



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS V  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE LATO SENSU**

**JULIANA DE ANDRADE MARTINS**

**POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE HANSENÍASE: UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**JOÃO PESSOA  
2015**

**JULIANA DE ANDRADE MARTINS**

**POLÍTICAS DE ASSINTÊNCIA AO PORTADOR DE HANSENÍASE: UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização Lato-Sensu: Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr.<sup>a</sup> Deliane Macedo Farias de Sousa.

**JOÃO PESSOA  
2015**

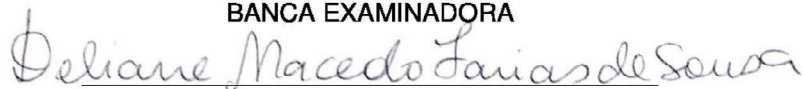
JULIANA DE ANDRADE MARTINS

POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE HANSENÍASE: UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

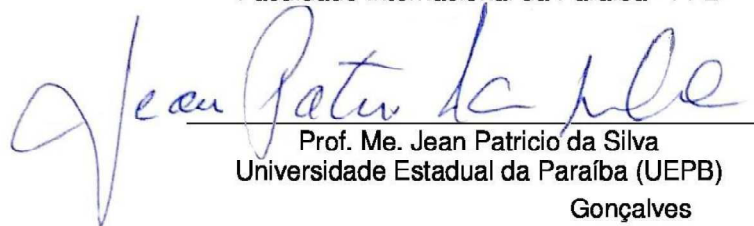
Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização Lato-Senso: Gestão  
em Saúde da Universidade Estadual  
da Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista  
em Gestão em Saúde.

Aprovada em: 28/Março/2015

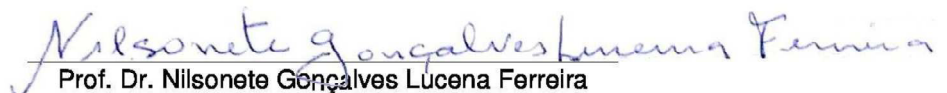
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.<sup>a</sup> Deliane Macedo Farias de Sousa (Orientador)  
Faculdade Internacional da Paraíba - FPB



Prof. Me. Jean Patricio da Silva  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
Gonçalves



Prof. Dr. Nilsonete Gonçalves Lucena Ferreira  
Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M386p Martins, Juliana de Andrade  
Políticas de Assistência ao Portador de Hanseníase  
[manuscrito] : uma revisão bibliográfica / Juliana de Andrade  
Martins. - 2015.  
27 p.

Digitado.  
Monografia (Gestão em Saúde EAD) - Universidade Estadual  
da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à  
Distância, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Deliane Macedo Farias de Sousa,  
Faculdade Internacional da Paraíba".

1. Políticas Públicas. 2. Hanseníase. 3. Portador de  
Hanseníase. I. Título.

21. ed. CDD 331.31

**Dedico esta conquista aos meus pais por trabalharem dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos meus, obrigado por acreditar no meu sucesso e na minha vitória.**

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por sua infinita bondade e amor incondicional, que revela sua presença divina em todos os momentos da minha vida, iluminando os meus passos, dando-me força, coragem e determinação para enfrentar todos os obstáculos, medos e incerteza, sem deixar-me fracassar e desistir de lutar em busca de alcançar os meus objetos, sonhos e planos, agradecer pelo livramento da minha vida nos inícios dessa jornada, mostrando-me que tudo posso naquele que me fortalece.

A minha mãe **Lenita** e o meu Pai **Ildomar** pelo amor fraterno, pelo apoio, cuidado dedicado, incentivo e por sempre estar ao meu lado me ajudando e encorajando nos momentos difíceis. **AMO VOCÊS...**

Ao meu esposo **Fortunato Junior**, pela paciência, apoio ao aprendizado e busca do conhecimento, me ajudando nos momentos que precisei, principalmente nos dias mais estressantes que passei, pelo seu amor sincero, pelo companheirismo e fidelidade. **TE AMO.**

A toda minha família de modo especial e peculiar, a minha querida prima e amiga **Joana**, obrigada pela amizade leal e sincera durante todos esses anos, e por me aceitar e compreender minha personalidade.

À professora Deliane por sua paciência ao longo dessa orientação e pela dedicação.

## RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, manifestando-se através de lesões de pele, causando perda de sensibilidade e acometendo nervos periféricos. Constitui-se como um grave problema de saúde pública. O estudo tem como objetivo realizar um levantamento acerca das políticas voltadas ao portador de hanseníase. Metodologicamente, consiste em uma pesquisa com revisão bibliográfica com caráter descritivo e exploratória, sendo realizado um levantamento bibliográfico em bancos de dados nacionais e internacionais: Scientific Electronic Library On-line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline e COCHRANE). A revisão bibliográfica teve como pressuposto abordar a contextualização histórica da hanseníase e características clínicas, o panorama da doença no Brasil, trazendo alguns dados epidemiológicos no Brasil e de forma específica na Paraíba, os estudos voltados ao portador de Hanseníase (prevenção) e as políticas públicas voltadas ao portador de Hanseníase. Sendo assim, conclui-se que o estudo prima por conhecer as políticas públicas de atenção a Hanseníase, para que dessa forma seja possível prestar um atendimento holístico e adequando ao paciente, fazendo com que o portador da doença sinta-se motivado a obter cura, já que se tratada corretamente, existe a possibilidade de cura total.

**Palavras-Chave:** Hanseníase. Políticas Públicas. Portador de Hanseníase.

## **ABSTRACT**

Leprosy is a chronic infectious disease caused by the bacillus *Mycobacterium leprae*, manifesting itself through skin lesions, causing loss of feeling and affecting peripheral nerves. It constitutes a serious public health problem. The study aims to conduct a survey about policies aimed for leprosy. Methodologically consists of a survey of literature review with descriptive and exploratory character, being based on a literature in banks of national and international data: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline and Cochrane Library). The literature review has the premise to address the historical context of leprosy and clinical characteristics, the picture of the disease in Brazil, bringing some epidemiological data in Brazil and specifically in Paraíba, studies aimed at carrying Leprosy (prevention) and public policies aimed for Leprosy patients. Therefore, it is concluded that the study strives to meet public policy attention to leprosy, so that way you can provide holistic care and adapting to the patient, making the carrier of the disease feel motivated to get cured, since it is handled correctly, there is the possibility of complete cure.

Keywords: leprosy. Public policy. Leprosy patients.



## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NERDS	Núcleo Estadual de Dermatologia Sanitária
PEN	Plano de Emergência Nacional
PQT	Poliquimioterapia
PNEH	Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	Scientific Eletronic Library On-line
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Contextualização histórica da hanseníase e clínica da hanseníase .....	11
2.2 Panorama da doença no Brasil.....	15
2.3 Dados epidemiológicos no Brasil e na Paraíba .....	16
2.4 Estudos voltados ao controle da hanseníase (prevenção) .....	17
2.5 Políticas Públicas voltadas para o portador de hanseníase.....	19
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de lesões na pele, nos nervos periféricos e nos olhos. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, um parasita intracelular obrigatório que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde afirma as lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia, sensação de queimação, formigamento e/ou coceira no local, que evoluem para ausência de sensibilidade e, a partir daí, não coçam e o paciente refere dormência - diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou ao tato - em qualquer parte do corpo (BRASIL, 2008).

Os grandes desafios para o controle da hanseníase são o diagnóstico da doença no início do seu aparecimento, o tratamento regular, sua finalização e o exame das pessoas que convivem ou conviveram com o doente, antes do tratamento (os contatos). Para isto, é preciso que a equipe de saúde, ao lado de lideranças comunitárias, trabalhe para vencer esses desafios, divulgando sinais e sintomas da doença, realizando visitas domiciliares, agendando consultas, facilitando o acesso dos pacientes e familiares à Unidade de Saúde e reforçando a necessidade de tratamento regular e auto-cuidados (BRASIL, 2008a).

No Brasil, apesar da incidência da doença estar diminuindo, esta ainda está longe de ser erradicada. Ações, entretanto, vêm sendo realizadas com esse intuito. O programa nacional de eliminação da hanseníase (PNEH) estabeleceu, em 2004, o redirecionamento da política de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública e da atenção à hanseníase no Brasil. No período de 2006 a 2010, entre as metas estipuladas foi prevista uma redução da prevalência em menos de um caso para cada 10.000 habitantes em todos os municípios do País. Conforme Brasil (2011) até a presente data essas metas ainda não foram atingidas ainda ficando como meta no plano de ação de 2011 a 2015 o compromisso de ampliar esforços para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Esse trabalho tem como objetivo realizar um levantamento acerca das políticas públicas voltada ao portador de hanseníase, na perspectiva de contribuir

com referências que promovam uma melhor compreensão acerca das políticas públicas direcionadas a hanseníase.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contextualização histórica e clínica da hanseníase

Para Cunha (2002) existem fortes indícios de que a hanseníase exista desde o tempo em que as antigas civilizações ainda estavam em formação. O termo Lepra, como era chamado à hanseníase antigamente, era utilizado para designar outras doenças que acometiam a pele e que tinham características semelhantes entre si.

A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de lepra, parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem e acredita-se que seja originária da Ásia (JOPLING; MCDUGALL, 1991).

Outros autores dizem que a África era como berço dessa doença, sendo então discutido se a hanseníase é de origem asiática ou africana. Há evidências objetivas da doença em esqueletos descobertos no Egito, datando do segundo século antes de Cristo. Conhecida há mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão, já existia no Egito quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II. (BRASIL, 1989).

Segundo Jopling; McDougall (1991), da Grécia a Doença de Hansen foi lentamente disseminando-se para a Europa, sendo carregada por soldados infectados (cruzados), comerciantes e colonizadores, sendo mais prevalente entre os séculos X e XV.

Os doentes eram abandonados em cavernas ou outros lugares isolados da comunidade, onde eram alimentados por parentes ou amigos, o que era raro ocorrer, devido a aversão provocada pela doença (CURTO; PASCHOAL; 2005).

Esta moléstia, interpretada até mesmo como castigo divino, causa desde os mais remotos tempos, um verdadeiro estigma social. Sendo considerado mais do que uma doença, representando uma humilhação extrema e uma condenação por um mal que o doente não cometeu (EIDT, 2000).

Conforme o Ministério da Saúde (MS) antes da descoberta do tratamento da hanseníase com a poliquimioterapia (PQT), o controle da doença era feito por meio do isolamento das pessoas nos hospitais colônias, sendo assim feito o isolamento compulsório, comandado pelas autoridades federais, como forma de quebrar a

corrente de contágio. Várias famílias foram destruídas, filhos foram rejeitados pelos pais, violando-se assim os direitos humanos (BRASIL, 2008b).

O termo hanseníase foi adotado para se promover uma adequada denominação da doença, com objetivo de diminuir o estigma causado no passado pela Lepra que excluía do convívio social o indivíduo afetado. Nos anos setenta foi realizado à campanha pela mudança do nome no Brasil, sendo oficialmente adotado em 1976, quando se tornou lei (nº. 9010-Diário Oficial de 30/03/95), (BRASIL, 1994).

O controle eficaz da doença se deu a partir da introdução da PQT pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nos anos 80, para o tratamento da hanseníase, trazendo a possibilidade de cura e a quebra da cadeia de transmissão da doença (LUSTOSA et al., 2011).

A Hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, sendo o *Mycobacterium leprae* o agente causador da doença. É um bacilo álcool ácido resistente, podendo infectar grande número de indivíduos. Sua transmissão ocorre por meio das vias aéreas superiores, apresenta período de incubação de cerca de dois a cinco anos e o seu período de transmissibilidade pode se estender até que o indivíduo inicie o tratamento (BRASIL, 2004).

A transmissibilidade da hanseníase só existe enquanto o indivíduo portador da forma multibacilar (Virchowiana e Dimorfa) não inicia o tratamento específico. A primeira dose de rifampicina promove a eliminação das cepas viáveis em 99,99% da carga bacilar de um indivíduo, bloqueando desta forma a cadeia epidemiológica da doença. Os doentes das formas tuberculóide e indeterminada não transmitem a hanseníase (BRASIL, 2006).

Conforme o MS os principais sinais e sintomas da doença são: manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alteração de sensibilidade (a pessoa sente formigamento, choque e câimbras que evoluem para dormência- se queima ou machuca sem perceber); papulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas; falta ou ausência de sudorese no local; pele seca (BRASIL, 2008).

Aguiar; Ribeiro (2009) afirmam que nos nervos ocorre um processo inflamatório ou de neurite que provoca anestesia localizada e atrofia muscular com

consequente deformidade irreversível. Em casos avançados, atinge a faringe, laringe, traquéia, olhos, órgãos como o fígado e os testículos e o sistema ósteo-articular.

Para Souza (1997), o Comitê da OMS propõe uma classificação simplificada e operacional, indicada para o trabalho de campo, baseada na provável população bacilar, que, por sua vez, relaciona-se às formas clínicas. Através da pesquisa de bacilos no esfregaço de linfa, a baciloscopia, realizada em vários pontos definidos, como lóbulos de orelhas, cotovelos, joelhos e lesões. Associada aos critérios clínicos da classificação de Madri (1953) pode-se agrupar os pacientes em paucibacilares e multibacilares, e indicam dois diferentes tipos de tratamento, que são eles paucibacilar, para casos com até cinco lesões e, multibacilar para casos com mais de cinco lesões. Os doentes paucibacilares apresentam baciloscopia negativa, que são os doentes não contagiantes, abrange as formas clínicas tuberculóide e indeterminada, enquanto que os multibacilares geralmente apresentam baciloscopia positiva, são pacientes contagiantes, abrange as formas clínicas virchowiana e dimorfa.

De acordo com o MS, o diagnóstico de hanseníase é realizado na Atenção Básica de Saúde através de exame clínico dermatoneurológico e laboratoriais, é de suma importância o diagnóstico precoce e preciso, pois quanto mais cedo se iniciar o tratamento, mais rápida será a cura e maiores serão as chances de minimizar as deformidades (BRASIL, 2005).

Aguiar; Ribeiro (2009) afirmam que o exame clínico é fundamental, devendo-se examinar toda a superfície cutânea, os principais nervos periféricos e observar a integridade anatômica e função motoras das mãos, pés e face, percebendo a ausência e ou diminuição das sensibilidades térmica, tátil e dolorosa, sendo todas avaliadas com material próprio.

Araújo (2003) diz que na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias a medicamentos, interação de drogas, e doenças associadas ou crônicas percebidas durante o exame clínico. A definição do esquema depende da classificação final do caso e após exames laboratórios.

Os esquemas poliquimioterápicos têm como princípio a associação de drogas, dapsona, clofazimina e rifampicina que se dar em forma de um esquema terapêutico conforme recomenda a OMS (FOCACCIA, 2009).

Para os indivíduos classificados como paucibacilares são recomendadas 6 doses mensais em até 9 meses de tratamento. Para os pacientes classificados como multibacilares, recomenda-se 12 doses mensais em até 18 meses (GOULART et al., 2002).

Alguns pacientes podem desenvolver episódios reacionais, que podem surgir a qualquer momento ou fase da doença. Segundo Nery et al (2006), as reações hansênicas podem ser classificadas como: reação hansênica do tipo 1 e tipo 2. Sendo do Tipo 1 mais comum em portadores da forma tuberculóide e dimorfa enquanto que no tipo 2 acontece na forma virchowiana, estas reações podem ocasionar o desenvolvimento de incapacidades (SILVA; GRIEP, 2007).

Com o diagnóstico tardio e o não tratamento da hanseníase pode ocorrer evolução de diferentes tipos e graus de incapacidades. Nas formas virchowiana e dimorfa, são atingidos vários nervos bilateralmente, formação de eritema nodoso, podendo lesionar tanto nervos periféricos como também órgãos, já na forma tuberculóide são poucos afetados e unilaterais (BARBOSA, 2009).

De acordo com Duarte; Ayres; Simonetti (2009), as alterações neurológicas ocorrem por lesões nos troncos nervosos periféricos e manifestam-se por meio de dor e/ou espessamento dos nervos periféricos, diminuição ou perda de sensibilidade e/ou da força motora nas áreas com a inervação afetada. As lesões neurais, quando não diagnosticada se tratadas precocemente, levam as incapacidades, como: mãos e pés insensíveis que possibilitam a ocorrência de queimaduras, ferimentos, úlceras e fissuras, predispondo a infecções que podem destruir as estruturas da pele, dos músculos e ossos e provocar deformidades. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas para o doente, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsável, também pelo estigma e preconceito contra a enfermidade. Com isso, a imagem corporal do individuo torna-se totalmente alterada.



## 2. 2 Panorama da doença no Brasil

Presumi-se que a hanseníase surgiu no Brasil com a chegada dos europeus no período colonial, onde os primeiros casos foram notificados por volta de 1600, no Rio de Janeiro, onde foi construído o primeiro leprosário, o hospital dos lázaros (CASTRO, WATANABE, 2009).

A presença da hanseníase foi documentada pela primeira vez no Brasil, em 1647, quando a Câmara do Rio de Janeiro solicitou a Portugal a instalação de um leprosário na Igreja da Conceição devido ao grande número de hansenianos na cidade (OPROMOLLA E LAURENTI, 201).

Devido à dificuldade de diagnóstico, a lepra foi decretada como doença de notificação compulsória pelo decreto nº 4464 de 12 de Julho de 1902. Com este mesmo decreto era obrigada a notificação de várias outras enfermidades, que são elas, difteria, varíola e tuberculose, chamadas de doenças 'pestilenciais' (SANTOS ET AL., 2008).

Na época de 1930, o isolamento se tornou no Brasil uma política de Estado, onde isolar os doentes na época desempenhava uma ação saneadora, considerando necessário apenas em casos extremas de infecção. De imediato a prática foi enfraquecendo à medida que foi introduzido o tratamento medicamentoso, a questão de isolamento no Brasil foi tal qual ao que se deu em todo o mundo afirma Ducatti, 2008.

Segundo Trierveiler, et AL.,(2010), o emprego de duras políticas de ação à hanseníase na década de 30 repercutiu seriamente na vida dos leprosários, com isso a grande perda de suas identidade, laços afetivo, seus lares e empregos, caso houvesse suspeita o doente era retirado do seu ambiente de forma abrupta e violenta. Grande maioria era internada contra própria vontade, sendo forçados a romper laços com suas famílias, perdiam suas casas, seu trabalho e sua vida social, estando condenados a anos de reclusão, não havendo para onde voltar após acabar o tempo de internação, causando total desligamento dos laços afetivos e familiares.

A hanseníase, a nível nacional e mundial, é uma doença que ainda apresenta elevadas taxas de prevalência e incidência, novos casos surgem todos os anos, entretanto o número desses casos é constante (FAÇANHA et al., 2006).

### 2.3 Dados epidemiológicos no Brasil e na Paraíba

Segundo MORHAN, (2006) o ministério da saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. O Brasil, de 2003 a 2010, reduziu 65,5% o coeficiente de prevalência, tendo em 2010, 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.761 casos em tratamento. O coeficiente de detecção geral de casos novos apresentou 18,22 por 100 mil habitantes e o coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi de 5,36 / 100 mil.

Para WHO, (2013) a taxa de prevalência da hanseníase diminuiu nos últimos 20 anos, em nível global em 90,0%, decrescendo de 21,1/10.000 habitantes, para menos de um caso por 10.000 hab., entre 1980 e 2000. Houve uma diminuição drástica da carga da doença, de 5,2 milhões de casos novos, em 1985, para 232.857, no final de 2012.

Magalhaes; Rojas (2007) afirmam que no mundo todo, mais de 14 milhões de pacientes com hanseníase foram curados, nos últimos 20 anos. Recentemente, os esforços para sua eliminação se reúnem nos bolsões de alta.

endemicidade, situados em algumas áreas do Brasil, Indonésia, Nigéria, Etiópia, Congo, Bangladesh, Índia, Myanmar, Nepal e Tanzânia. Locais esses onde há os maiores indicadores de pobreza, desnutrição, migração interna e processos de urbanização desordenada, nos quais a doença permanece como um importante problema de saúde pública.

Moreira, (2003) ressalta que pelo fato do Brasil ser um país continental, há diferenças na distribuição da doença. Modelos mostram que no Sul do Brasil a doença já apresenta prevalência abaixo de um para cada 10.000 habitantes, diferente da alta incidência encontrada na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul. Com isso o fato é decorrente de diversos fatores, entre eles, a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, levando ao diagnóstico tardio. Enquanto não há diagnóstico e o tratamento não é iniciado, os multibacilares continuam transportando a doença.

No estado da Paraíba a realidade da hanseníase se destaca, conforme o Núcleo Estadual de Dermatologia Sanitária (NERDS), mostram altos índices, sendo

informados 800 casos por ano, tornando então em condição de perigo, buscando uma atenção e vigilância primordial ao assunto. (PARAÍBA, 2003).

Sendo assim a Paraíba mostrou uma redução expressiva no número de pacientes em abandono de tratamento de 2004 para 2005. Em 2004 esse número era de 963, passando para 523 em 2005. O estado é formado por 223 municípios que são subdivididos em 12 Núcleos Regionais de Saúde, sendo os prioritários: João Pessoa, Campina Grande e Cajazeiras (PARAÍBA, 2015).

De acordo com MS a Paraíba ocupa respectivamente o 12º e 11º Lugar em coeficiente de prevalência e detecção de casos novos, entre os 27 estados do país, no ano de 2009, dados que nos reporta a um alto índice da doença (BRASIL, 2008).

#### 2.4 Estudos voltados ao controle da hanseníase (prevenção)

Velloso (2002) relata que varias estratégias foram utilizadas visando o controle da hanseníase, tais como o projeto de intervenção para o quinquênio 1986-1990, que almejava que 80% dos casos poderiam ser resolvidos junto aos serviços locais, como também a adoção gradativa da poliquimioterapia/OMS a partir de 1986. O Brasil ficou nesse período caracterizado com grande prevalência de casos, constituindo-se assim como um serio problema de saúde publica. Então em 1990 a 1994, aconteceu o lançamento do Plano de Emergência Nacional (PEN), formulado por metas, com o objetivo de detectar todos os casos novos, tratar com PQT, aplicando BCG em contatos intradomiciliares, buscando conhecer a real prevalência da hanseníase.

Com ênfase nas ações de promoção, foi realizada a reorganização do sistema de saúde em nosso país, fortalecendo a atenção básica, norteados por princípios, que são eles solidariedade, equidade e integralidade ( PENNA et AL. 2008).

Para tanto foi possível observar que desde o ano de 1985, o país veio reestruturando suas ações de forma a solucionar o problema, onde foi instituída no ano de 2014 o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH). De acordo com MS o programa nacional de controle da hanseníase do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas

as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência total aos doentes portadores de hanseníase (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que o governo brasileiro foi signatário da meta de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2005, isto é, abaixar a prevalência para menos de 1 caso por 10.000 habitantes. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil ter assumiu que o Programa de Eliminação da Hanseníase era “Prioridade Zero” do Governo na gestão 2002 a 2006, o país não conseguiu atingir essa meta em 2005, assumindo seu cumprimento em nível municipal até 2010 (MORHAN, 2006).

Em todas as unidades de Saúde da atenção básica foi implantadas medidas de controle que proporcionam a operacionalização do PNEH, a nível federal, estadual e municipal. Nos dias atuais a integração do programa de controle da doença na atenção básica de saúde foi à melhor forma de eliminação da doença, buscando o controle do agravo conforme (FEENSTRA; VISSCHEDIJL, 2002)

Como estratégia para alcance da meta de eliminação até 2010, o MS comprometendo-se a assegurar o compromisso de disponibilizar na APS de todos os municípios que possuam pelo menos um caso de hanseníase nos últimos cinco anos as atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes (BRASIL, 2006).

## 2.5 Políticas Públicas voltadas para o portador de Hanseníase

Até o século XX, não havia no Brasil políticas públicas direcionadas para a enfermidade, surgindo então diversas tentativas de controle, que estavam centrados no isolamento do doente de hanseníase (SAVASSI, 2010).

Para OLIVEIRA, (1991) a primeira iniciativa do Governo Federal, em relação à organização da saúde pública para o controle da hanseníase, vão do período de 1920 a 1962, onde o Estado buscava desempenhar ações saneadoras através do isolamento obrigatório dos doentes nos hospitais colônia.

Bodstein, (2002) afirma que com a Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142, de 1990, fundamentais no processo de reforma da saúde no país, instrumentalizando a descentralização das ações e serviços.

Conforme o MS em 1991 criou-se o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e, em 1994, o governo federal assumiu a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), passando, posteriormente, ao status de Estratégia de Saúde da Família (ESF), envolvendo de forma integral atenção básica. (BRASIL, 2006). Para Mendes *et al.*, 2008 aponta que foi adotada a melhor estratégia pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) para a diminuição da carga da doença e quebra da cadeia de transmissão na população, delegando responsabilidades a diversas esferas de governo. Iniciando uma política no país em 1998, com o compromisso da “Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase”, constituída por representantes de países endêmicos, OMS e algumas instituições, na qual foram estabelecidas estratégias para a eliminação da hanseníase em todos os países, até 2005.

Com base em Morhan (2006) em 2004, o MS publicou a Portaria GM Nº 586 visando instituir no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um conjunto de ações e medidas empregadas para a eliminação da hanseníase, a serem compartilhada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com intuito de fortalecer o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da hanseníase e, dessa forma, garantir atenção integral aos pacientes em todos os níveis de complexidade.

A portaria nº 1073/GM, pelo MS, ressalta que as equipes devem ser capazes de desenvolver as ACH na sua integralidade, com diagnóstico precoce, facilidade de acesso ao tratamento, prevenção e buscando controle das incapacidades físicas, referenciando os casos aos serviços de alta complexidade, apenas quando necessário. (BRASIL, 2000).

Lana *et al.*,(2011) acrescentam que o controle da enfermidade é uma prioridade do MS que preconiza um maior cobertura dos movimentos de combate, buscando prioridade aos municípios mais endêmicos.

Trierveile *et al.*,( 2010) apontam que sendo a unidade básica a principal responsável em diagnosticar os possíveis casos e promover um diagnóstico precoce da doença, o enfermeiro aparece como ator principal nesse processo, buscando atuar do início ao fim do tratamento, bem como conhecer seu progresso histórico com o passar do tempo. Desta forma, a hanseníase encontra-se no rol das políticas públicas aderidas às ações da atenção básica do sistema único de saúde, que vem demonstrando grande eficácia.

Considerando todas as políticas implementadas ocorreu nos últimos anos a hanseníase tem dado sinais de estabilização nos coeficientes de detecção, apresentando significativamente endemicidade em regiões como Norte, Centro-Oeste e Nordeste, que demonstra a necessidade de esforços para realização de metas (BRASIL, 2008).

Para Sarmiento *et al.*, 2010) as atuais políticas para o manejo da hanseníase visam não somente a cura do doente, mas sua reinserção na vida social, de modo que ele seja aceitado e possa viver com família, estando livre de preconceitos.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo tem como proposta metodológica uma revisão bibliográfica, tratando-se de uma pesquisa descritiva e exploratória. A pesquisa exploratória busca explicar um determinado fato, através da delimitação de estudo, levantamento do referencial teórico, leitura e análise de dados. Este estudo gera hipóteses, familiariza o pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, em uma visão geral, para que possa ser aprofundado a posteriori (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Gil (2009), as pesquisas descritivas têm como objetivo central a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno e estabelecer uma relação entre as variáveis, salientando também que elas podem estudar características de um grupo.

Foi realizado um levantamento bibliográfico bancos de dados nacionais e internacionais: Scientific Electronic Library On-line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline e COCHRANE, para delimitar melhor o objetivo de estudo e o campo de busca foi selecionados artigos publicados nas ultimas décadas tendo em vista o surgimento da doença e em seguida a implantação de políticas para enfermidade moléstia. Com os seguintes termos de pesquisa ( palavras chaves e delimitadores, sendo usados varias combinações 1)Hanseníase; 2) Políticas Publicas; 3)Controle e tratamento da doença.

A pesquisa bibliográfica foi essencial na construção, sendo realizados em diversas fontes, principalmente revistas, livros, artigos científicos, monografias sobre o tema e publicações científicas em periódicos e internet.

## 4 CONCLUSÕES

O estudo apresentado teve como finalidade realizar um levantamento acerca das políticas públicas voltadas ao portador de hanseníase, na perspectiva de contribuir com referências que promovam uma melhor compreensão acerca das políticas públicas direcionadas a doença, visto que, atualmente a hanseníase pode ser tratada a nível ambulatorial, porém o portador da patologia ainda é visto de forma preconceituosa pela população.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de lesões na pele, nos nervos periféricos e nos olhos, o que por vezes, se não acompanhada e tratada corretamente pode vir a causar a evolução do quadro clínico do paciente piorando o seu prognóstico.

Por isso, que o controle da doença e o seu diagnóstico inicial são desafios para a equipe de saúde, que por sua vez, deve promover palestras e acompanhamento periódico na população visando buscar o aparecimento de novos casos, além de orientar e tratar corretamente os casos diagnosticados e notificados.

Com isso, a revisão bibliográfica teve como pressuposto abordar a contextualização histórica da hanseníase e características clínicas, o panorama a doença no Brasil, trazendo alguns dados epidemiológicos tanto no Brasil, como na Paraíba, os estudos voltados ao controle da hanseníase (prevenção) e as políticas públicas voltadas ao portador de Hanseníase.

Desse modo, conclui-se que o estudo prima por conhecer as políticas públicas de atenção a Hanseníase, para que dessa forma seja possível prestar um atendimento holístico e adequado ao paciente, fazendo com que o portador da doença sintam-se motivado a obter cura, já que se tratada corretamente, existe a possibilidade de cura total.



## REFERENCIAS

AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ARANTES, Cintia Kazue et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol.19, n.2, p. 155-164, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf> acesso: 19/03/2015.

ARAUJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p.373-382, mai-jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf> acesso em: 20/03/2015.

BARBOSA, Jaqueline Caracas. **Pós-alta em hanseníase no ceara: olhares sobre políticas, rede de atenção a saúde limitação funcional de atividade e participação social das pessoas atingida**. 203 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Publica Faculdade de Saúde Publica Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BODSTEIN Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n 3, p, 401-12, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase**. IV Carta de Eliminação da Hanseníase, Paraíba – 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Guia de controle da hanseníase**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. 1ª ed .Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hansenise\\_direitos\\_humanos.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hansenise_direitos_humanos.pdf) acesso em: 21/03/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional da Hanseníase. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006- 2010**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino serviço**. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de bolso**. 6ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Caderno da Atenção Básica – nº 10. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1073/GM de 26 de setembro de 2000**. Publicada no D.O.U. – 188-E- P.18- Secção 1 – 28 de setembro, 2000.

CASTRO, S. M. S.; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr-jun. 2009. p. 449-487.

CUNHA, Ana Zoe Schilling. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7 n.2 p.235-242, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf> acesso em: 20/03/2015.

CURTO, M; PASCHOAL, A. D. V. Uma década de acompanhamento dos Portadores de Hanseníase no ambulatório de Dermatologia de um Hospital Escola. **Arquivo Ciência Saúde**, 2005. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-12-4/04\\_ID121.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-4/04_ID121.pdf) acesso em: 25/03/2015.

DUCATTI, Ivan. **A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador**. 2009. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-09032009-171024/> acesso em: 20/03/15.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, jan.-mar.,2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100012)> acesso em: 23/03/2015.

EIDT, Letícia Maria. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências**. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Educação da PUCRS. Porto Alegre, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf> acesso em: 22/ 03/2015.

FAÇANHA, Monica Cardoso et al. Investigação Clínica, Epidemiológica, Laboratorial e Terapêutica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.81, n.4, 2006.

- FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. Leprosy control through general health services – revisiting the concept of integration. *Leprosy Review*. v. 73, n. 2, p. 111 - 122, 2002.
- FOCACCIA, R.; VERONESI, R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GOULART, Isabela Maria Bernardes et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: Um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba, v.35, n.5, set-out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n5/13162.pdf> acesso em: 22/03/2015.
- JOPLING, W. H.; McDOUGALL, A. C. **Manual de hanseníase**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1991.
- LUSTOSA, Anselmo Alves. Impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada à saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. [online]. Uberaba, v.44, n.5, p. 621-626, set-out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n5/19.pdf> acesso em: 24/03/2015
- MAGALHAES, M C C, ROJAS, L I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. vol.16, n.2 p. 75-84, 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000200002&script=sci_arttext) acesso em 20/03/2015.
- MENDES, Michele Silveira *et al.*, Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Caderno Saúde Coletiva**. v. 16, n. 2, p. 2017-208, 2008. Disponível em: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008\\_2/artigos/CSC\\_IESC\\_2008\\_2\\_6.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_6.pdf) acesso: 21/03/2015.
- MOREIRA, Tadiana Alves. Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 10, p. 291-307, 2003.
- MORHAN, **Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase**. Departamento de Formação Projetos e Pesquisa – DEFORP. Cardenos do Morhan: Atenção Integral à Hanseníase no SUS – Reabilitação um Direito Negligenciado. [S.1]: Morhan, nov.2006.
- NERY, José Augusto Costa et al. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática. **Anais brasileiros de dermatologia**. v. 81, n. 4, Rio de Janeiro jul/ago. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000400010) acesso: 24/03/2015.

OLIVEIRA, M.L.W. **A área de dermatologia sanitária e o Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde, 1991.

OMOPROMOLLA, Paula Araújo, LAURENTI, Ruy. Controle da Hanseníase no estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública Departamento de Epidemiologia**. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2011.

PARAÍBA, Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Controle da Doença. **Análise da Hanseníase no Estado da Paraíba 2003**. João Pessoa, 2003.

PENNA, Maria Lucia Fernandes *et al.* Influencia do aumento do acesso a atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.41, n.(Suplemento II), P. 6 -10, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822008000700003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000700003) acesso: 25/03/2015.

SANTOS, F. S. D; SOUZA, L. P. A; SIANI, A C. O Óleo de Chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, vol.15. Rio de Janeiro – RJ, 2008.

SAVASSI Leonardo Cançado Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas René Rachou, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte - MG, 2010.

SILVA, S, F.; GRIEP, R, H. Reação hansênica em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da área de planejamento do município do Rio de Janeiro. **Hansenologia Internationalis**, v.32, n.2, p.155-162, 2007. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/918/973> acesso em: 26/03/2015.

SOUZA, CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**. V.30: 325-334, jul. /set. 1997. Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/hanseniasse\\_formas\\_clinicas\\_diagnostico\\_diferencial..pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/hanseniasse_formas_clinicas_diagnostico_diferencial..pdf) >acesso: 23/03/2015.

TRIERVEILER, Juliana et al. Trajetória Histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil. **Historia da Enfermagem. Revista eletrônica**. Vol.01. 2010. P. 63-76. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n3vol2artigo4.pdf> acesso: 26/03/2015.

WHO. Weekly. Epidemiological record, agosto, 87th year .[boletim *on line*]. 2013; 87(34): 317–28. Disponível em: <http://www.who.int/wer> .

