão buscar parcerias com as instituições e as entidades da

sociedade civil para a construção e a divulgação de conhecimentos sobre a hanseníase e o desenvolvimento de uma rede de atenção integral ao doente e à sua família (BRASIL, 2010).

Além do que, o sistema de saúde vigente no país ainda é incapaz de promover maior interação com seu ambiente social^{6,7}. A busca pela compreensão das reais necessidades de saúde da população e pelo conhecimento do seu perfil de (re)produção social auxilia na compreensão de como ocorre a inserção dos sujeitos no seu contexto social e possibilita evidenciar as suas potencialidades de saúde e de sobrevivência (BERARDINELLI et al., 2013).

As ações educativas podem contribuir para o desenvolvimento de conhecimento e o combate à desinformação sobre a hanseníase^{18,19}. Quando realizadas em pequenos grupos, possibilitam a interação, a reflexão e a construção de novos saberes¹⁸. O cuidado em saúde deve ser construído na relação entre profissionais de saúde, família e doentes, na troca de informações, como forma de propor a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida de todos (MOREIRA et al., 2014; CRISPIM et al., 2013).

A realização de uma assistência integral ao portador da hanseníase requer a organização de equipes multidisciplinares no Sistema Único de Saúde, na atenção básica, na média e alta complexidade, para que possam atender cada caso dentro de suas necessidades e dos princípios da equidade e da integralidade (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

Nessa perspectiva, ao se pensar em um projeto de educação em saúde, deve-se ter em mente não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas ter como proposta a intensificação da participação popular em uma visão mais democratizante das políticas públicas (GOMES; MERHY, 2011).

Uma vez que o Ministério da Saúde determina que a hanseníase é condição prioritária de saúde e que o diagnóstico é primordialmente clínico, com identificação de sinais e sintomas tanto pelo médico como pelo enfermeiro, em todos os níveis de complexidade, preferencialmente na atenção básica, a partir da ESF, espera-se o comprometimento do Brasil com as metas internacionais de eliminação para a dessa doença (BRASIL, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tornou-se relevante pelo fato de que a enfermagem deve considerar o hanseniano em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento da doença, a redução dos danos individuais e coletivos, e a extinção de todas as formas de preconceito que possam estar comprometendo sua qualidade de vida.

Diante disso, o enfermeiro, como parte integrante da equipe e historicamente educador nas suas ações de saúde, poderá contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de reorientação das práticas assistenciais nessa área, objetivando prestar uma assistência de qualidade, voltada para o cliente e suas reais necessidades.

Destaca-se a importância da educação em saúde no contexto da hanseníase, pois objetivam, principalmente, reduzir a morbidade expressa pela incidência e prevalência da doença, além de reduzir os danos causados pela mesma, expressos pela gravidade das incapacidades físicas e psicossociais.

A que se destacar também, na fala de dos diversos autores aqui abordados, que as medidas educativas visam também, o diagnóstico precoce dos casos por meio de atendimento à demanda espontânea, a busca ativa de casos por meio do exame dos contatos intradomiciliares, e sobretudo das ações educativas com os pacientes, familiares e coletividade.

Conclui-se dessa forma, o quão é importante a educação em saúde, tanto para o paciente quanto aos familiares e comunidade, no sentido de desmistificar a doença e favorecer a sua compreensão, buscando estimular a adesão ao tratamento e às medidas de prevenção de incapacidades.

O presente estudo favoreceu o entendimento de que as práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos, sujeitos sociais, históricos e culturais do ato de conhecer ou reconhecer a aquisição de habilidades para a tomada de decisões na busca de uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, N. Z., RIBEIRO, S. C. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2006.

ALMEIDA, L. F. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.543-8, jul./set. 2012.

AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem e ABULAFIA, Luna Azulay-. **Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

BARRETOS, J. G. et al. High rates of undiagnosed leprosy and subclinical infection amongst school children in the Amazon Region. **Memoria Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 1, p. 60-67, 2012.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Hipertensão arterial e conhecimento popular: potencializando o cuidado. **Rev enferm UERJ**, n. 21, p. 446-51, 2013.

BITTENCUORT, L. P. et al. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por Hanseníase. **Rev enferm UERJ**. v. 2, n. 18, p. 185-90, abr./jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.097, de 16 de dezembro de 2013. Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios com alta carga da doença para implantação, implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da hanseníase e esquistossomose, como problemas de saúde pública. **Diário Oficial da União**, nº 244, terça-feira, 17 de dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Registro ativo: número e percentual; casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2012.**

_____. Hanseníase. In____: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: MS, SVS, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Guia de procedimentos técnicos: Baciloscopia em hanseníase. Série A. **Normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Plano Integrado de ações estratégicas de eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como problema de saúde pública. **Tracoma como causa de cegueira e controle das Geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa de Eliminação da Hanseníase. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. Série A. **Normas e manuais técnicos**. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1. Brasília; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010**. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta n. 125, de 26 de março de 2009. Define as ações de controle da hanseníase e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF). 2007. mar 27; Seção 1: 73.

COSTA, M. D. et al. Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. **An Bras Dermatol**. v. 1, n. 87, p. 26-35, 2012.

CRISPIM, J. Á. et al. Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença. **Rev enferm UERJ**. n. 21, p. 606-11, 2013.

CRUZ, M. L. **Projeto: atenção farmacêutica em doenças negligenciadas: Tuberculose e Hanseníase**. Universidade Federal do Maranhão. 2015. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br>. Acesso em: 12 dez. 2015.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. Á.; SIMONETTI, J. P. Nursing consulting: strategy for leprosy patient care in primary care. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 1, n. 18, p. 100-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015.

DUCATTI, I. **A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório**: estudos sobre o discurso científico legitimador. Dissertação de mestrado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FILHO, Geraldo Brasileiro. **Bogliolo Parologia**. 8^o Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Nursing consultation for leprosy patients in the territory of the Family Health Strategy: perceptions of nurses and patients. **Rev Bras Enferm**. v. 4, n. 61, p. 757-63. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUARIENTO, A.; MAMED, J. A. V. **Doença Hipertensiva Especifica da Gravidez**. São Paulo, SP: Atheneu, 2002. p. 425-9.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad Saúde Pública**. n. 27, p. 7-18, 2011.

GUIMARÃES, L. S. et al. Incapacidade pós-alta em pessoas atingidas pela hanseníase no estado do Pará. 12º Congresso Brasileiro de Hansenologia/ Congresso Regional da ILA, Américas; Maceió-Alagoas. Brasil. **Hansen Int**. v. 1, n. 36, p. 236, 2011.

JENSEN, R. G. D. Hanseníase: abordagem fisioterapêutica. **Revista Olhar Científico**. Faculdades Associadas de Ariquemes, v. 2, n. 1, 2010.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROSEMBER, B. Significados e uso de materiais educativos sobre a hanseníase segundo profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**. n. 25, p. 857-67, 2009.

MARTINS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de Hanseníase**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande/MS. 2009.

MARTINS, P. V.; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 1, n. 15, p. 1047-54, 2010.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no extremo sul de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 1, n. 44, p. 79-84, jan./fev. 2011.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Epidemiological profile of leprosy in a Brazilian municipality between 2000 and 2006. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 1, n. 43, p. 62-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 nov. 2015.

MOREIRA, A. J. et al. Ações educativas sobre hanseníase na população das unidades básicas de saúde de UberabaMG. **Saúde debate**. n. 38, p. 234-43, 2014.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. M.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 1, n. 16, p. 1311-1318, 2011.

OBADIA, D.; VERARDINO, G.; ALVES, F. M. Hanseníase: correlação clínico-histopatológica. **Revista HUPE**. N. 10, p. 20-3, 2011.

OLIVEIRA, D. **Portal EBC 2014**. Mato Grosso, Tocantins e Maranhão registram as maiores incidências de hanseníase do país. Disponível em: memoria.ebc.com.br. Acesso em: 12 dez. 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p.: il.

- OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Hansen's disease control in the State of São Paulo: a historical analysis. **Rev Saude Publica**. n. 45, p. 195-203, 2011.
- PALMEIRA, I. P.; QUIROZ, A. B. A, Ferreira MA. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Rev Bras Enferm.**, n. 66, p. 893-900, 2013.
- PEREIRA, E. V. E. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An. Bras. Dermatol.** v. 2, n. 86, p. 235-40, 2011.
- PINTO, R. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com Hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Rev. B. S. Publica Miolo**. v. 4, n. 34, p. 906-918, out./dez. 2010.
- PORTAL BRASIL. **Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase**. Brasília (DF). 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br>. Acesso em: 16 dez. 2015.
- RAMOS, A. R. C. et al. Pacientes com derivações urinárias: uma abordagem sobre as necessidades humanas básicas afetadas. **Rev enferm UERJ**. n. 21, p. 337-42, 2013.
- RAO, A. G. Study of leprosy in children. **Indian Journal Leprosy**. v. 81, p.195-197, 2009;
- ROCHA, M. O. C; PEDROSO, E. R. P. **Fundamentos em Infectologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.
- RODRIGUES, M. D.; PEREIRA, A. A. C. A percepção de controle como fonte de bem-estar. **Estud Pesqui Psicol**, v. 3, n. 7, p. 541-56, 2007.
- SANTOS, D. C. M. et al. Hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansen int**. n. 32, p. 19-26, 2007.
- SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da saúde) - Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte. 2010.
- SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: A vivência da equipe multiprofissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 2, n. 14, p. 223-229, 2010.
- SOUSA, B. R. M. et al. Educação em saúde e busca ativa de casos de hanseníase em uma escola pública em Ananindeua, Pará, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 27, n. 8, p. 143-9, 2013.
- SOUZA, C. D. F.; FRANCA-ROCHA, W. Políticas Públicas e hanseníase: aspectos históricos que revelam o fracasso brasileiro. **II Semana de Ciências Sociais da Univasf: Agentes Sociais e Estruturas**. 1ª ed. Curitiba-PR: CRV, 2013, 460p.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 4, p. 33, p. 618-627, 2009.

SOUZA, V. B. et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, v. 1, n. 26, p.110-116, 2013.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. Manaus (AM): Editora Tropical; 2006.

VIDERES, A. R. N. **Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

WHO. World Health Organization. **International Leprosy Summit: overcoming the remaining challenges**. Bangkok (Thailand): WHO; 2013.