



20. | Estratégias de prevenção e controle da Hanseníase

Maria Leide W. de Oliveira

“O estudo dos problemas tem a ver com suas soluções. Caso contrário, tornam-se ciências anti-sociais”. Pedro Demo

Apresentação

Desde a primeira política pública de controle da hanseníase no Brasil em 1920, observa-se a alternância de priorização de iniciativas oficiais com momentos de negligência político-administrativa e, sobretudo, a histórica desigualdade na implementação dessas políticas em estados e municípios, mesmo com as tecnologias atuais disponíveis^{25,28,29}.

A intervenção na propagação da hanseníase e suas consequências, consubstanciada em políticas públicas modernas, envolve todas as formas de prevenção consideradas em saúde pública, mediante abordagem populacional e em grupos de alto risco⁹. Estas, não mais tomadas de forma programática isolada, mas no contexto do cuidado integral à saúde, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, considera-se “*promoção da saúde a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, tratamento oportuno e a reabilitação*, mediante utilização da cadeia hierárquica dos serviços integrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.”

A política vigente para o agravo no Brasil atrelou a doença ao grupo de Doenças Negligenciadas (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação-CGHDE- Decreto n. 7.530, 21/07/2011). Essa política tem como ação prioritária o Plano Integrado de Ações Estratégicas -2011-2015, inserido no “Programa Brasil Sem Miséria”, que visa à redução da pobreza em regiões onde essas doenças são prevalentes⁶.

Outra abordagem presente neste capítulo é que, sendo a hanseníase uma doença infecciosa crônica e de alto potencial incapacitante, pode apresentar complicações que exigem acompanhamento permanente da rede de saúde, mesmo anos após a cura da doença. Ou seja, os casos multibacilares e casos com graus variados de incapacidades físicas (IF) justificam a sua inclusão em uma condição crônica, o que implica a previsão de demandas para a rede de cuidados em saúde, com atribuições para cada esfera de atenção do SUS.

E, finalmente, utilizando o espaço dado pela organização do livro, algumas ponderações pessoais serão inseridas, para estimular a discussão, com base no aprendizado

de lidar com a doença, com os pacientes, alunos, colegas de trabalho do Brasil e de outros países, e a experiência como gestora de ações de controle da hanseníase em diferentes períodos e esferas administrativas do SUS. O termo *intervenção* é escolhido, não simplesmente o termo *plano de ação*, considerando a amplitude desse conceito de mudança (vide glossário). O importante é perceber que a nossa participação nos resultados de curto e médio prazos de um plano de ação pode contribuir para o impacto futuro de uma intervenção bem planejada.

1. Introdução

A definição de estratégias de enfrentamento a uma doença vai depender do enquadramento dela como problema de saúde pública e do grau de prioridade em relação ao contexto em que ela ocorre¹³.

As informações relativas aos principais indicadores de hanseníase no Brasil, que responsabilizam o país pela endemia no continente americano (capítulo de Epidemiologia), justificam o seu enquadramento como um grande problema de saúde pública, porquanto preenche os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade¹⁶. Essa, porém, já não é a realidade de alguns poucos estados e muitos municípios, fora de regiões de *clusters* da endemia²⁷. Por outro lado, a política oficial brasileira vigente para a doença retomou a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, a ser alcançada em 2015, mediante a redução da prevalência a < de 1 doente em 10.000 habitantes⁶. Isso pode até decretar o fim dessa inclusão, após o alcance da meta, o que também não será a realidade de muitos municípios brasileiros endêmicos.

Nesse sentido, ressalta-se que, embora devam ser consideradas as recomendações das políticas públicas vigentes para o país e metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), o planejamento de intervenções será tanto mais efetivo se partir da realidade local, para atender as necessidades de suas respectivas populações. Inovações e boas práticas clínicas e gerenciais são pertinentes.

Outro aspecto importante é o fato de que, por ser uma doença transmissível, geralmente, apenas informações referentes aos casos novos ou a prevalência em geral são consideradas no planejamento das ações. Ou seja, o registro ativo de casos em tratamento é o que importa, partindo-se do princípio de que essa atenção acaba com a alta dos pacientes da terapia específica (indicador de prevalência). Na verdade, a magnitude de casos acumulados, com incapacidades físicas ou mesmo episódios reacionais e recidivas, impõe a necessidade de se planejar ações de cuidado e insumos para essa clientela da população, por vezes ao longo de suas vidas.

Desse modo, a atenção integral aos portadores de hanseníase e portadores de sequelas da doença requer que sejam organizados protocolos ou planos de cuidados na rede de serviços de saúde do SUS para enfrentá-la, como condição crônica, contando

principalmente com a participação proativa do usuário. Isso implica nova concepção de atenção na maioria dos municípios brasileiros¹⁸.

O planejamento das ações de enfrentamento depende da esfera de governo e em geral está atrelada às diretrizes nacionais e ou internacionais, com definição de metodologias de programação, indicadores de monitoramento e metas a serem alcançadas em período de tempo variável. Mas o foco desse capítulo é o município. Atualmente, no Brasil, o planejamento de governo é macro-orientado com monitoramento virtual, utilizando-se indicadores referentes a problemas selecionados como prioritários em cada setor. Em geral, os municípios mais endêmicos são identificados por serem os responsáveis por grande contingente de portadores desses problemas e terem a população submetida ao risco de adoecer. Estes estão integrados ao planejamento, com monitoramento central e específico. Estudos recentes identificaram áreas prioritárias para intervenções no Brasil.²⁷

Tratando-se de doença crônica, com possibilidade de casos infectantes terem diagnóstico tardio, é importante analisar cuidadosamente as informações de detecção de casos novos de hanseníase, que podem traduzir melhorias operacionais em municípios com boa captação de casos, enquanto a baixa endemia pode representar silêncio operacional em outros.

2. Construindo Estratégias de Intervenção para Enfrentamento da Hanseníase

Para a definição de estratégias de intervenção em um agravo à saúde, é importante considerar a situação epidemiológica (doença), operacional (desempenho das ações implantadas) e conjuntural (político-administrativa, mobilização local e induções externas, positivas e negativas), do território em que o enfrentamento do problema vai ocorrer, visando ao seu impacto.

2.1 Objetivos

O *objetivo geral* de uma intervenção para enfrentamento da hanseníase, então, está condicionado ao tamanho e à gravidade da situação encontrada, mas deve sempre buscar o impacto, que é a redução da incidência e casos novos em crianças e em adultos, mesmo sabendo que isso somente é possível em longo prazo (menor na criança).

Os *objetivos específicos* referem-se aos resultados intermediários que podem apontar a minimização do problema, como a redução das incapacidades no diagnóstico, somente possível com o diagnóstico precoce. Esses exigem *planos de ação* detalhados

e alguns resultados intermediários podem se consubstanciar em objetivos estratégicos para o impacto desejado.

2.2 Que Medidas Preventivas, de Promoção e de Educação em Saúde utilizar?

Nessa fase, recomenda-se que os procedimentos a serem normatizados sejam baseados em evidências científicas e de relação custo-benefício adequada, também em experiências exitosas em contextos semelhantes e em resultados de pesquisas operacionais em serviços regionais e locais.^{24,26}

Embora não se possa enquadrar a hanseníase entre as doenças de *prevenção primária*, pois a vacina BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) não impede o adoecimento,¹ as evidências de atenuação, ao evitar as formas multibacilares, corroboram sua indicação.^{14,32} Medidas de *promoção à saúde*, visando reduzir as situações de vulnerabilidade, como os fatores de risco relacionados à pobreza e acesso a melhor qualidade de vida, são imprescindíveis.¹⁰ *Ações educativas, populacionais* (divulgação de massa) e *individuais* (contatos domiciliares, família) visam aumentar a percepção do risco de adoecer e identificar sinais e sintomas iniciais da doença, contribuindo para o diagnóstico precoce (*prevenção secundária*). Todos esses fatores trabalhados irão reduzir fontes de infecção e interferem na produção de novos casos, em longo prazo.

Nos indivíduos infectados e adoecidos, a aplicação de medidas de *prevenção secundária* constitui o componente central da intervenção para os serviços de saúde, sendo o grande desafio o diagnóstico precoce e tratamento imediato de todos os casos existentes.

O não cumprimento a contento desse objetivo leva à necessidade de oferta de medidas de *prevenção terciária* para recuperar o dano funcional e social causados pela doença, reabilitando o paciente para a vida plena. O que também ainda é um desafio na hanseníase, pois envolve ações de baixa para alta complexidade.

Concluindo: quando existe a tecnologia de prevenção primária eficaz (vacina), é possível prever a erradicação de uma doença. No caso da hanseníase, busca-se redução do risco e manutenção de baixo risco, mediante diminuição de casos infectantes, por meio do diagnóstico precoce e tratamento de casos com sinais incipientes e, muitas vezes, assintomáticos.

2.3 Estratégias para redução e manutenção de baixo risco de adoecer de hanseníase

Dentre as estratégias consideradas para o alcance desse objetivo, destaca-se o *rastreamento* de doença incipiente em contatos de pacientes recém-diagnosticados, que constituem um grupo de maior risco de adoecer¹⁷.

Ainda que limitado pela ausência de testes de alta especificidade e sensibilidade para detectar o risco de adoecimento, o rastreamento de casos suspeitos é aparentemente de fácil execução e custo, já que consiste no exame clínico, dermatoneurológico, tendo como medida preventiva a aplicação da vacina BCG, disponível na APS e produzida no Brasil. Entretanto, apresenta várias dificuldades operacionais para o seu desempenho, que devem ser enfrentadas, já que o rastreamento nessa população de risco é indicado pelas evidências de influência na obtenção de impacto.¹⁹ Em geral, o exame clínico dos contatos é realizado por estímulo à vinda espontânea deles, a cada caso novo (CN) diagnosticado no ano. Porém, em territórios de região endêmica, com baixa captação de casos novos e/ou diagnóstico de casos avançados, estão indicadas atividades de intensificação (campanhas) e busca ativa em contatos.

Apesar de haver algumas lacunas quanto à real proteção da *vacinação com BCG* utilizada nos países sul-americanos, há evidências dela para as formas multibacilares-MB, enquanto seria um risco para as formas paucibacilares-PB, no 1º ano pós-vacinação^{14,17}. A sua utilização em profissionais de saúde (PS), em geral, considera o contato com trabalhadores de hanseníase um tema para discussão e pesquisa. A recomendação é para os PS que não apresentem cicatriz vacinal e serem não reatores ao teste tuberculínico intradérmico-TT-ID¹.

No Brasil, a revacinação com BCG na idade escolar foi suspensa pela falta de evidência de seu efeito protetor na população. Fica mantida (uma dose) para os contatos de casos de hanseníase que não apresentem sinais e sintomas clínicos da doença.

Trabalhos recentes reforçam a importância da quimioprofilaxia, recomendada para estudos de custo-efetividade nos grupos em maior risco de adoecer.^{20,32,15}

Uma tecnologia que muito contribuiria nesse sentido seria a disponibilidade de testes marcadores de doença incipiente. No momento, testes sorológicos complementares atestam a presença de infecção e apresentam alta especificidade, mas a baixa sensibilidade para os casos PB ainda compromete a sua implementação^{22,30}.

O desenvolvimento e o controle social devem sempre ser considerados como aliados estratégicos para o sucesso do alcance das metas de uma intervenção em um *problema de saúde*, pela solução ou minimização de problemas políticos, culturais e socioeconômicos, que são determinantes da sua existência. Nesse sentido, reitera-se a aplicação de medidas de promoção e educação em saúde já referidas neste capítulo.

3. Formulando a Intervenção: Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação (M&A)

A formulação de uma intervenção deve considerar o conceito dinâmico e permanente de *planejamento, monitoramento e avaliação*. Os Planos de ação norteiam as ações temporárias a serem desenvolvidas anualmente, sempre adequadas para atender reajustes apontados no monitoramento e avaliação. Nesse sentido, um *Plano* é parte do planejamento, visando sua execução de forma sistemática.

As metodologias modernas de planejamento colocam como imprescindíveis nesse processo:

- ✓ A participação do maior número de atores possível, envolvidos desde a formulação ao monitoramento e à avaliação – gestores da instituição coordenadora e afins (setoriais), além de ONGs, técnicos de diferentes categorias e usuários.
- ✓ O diagnóstico epidemiológico com base em dados confiáveis e análise de evidências científicas.
- ✓ O diagnóstico operacional com base em avaliações de desempenho e de contexto, incluindo a identificação e análise hierarquizada dos problemas existentes e os recursos disponíveis.
- ✓ A identificação das mudanças necessárias e as possibilidades de alcance de metas de curto e longo prazos (metas viáveis locais, adequação de metas nacionais e internacionais).
- ✓ Os pontos fortes e pontos fracos para a execução, monitoramento e avaliação do Plano (o que pode reforçar e somar e o que pode dificultar a execução do plano de ação).
- ✓ Envolvimento responsável de parcerias e pactuações – planejamento integrado: participação setorial desde a formulação do Plano (instituições definidas de acordo com a esfera da gestão em questão).
- ✓ Existência de fluxo de monitoramento e avaliação (M&A) contínuo para as readequações necessárias.

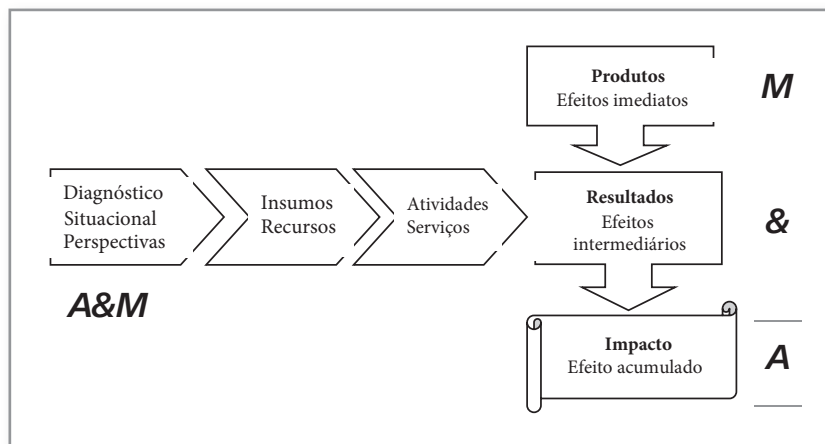
3.1 Monitoramento e Avaliação (M&A)

O acompanhamento rotineiro das informações vai demonstrar o grau de implantação das ações do plano em questão, se a intervenção está fazendo diferença e para quem³.

Considerado hoje como componente fundamental no sucesso de uma intervenção, o M&A deve ser inserido desde a formulação da intervenção como exemplifica a figura 1. É nesse momento que são definidos os indicadores operacionais, produtos e resultados,

que irão permitir a avaliação do processo e efeitos intermediários, bem como as necessidades de adequação.

Figura 1: Componentes do Modelo Lógico de uma Intervenção.



Fonte: Manual de Capacitação em M&A, MS, 2009.

3.2 Cobertura do Plano de Ação

A cobertura e período para obtenção dos resultados previstos no plano vão depender das metas estipuladas, da sua esfera de formulação, e será tão mais ampla quanto maior for a força política e legitimidade local, envolvidas desde a sua formulação à sua implementação. Nesse sentido, a integração setorial e o controle social devem constituir-se em aliados fortes. Dependendo do tamanho do problema, extensão geográfica do território e restrição de recursos, decisões quanto à priorização de área geográfica e ações contempladas deverão ser tomadas.

Uma equipe de saúde pode decidir por um plano de implementação das ações de controle da hanseníase em seu território de atuação.

E uma experiência local bem-sucedida poderá ser ampliada a outras situações semelhantes, favorecendo a mudança pretendida pela intervenção (Impacto).

4. Utilizando as Informações para Diagnóstico de Situação: Epidemiológica, Operacional e Conjuntural

4.1 Metas estipuladas nas esferas nacional e internacional

As metas são objetivos quantificados e relacionados com um período de tempo determinado. Em geral, são definidas metas ambiciosas para o alcance de uma situação desejada, sendo esse um fator mobilizador e, muitas vezes, de uso político (com vantagens e desvantagens). As metodologias modernas de planejamento advogam que uma boa meta deve ser: específica, mensurável, apropriada, realista e com o tempo de alcance estabelecido.

No capítulo de Epidemiologia, é apresentada a situação da hanseníase no Brasil e no mundo, bem como os indicadores epidemiológicos mais relevantes para a análise de situação e acompanhamento do desempenho das ações de controle da hanseníase.

Observa-se que, na esfera internacional (*Global Leprosy Program-GLP/OMS*), a meta estipulada para 2020 é:

- ✓ Reduzir em 35% o grau de incapacidade física em casos novos de hanseníase por 100.000 /1 milhão de habitantes^{32,33}.

Na esfera nacional (MS), foram definidas as seguintes metas para 2015⁶:

- ✓ Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública (<1 doente por 10.000 habitantes).
- ✓ Alcançar e manter 90% de cura nas coortes de tratamento.
- ✓ Aumentar a cobertura de exame de contatos dos casos novos diagnosticados para 80%.
- ✓ Reduzir em 29,9% o coeficiente de detecção em < de 15 anos.

4.2 Metas regionais e locais

Qual(is) a(s) meta(s) priorizada(s) no estado/região e município-alvo da intervenção ?

A análise da situação epidemiológica e operacional das ações de controle da hanseníase e da conjuntura social e político-administrativa em cada uma dessas áreas é que vai subsidiar a definição das suas respectivas metas e o tempo para alcançá-las. Partindo de um diagnóstico situacional, feito de forma compartilhada, pelo entendimento de que uma situação é um espaço socialmente construído.

4.3 Principais Indicadores Epidemiológicos e Operacionais da Hanseníase e informações do Cenário da intervenção

- ✓ Coeficiente de detecção anual de CN residentes /100.000 habitantes (série história da última década).
- ✓ Coeficiente de detecção anual de CN residentes em < 15 anos /100.000 habitantes dessa faixa etária (série história da última década).
- ✓ Relacionados ao diagnóstico precoce: proporção de casos com grau 2 de IF entre os CN avaliados/total CN avaliados; Proporção de CN MB/total de CN detectados no mesmo período e residentes.
- ✓ Relacionados ao tratamento: % de curados (situação em 12/ano de avaliação) dos CN que iniciaram tratamento nos anos das coortes/total de CN que iniciaram tratamento no ano das coortes analisadas.
- ✓ Proporção de casos com grau 2 de IF na cura/total de avaliados na cura.
- ✓ Relacionados ao rastreamento: modo de descoberta dos casos novos e proporção de contatos domiciliares examinados/total de contatos de CN do ano registrados.
- ✓ Relacionados à cobertura: % de unidades básicas de saúde (UBS)/ Estratégia de Saúde da Família (ESF) que realizam diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos de hanseníase, no total de APS/ESF existentes.

É importante georreferenciar indicadores epidemiológicos e operacionais com os respectivos territórios e conhecer a capacidade instalada dos serviços de saúde nas microáreas do município de intervenção. Da mesma forma, a coleta de informações qualitativas, oriundas de outros setores e atores envolvidos no processo, considerando o conceito de análise situacional, no planejamento estratégico. Deverão ser consideradas as necessidades, as estruturas, as capacidades e o envolvimento da população. Sendo a área coberta pela ESF, cada território cadastrado já deve contar com as informações locais.¹¹

5. Organizando os Serviços de Saúde para a Vigilância e atenção aos portadores de hanseníase e pessoas em risco de adoecer

5.1 Vigilância em Saúde e Rastreamento

Todas as UBS devem estar preparadas para suspeitar de um caso de hanseníase, mediante exame de sintomáticos da pele e nervos periféricos, bem como seguir as diretrizes para o diagnóstico e início de tratamento. Daí a necessidade de capacitação das equipes de saúde e adoção de protocolos de rastreamento^{5,10}. Isso será tão mais prioritário

quanto mais altas forem as taxas de detecção de casos e percentual de casos avançados, incidência em < de 15 anos no município ou na região da intervenção.

As equipes de saúde da família devem receber as listagens com endereços de casos de hanseníase diagnosticados em sua área, para atuarem no exame de contatos. Mesmo sabendo que as recomendações oficiais de vigilância são para um exame do contato domiciliar, no ano de diagnóstico do caso de hanseníase, sabe-se que o período de adoecimento vai além, devido ao longo período de incubação, especialmente dos casos multibacilares.

5.2 Diagnóstico Clínico e Tratamento de Casos de Baixa Complexidade

A maioria dos casos de hanseníase apresenta sinais clínicos cardinais, que, de acordo com as normas vigentes (*portaria N° 3.125, de 07/10/2010*)⁷, podem ser diagnosticados e tratados em unidades básicas de saúde. Considera-se um caso de hanseníase a 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.
- baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Investigação – SINAN, fornecida pelas secretarias municipais de saúde (SMS).

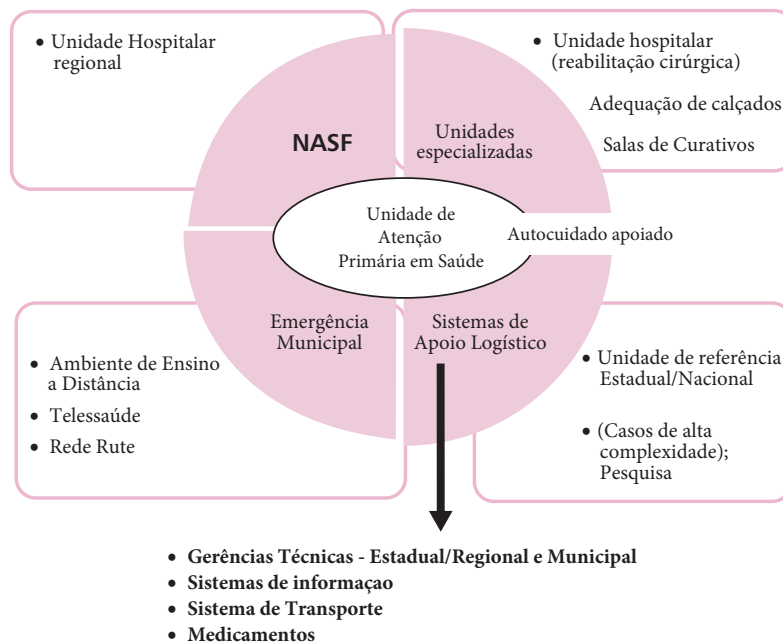
Embora essa estratégia de simplificação diagnóstica tenha favorecido a descentralização, é importante ressaltar a necessidade de diagnóstico diferencial com outras dermatoses e neuropatias periféricas. Assim a realização de exames complementares nos casos mais difíceis, além das complicações durante e após o tratamento, implica que as UBS devem contar com sistemas de apoio logístico e fluxogramas de acesso a unidades de referência para encaminhamento desses casos (figura2).

Oportunidades diagnósticas não devem ser perdidas, mas banalizar o diagnóstico de hanseníase não é aconselhado. Sem evidências de sinais e sintomas clínicos, mesmo que respaldados em história epidemiológica, melhor manter um período de observação ou encaminhamento.

5.3 Diagnóstico e Tratamento de Casos de Alta Complexidade

É importante ressaltar que, sendo uma condição crônica, a orientação dessa metodologia de abordagem prevê protocolos terapêuticos e laboratoriais para cada evento previsto e em diferentes pontos da rede de atenção à saúde. A figura 2, a seguir, permite a visualização desses pontos.

Figura 2: Pontos de cuidado importantes para portadores de hanseníase em uma Rede de Atenção à Saúde.



Está vigente a Portaria de nº 594, de 29/10/2010⁴, que estabelece mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais/Municipais de Atenção à Hanseníase, classificando os serviços em Tipos I, II e III. Essa iniciativa teve como principal preocupação a oferta de serviços de reabilitação ao portador da hanseníase com IF, que representa a carga da doença. Isso porque seu alto potencial incapacitante, causado pelos processos inflamatórios reacionais e traumatismos *em mãos e pés dormentes* se manifesta também após a alta terapêutica.

A prevenção de incapacidades físico-sociais requer uma maior compreensão do **autocuidado** não apenas pelas pessoas portadoras de sequelas, para as quais o autocuidado é imprescindível, como também pelos profissionais de saúde, multidisciplinares, que devem interagir com elas, caracterizando assim o **autocuidado apoiado**¹⁸.

Os sistemas logísticos de apoio são imprescindíveis ao bom funcionamento da rede de atenção e, embora influenciados pela política nacional e estadual do setor saúde, o gerenciamento municipal pode agilizar pactuações locais e fortalecer inovações regionais e microrregionais.

A regulação no SUS considera o modelo de referenciamento hierarquizado, que ainda é mal sistematizado na maioria dos municípios do Brasil. A perspectiva do funcionamento de fluxogramas dinâmicos na rede de serviços de saúde é um desafio para os próximos anos. Estudos de intervenção para apoiar esse processo serão de grande utilidade.

O diagnóstico, a vigilância e o tratamento das incapacidades físicas da hanseníase devem constituir-se em componentes importantes da atenção aos portadores da doença. Discuta os desdobramentos da análise dos indicadores: % de casos novos com grau 2 e o % de casos com aumento de IF na alta de tratamento, para M&A da qualidade do cuidado prestado.

6. Considerações finais para a sustentabilidade da redução do risco de adoecer de hanseníase no Brasil

- 6.1 A maioria dos futuros portadores de hanseníase já está infectada. Se estratégias de vigilância não forem mantidas, o diagnóstico tardio deles irá perpetuar a cadeia de transmissão e demandar atenção terciária, para reabilitação de casos sequelados. Além de manter eternamente o estigma ligado à doença.
- 6.2 Eventos-sentinelas, como caso em < de 15 anos e casos com deformidade visível (grau 2), devem deflagrar investigação e intensificação de vigilância na área onde ocorrem.
- 6.3 A percepção do risco de adoecer, pelos contatos de casos multibacilares, especialmente, é uma medida de prevenção que deve ser aperfeiçoada na busca de maior eficácia.
- 6.4 Da mesma forma, a percepção do risco da deficiência física em portadores de hanseníase, que deve ser trabalhada para aumentar a adesão ao autocuidado, pelos seus portadores. Mas também deve ser inculcada, na capacitação dos PS, a adesão às boas práticas clínicas, que ressignificam o cuidado com o usuário e a importância da reparação de danos físicos e sociais causados pela doença⁸.
- 6.5 Após 40 anos de implantação no Brasil, a terminologia *hanseníase* e seus derivados já adquiriu sua representação social própria, mas também incorporou

alguns atributos da *lepra*. Ações educativas devem trabalhar conteúdos atuais, sem, no entanto, banalizar a complexidade de compreensão da doença, sua história e múltiplas manifestações.

6.6 O planejamento participativo terá tanto mais sucesso quanto maior forem o número de parceiros mobilizados.

6.7 Para melhor compreensão e atuação no gerenciamento de planos de ação em hanseníase, as equipes com essa responsabilidade devem estar capacitadas nos conteúdos e nas habilidades específicas, para exercerem essa competência na gestão de serviços públicos.

Recomenda-se a leitura dos documentos técnicos e de políticas vigentes, nas referências a seguir, bem como acompanhamento e consulta *online* da legislação brasileira da área.

7. Glossário

Autocuidado: ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras.

Apoio ao autocuidado: intervenções da equipe de saúde para auxiliar as pessoas a qualificarem este processo.

Autocuidado apoiado: sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde.

Avaliação em saúde: processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e informações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde.

Comunicação e saúde: processo de interlocução no âmbito dos serviços de saúde, conferindo destaque aos variados lugares que ocupam, nos diferentes contextos e relações de poder.

Diagnóstico situacional em planejamento estratégico: conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação. Essa explicação ou análise é sempre parcial e múltipla. Uma situação é uma realidade socialmente construída^{4,31}.

Educação em saúde: experiências de aprendizagem para facilitar a comunicação e ações voluntárias de adesão a práticas saudáveis de vida.

Estratégia: maneira de construir a viabilidade para uma mudança desejada, visando alcançar determinados objetivos.

Intervenção em saúde: Ato ou efeito de intervir para apoiar a resolução de um problema. O que produz efeito não no sentido direto de “solução (direta ou imediata) do fato adverso [...] mas no sentido de ‘efeito no grupo, nas pessoas’, [...] podendo disparar movimentos para outras mudanças”^{2,21}.

Impacto: resultado final alcançado na resolução de um problema de saúde. Os efeitos seriam resultados intermediários do processo. Em geral o impacto pode ser considerado como um resultado bom ou ruim (http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5_pt.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1)

Monitoramento e Avaliação (M&A): monitoramento é a observação e o registro regular das atividades de um projeto ou programa. Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou serviço, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão³.

Planejamento: pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.¹²

Prevenção primária: ação tomada para remover causas e fatores de risco de uma doença antes que ela se manifeste.⁹

Prevenção secundária: detecção precoce e tratamento oportuno.

Prevenção terciária: ação que recupera o dano causado pela doença reabilitando o paciente para a vida funcional e social.⁸

Promoção da saúde: processo que possibilita as pessoas aumentarem seu controle sobre os determinantes da saúde e por meio disto melhorar sua saúde.²³

Problema em planejamento: definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada.

Rastreamento: realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce (prevenção secundária) ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado. O rastreamento viabiliza a identificação de indivíduos que tenham a doença, mas que ainda não apresentam sintomas⁹.

8. Siglas Utilizadas

APS = Atenção Primária à Saúde

BCG = *Bacillus Calmette-Guérin*

CN = Caso Novo

CGHDE = Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

ESF = Estratégia de Saúde da Família

GLP = *Global Leprosy Program*

IF = Incapacidade Física

MS = Ministério da Saúde

M&A = Monitoramento e Avaliação

MB = Multibacilar

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS = Organização Mundial da Saúde

ONGs = Organizações Não Governamentais

PB = *Paucibacilar*

PS = Profissionais de Saúde

SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória

TT-ID = Teste Tuberculínico Intradérmico

UBS = Unidade Básica de Saúde

Referências

- 1 - Barreto ML, Pereira SM, Ferreira AA, Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. *Jornal de Pediatria*. 2006; 82(3) Supl:S45-S51.
- 2 - Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos Humaniza SUS, n. 1; 2010.
- 3 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase: Monitoramento e Avaliação. Manual de Capacitação em M&A. Série F. Comunicação e Educação em saúde; 2009.
- 4 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 594, de 29 de outubro de 2010-Imprensa Oficial, n. 211-04/11/10. p. 78.
- 5 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Como ajudar no controle da hanseníase. Série F. Comunicação e Educação em saúde; 2008.
- 6 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Ações Estratégicas: eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública. Série C: Projetos, Programas e Relatórios; 2012.
- 7 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf
- 8 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades Física: Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, n. 1. Série A. Normas e manuais técnicos; 2008.
- 9 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Primária, n. 29; 2010.
- 10 - Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2013 mar 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>.
- 11 - Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 12 - Campos FC, de Faria HP, Santos MA, Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2010.114 p.
- 13 - Costa JSD, Victora CG. O que é “um problema de saúde pública”? *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(1):144-6.
- 14 - Duppre NC, Camacho LAB, da Cunha SS, Struchiner CJ, Salesa AM, Nery JAC, Sarno EN, et al. Effectiveness of BCG vaccination among leprosy contacts: a cohort study. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008; 102:631-638.

- 15 - Feenstra SG, Pahan D, Moet FJ, Oskam L, Richards JH. Patient-related factors predicting the effectiveness of rifampicin chemoprophylaxis in contacts: 6 year follow-up of the COLEP cohort in Bangladesh. *Lepr Rev.* 2012; 83:292-304.
- 16 - Gonçalves A. Debate: Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. *Bras Epidemiol.* 2006; 9(2): 251-6.
- 17 - IlepTecnical Review: Review of Leprosy Research Evidence (2002-2009) and implications for current Policy and Practice. *Lepr Ver.* 2010; 81:228-75.
- 18 - Mendes E Vilaça. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
- 19 - Moet FJ, Meima A, Oskam L, Richards JH. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for target interventions. *Lepr Rev.* 2004; 75:310-326.
- 20 - Moet FJ, Pahan D, Moet FJ, Oskam L, Richards JH. Effectiveness of single rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomized controlled trial. *BMJ.* 2008; 336:761-4.
- 21 - Moraes AF. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. Temas livres. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13 (Suppl 2):2041-2048.
- 22 - Moura RS, Calado KL, Oliveira ML, Bühner-Sékula S. Leprosy serology using PGL-I: a systematic review. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41 (Suppl.): 11-18.
- 23 - Neves TP. Reflexões sobre a promoção a saúde. 2006. *Rev Espaço Acadêmico*; 97. Disponível em: www.espacoacademico.com.br/062/62neves.htm.
- 24 - Novaes ARJ, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigações em sistemas de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos. *Cad. Saúde Colet.* 2008; 16(2):137-394.
- 25 - Oliveira MLW. Controle da Hanseníase in: Hanseníase: epidemiologia e controle. Lombardi C, organizador. São Paulo. Imprensa oficial-SP, arquivo do estado; 1990. p. 71-82.
- 26 - Penna MLF, Oliveira MLWR, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41 (Suppl. 2): S1-S5.
- 27 - Penna MLF, Oliveira MLWR, Penna GO. The epidemiological behavior of leprosy in Brazil. *Lep Rev.* 2009; 80: 332-344.
- 28 - Santos EM. Avaliação dos Programas de Controle da malária, dengue, Tuberculose e hanseníase: estudo de casos/municípios //estados da Amazonia legal. Relatório Final. Coord. RJ/DENSP/ENSP/FIOCRUZ; 2006.

- 29 - Souza Araújo HC. História da lepra no Brasil, período republicano I (1890-1952). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1956. v. III.
- 30 - Stefani MMA, Grassi AB, Sampaio LH. Comparison of two rapid tests for anti-phenolic glycolipid-I serology in Brazil and Nepal. 2012. Mem Inst Oswaldo Cruz; 107 (Suppl. I): 124-131.
- 31 - Stotz EM. Enfoques Sobre Educação e Saúde. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf
- 32 - WHO. World Health Organization. WHO Expert Committee on leprosy: eighth report. WHO technical report series, n. 968. Geneva: WHO; 2010. 57 p.
- 33 - WHO. World Health Organization. Enhanced Global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy-2011-2015- Report of the Global Programme Managers' Meeting on Leprosy Control Strategy SEA-GLP-2009.6. New Delhi, India: WHO; 2009 April 20-22.