



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LUCINÉIA FUTIA CAMPOS

**CARACTERÍSTICAS E TRATAMENTO DA
HANSENÍASE:
UMA BREVE REVISÃO**

ARIQUEMES – RO

2013

Lucinéia Futia Campos

**CARACTERÍSTICAS E TRATAMENTO DA
HANSENÍASE:
UMA BREVE REVISÃO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador (a): Prof.^a Ms. Sonia Carvalho de Santana

Ariquemes – RO

2013

Lucinéia Futia Campos

**CARACTERÍSTICAS E TRATAMENTO DA HANSENÍASE:
UMA BREVE REVISÃO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Ms. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Ms. Fábila Maria Pereira de Sá
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. Ms. Nelson Pereira da Silva Junior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 08 de Julho de 2013

Ao meu Deus por tudo que me proporciona na Vida.

Ao meu esposo Silas Pereira Campos, pela alegria e diversão, pelo carinho, amor, compreensão e companheirismo. Obrigado meu amor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por me permitir tudo isso neste ano como universitária, reconheço sempre em todos os meus momentos, que você é o meu maior mestre, e que todos devem conhecer e reconhecer.

À Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA e todo o seu corpo de direção e administrativo, que oportunizaram a janela que hoje visualizo um horizonte superior, completo pela confiança no mérito e ético aqui presente.

À Prof.^a Ms. Sonia Carvalho de Santana, orientadora e à minha coordenadora Prof.^a Ms. Fábيا Maria Pereira de Sá, um muito obrigado por sua dedicação, compreensão e profissionalismo durante esses meses em que trabalhamos juntas, para a construção desta monografia.

Um muito obrigado aos membros da bancada examinadora, Prof.^o Ms. Nelson Pereira da Silva Junior, Prof.^a Ms. Fábيا Maria Pereira de Sá e a Prof.^a Ms. Rosíneide Gois pelas correções sugeridas.

A todos os professores, alunos, amigos, bibliotecários e os técnicos da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, especialmente aos que estão ligados ao curso de farmácia. Obrigada. Amo vocês.

Agradeço aos meus pais, irmãos, cunhados e minhas vovós, por serem meus amigos, companheiros e acima de tudo, minha família, pois sempre me fez entender que o futuro é feito da constante dedicação no presente. Vocês são tudo na minha vida! Amo vocês.

Mais uma vez aos meus amigos e amigas, minha segunda família, que fortaleceram os laços da igualdade, num ambiente fraterno e respeitoso! Jamais lhes esquecerei!

“Jamais devemos desistir e nunca esquecer que há uma força maior dentro de nós e que toda enfermidade somente nossa mente pode superar.”
Hanseníase

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, registrada desde antiguidade, acomete pessoas de todas as idades de ambos os sexos. O agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, identificada pela primeira vez em 1873 pelo médico Gerhard Henrik Armauer Hansen. Classificada nas formas Paucibacilar e Multibacilar, provoca alterações que comprometem principalmente os nervos periféricos, a pele, vias aéreas superiores e os olhos. Comprometimento esse que provoca perda da capacidade de trabalho, afastamento da vida social, acarretando problemas psicológicos, sendo responsáveis pelo estigma e preconceito contra a doença, que era considerada incurável e mutiladora. A hanseníase possui distribuição mundial, encontrada em áreas de clima tropical com elevadas temperaturas, e considera ainda problema de saúde pública, sendo o Brasil o segundo país endêmico do mundo. Atualmente o tratamento consiste na administração de medicamentos orais como Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, aliados à prática do Tratamento Diretamente Supervisionado, proposta pela Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de aumentar a adesão do tratamento promovendo a cura e reduzindo o índice de abandono do tratamento. Espera-se que este estudo possa proporcionar a importância em conhecer a forma em que a hanseníase é classificada, para diagnosticar corretamente e tratar o paciente. As informações para a construção desta monografia foram pesquisadas em artigos e manuais referentes ao tema disponíveis na BVS e Ministério da Saúde. Estudos apontam a inclusão do farmacêutico no, tratamento da hanseníase, promovendo a saúde, orientando e dispensando ao portador da hanseníase constituindo-se em uma importante ferramenta no combate à doença.

Palavras-chave: Tratamento da Hanseníase, *Mycobacterium leprae*, Hanseníase Paucibacilar e Multibacilar.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease, recorded since antiquity, affects people of all ages in both sexes. The causative agent is *Mycobacterium leprae*, first identified in 1873 by the physician Gerhard Henrik Hansen Armauer. Classified in paucibacillary and multibacillary forms, causes changes that involve mainly the peripheral nerves, skin, upper airways and eyes. This commitment that causes loss of ability to work, withdrawal from social life, causing psychological problems, being responsible for the stigma and prejudice against the disease, which was considered incurable and crippling. Leprosy has a worldwide distribution, found in tropical areas with high temperatures, and also considers public health problem, with Brazil being the second endemic country in the world. Currently, the treatment consists of administering oral medications such as rifampicin, dapson and clofazimine, allied to the practice of Directly Observed Treatment, proposed by the World Health Organization, in order to increase treatment adherence promoting healing and reducing the dropout rate of treatment. It is expected that this study can provide important to know the manner in which leprosy is classified to properly diagnose and treat the patient. The information for the construction of this monograph were surveyed in articles and books on the subject available in VHL and Ministry of Health studies point to the need for pharmacists in the treatment of leprosy, promoting health, guiding and dispensing bearer of leprosy constituting an important tool in combating the disease.

Keywords: Treatment of leprosy, *Mycobacterium leprae*, paucibacillary and multibacillary leprosy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo Biológico do Bacilo de Hansen	18
Figura 2 - Tipos de Lesões.....	19
Figura 3 - Estados com maior número de coeficiente de detecção da hanseníase ..	22
Figura 4 - Visualização dos bacilos de Hansen em microscópio óptico	23
Figura 5 - Hanseníase Indeterminada com Manchas Esbranquiçadas, Mal Delimitadas, no Dorso	25
Figura 6 - Hanseníase Tuberculoide: Lesão Anular em membro inferior	25
Figura 7 - Hanseníase Virchowiana: Manchas Eritematosas - Acastanhadas, Mal Delimitadas, no Dorso	26
Figura 8 - Forma Virchowiana: infiltração e hansenomas no pavilhão auricular.....	26
Figura 9 - Hanseníase Dimorfa com Lesão com Bordas Externas Mal Definidas e Internas Bem Definidas no Dorso da Mão.....	27
Figura 10 - Reação do tipo 1 ou reversa	28
Figura 11 - Nódulos Avermelhados Dolorosos de Distribuição Simétrica nos Membros Superiores	28
Figura 12 – Fármacos utilizados no tratamento da hanseníase	30

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	antes de Cristo
BAAR	Bacilo Álcool - Ácido Resistente
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
AIDS /SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 ETAPA 1 – SELEÇÃO DA TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	14
3.2 ETAPA 2 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NA LITERATURA	14
3.3 ETAPA 3 - ELABORAÇÃO DA REVISÃO	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 HANSENÍASE	16
4.2 EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE	20
4.3 AGENTE ETIOLÓGICO DA HANSENÍASE	23
4.4 CLASSIFICAÇÕES OPERACIONAIS E CLINICA DA HANSENÍASE PARA OBTENÇÃO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.....	24
4.5 COMPLICAÇÕES DOS ESTADOS REACIONAIS DA HANSENÍASE.....	27

4.6. DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	29
4.7 ESQUEMAS DE TRATAMENTOS PARA HANSENÍASE	31
4.7.1 Esquema de tratamento para a hanseníase Paucibacilar	31
4.7.2 Esquema de tratamento para hanseníase Multibacilar	32
4.7.3 Esquema de tratamento para hanseníase Paucibacilar e Multibacilar em crianças	32
4.7.4 Esquema alternativo de tratamento de pessoas com intolerância a um dos medicamentos	33
4.8 EFEITOS ADVERSOS AOS MEDICAMENTOS	33
4.9. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

A hanseníase é amplamente conhecida como lepra, considerada uma das doenças mais antiga. (MONTENEGRO et al., 2011). É de natureza infecto contagiosa curável de evolução lenta, causada pela *Mycobacterium leprae* descrito, pela primeira vez em 1873, por Armauer Hansen. (ARAÚJO, 2003).

Esta doença, ainda hoje, representa um grave problema de saúde pública no Brasil, por acometer pessoas de todas as idades de ambos os sexos. (GONCALVES; MANTELLINI; PADOVANI, 2010).

Ainda não se sabe exatamente como ocorre à transmissão desta doença, mas acredita-se que é transmitida, principalmente, por meio das vias aéreas superiores, o trato respiratório, em contato direto com doentes sem tratamento. No caso dos doentes que recebem tratamento médico adequado, não há risco de transmissão. (BRASIL, 2002). Esta infecção afeta pele e nervos periféricos, causando dano neural, manchas na pele, alterações de sensibilidades ou motora. (ANDRADE et al., 2011).

A partir do diagnóstico clínico e ou laboratorial do *Mycobacterium leprae* passa identificar se no paciente as formas Paucibacilar ou Multibacilar iniciando o tratamento com as drogas padrão, Clofazimina, Dapsona e Rifampicina. (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003). Sendo dispensados gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde do Brasil. (BRASIL, 2010).

Desta forma este estudo reitera a importância em conhecer as formas clínicas e classificação operacional da hanseníase para seu diagnóstico e tratamento. Justificando que o Brasil é o país mais endêmico das Américas e Rondônia estar entre os estados com maior número de coeficiente de detecção da hanseníase que compreende o cluster 3 e 10 conforme figura 3.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a hanseníase.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Contextualizar a hanseníase como problema de saúde pública;

Conhecer as bases gerais do tratamento da hanseníase;

Conhecer a classificação operacional da hanseníase;

Discorrer sobre a atenção farmacêutica.

3 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo de revisão de literatura, no qual foram estabelecidas três etapas:

3.1 ETAPA 1 – SELEÇÃO DA TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

A seleção do tema foi fruto de leitura prévia e principalmente de observação direta durante o estágio curricular, da graduação em Farmácia. O desenho amostral foi realizado através de abordagem bibliográfica, desenvolvida com base em material previamente elaborado por outros autores, e a sua busca foi feita utilizando-se as plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Ministério da Saúde (MS) e Conselho Federal de Farmácia (CFF). A estratégia de busca inclui artigos, manuais normativos, dissertações, publicações e documentos oficiais, como portarias, e a pesquisa se realizou no período de junho de 2012 a junho de 2013.

3.2 ETAPA 2 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NA LITERATURA

A análise dos dados encontrados em literatura foi realizada através da seleção do material pertinente, o que é possível através do estabelecimento de palavras-chave para a procura do material. Os deCS (Descritores em Ciências da Saúde): foram Tratamento da Hanseníase, *Mycobacterium leprae*, Hanseníase Paucibacilar e Multibacilar.

3.3 ETAPA 3 – ELABORAÇÃO DA REVISÃO

Para a estruturação do trabalho selecionou-se material referente à hanseníase, etiologia, sinais e sintomas, complicações, história, mortalidade, reabilitação, prevenção, controle, transmissão, epidemiologia, transmissão, diagnósticos, tratamento medicamentoso, tipos de reação, classificação, ação dos medicamentos e efeitos adversos aos medicamentos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HANSENÍASE

Segundo Eidt (2004) é conhecida desde a antiguidade como lepra, registrada pela primeira vez por volta de 1300 a.C, sendo que já existia no Egito a quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, conforme um papiro da época de Ramsés Segundo.

De acordo com as escrituras sagradas, houve casos de pessoas contaminadas com o mal de Hansen, por exemplo, em Mateus capítulo 8 versículos 1 a 4 “(eis que veio um leproso e ou adorou...)”, e Lucas Capítulo 17 versículos 12 “(... saíram-lhe ao encontro dez homens leprosos...)”, havendo citações bíblicas como em Levítico capítulo 13 versículo 1 a 59, onde descreve todos os sintomas da lepra. (BIBLIA SAGRADA, 1995).

Nas Américas, a doença deve ter chegado entre meados do século XVI e XVII com os colonizadores, por não apresentar nenhum registro da doença entre as tribos indígenas. Mas nos Estados Unidos foram os franceses que trouxeram a doença. (EIDT, 2004).

Na América do Sul, provavelmente, a doença veio com colonizadores portugueses e espanhóis, pois os primeiros casos de hanseníase observados na Colômbia eram de origem espanhola. A chegada da hanseníase no Brasil ocorreu por vários pontos do litoral, com a chegada dos primeiros portugueses colonizadores, principalmente os açorianos, que muito contribuíram para a disseminação da doença. (EIDT, 2004).

No Brasil as primeiras notificações de casos da doença foram no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde anos mais tarde criou-se o primeiro lazareto, sendo conhecido como local destinado a abrigar os doentes de Lázaro, leprosos ou lazarentos. (EIDT, 2004). Naquela época, no Brasil, a assistência prestada aos doentes era feita em instituições de caridade, o que tornava difícil o conhecimento do progresso da endemia ao governo. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

Na Região Amazônica, a hanseníase deve ter chegado pelo estado do Pará, pois era grande o trânsito de pessoas entre Belém, Santarém e Manaus, devido ao desenvolvimento comercial que contribuiu para disseminação da doença na região

norte. Prevalendo ainda nos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima. (EDIT, 2004).

A hanseníase, por ter como característica principal o comprometimento dos danos dos nervos periféricos, promove incapacidades físicas e deformações, entre eles, perda da capacidade de trabalho, afastamento da vida social, desencadeando até problemas psicológicos, perpetuando a estigma e preconceito em relação à doença. Vieira et al. 2008 relata que na sua historicidade as pessoas doentes eram afastadas da sociedade, isolados, discriminadas e tratadas em leprosários durante longos anos.

Estigma esse que ocorre desde muito tempo, sendo um pouco complexo, que exige ainda um processo de mudança. Por este sentido, desenvolveram-se muitas ações e ainda sendo desenvolvido com intuito de amenizar este estigma. Uma das ações foi mudar o nome lepra para hanseníase, mas nem todos os países adotaram esta nomenclatura. O Brasil foi o primeiro a substituir oficialmente lepra por hanseníase, contribuindo para a redução do preconceito e o estigma. (VIEIRA et al., 2008)

Segundo Andrade et al. (2011), a hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, conhecida como bacilo de Hansen, sendo a única bactéria patogênica que acomete os nervos periféricos, a pele, a face, os braços, as pernas, as pernas, as mãos, as vias aéreas superiores e os olhos. Esta doença progride lentamente com período de incubação em torno de 2 anos, podendo a infecção permanecer silenciosa levando a sintomas até 7 anos após o contato. (GUSMAO; ANTUNES, 2009). Já Luna et al. (2010) relata que a hanseníase possui um período de incubação de 3 anos a 5 anos.

O *Mycobacterium leprae* tem demonstrado possuir alto poder de infectividade e baixa patogenicidade. (ARAÚJO, 2003; DUARTE-CUNHA et al., 2012). Duarte-Cunha et al. (2012) diz ainda que, por não haver conhecimentos exatos de todos os aspectos clínicos e laboratoriais da hanseníase, como a impossibilidade de cultivar a *Mycobacterium leprae*, torna-se difícil compreender os pontos cruciais da doença, como o mecanismo de transmissão, o neurotropismo e a suscetibilidade de alguns indivíduos para o desenvolvimento de formas mais graves.

Acredita-se que a transmissão da hanseníase se dá entre pessoas que apresentam a forma infectante da doença, estando sem tratamento, eliminando o bacilo por meio de secreções respiratórias, para o ar durante o ato de falar, tossir,

bocejar e espirrar, podendo assim transmitir para outras pessoas suscetíveis. (BRASIL, 2008). Após a entrada do bacilo de Hansen no organismo e o mesmo não sendo destruído, passa a instalar na célula de Schwann e na pele, conforme exposto na figura 1. E a sua disseminação ocorrerá quando o agente infectante não encontrou nem um tipo de resistência para se multiplicar, afetando assim outros tecidos de formas mais graves. (ARAÚJO, 2003). Lastória e Abreu (2012) escreveram que esta infecção pode ser transmitida por contato íntimo e prolongado, após a inalação dos bacilos.



Figura 1 - Ciclo Biológico do Bacilo de Hansen

Fonte: Brasil (2011)

A hanseníase não é transmitida por abraços, carinho ou aperto de mão, não havendo necessidade de separar roupas, pratos e copos em sua residência ou local de trabalho quando o paciente estiver em tratamento. (BRASIL, 2002). A hanseníase é uma doença curável, e, quanto mais cedo for diagnosticada e tratada, mais rápida será a cura. O tratamento com drogas são dispensados gratuitamente nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (BATISTA et al., 2011).

A hanseníase caracteriza-se através e sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos. Porém, os sinais e sintomas dermatológicos são essenciais para identificação das lesões de pele (manchas pigmentares, nódulos, tubérculo, placas e infiltrações) que frequentemente encontram-se nas áreas da face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, podendo ocorrer também na mucosa nasal e devem ser pesquisadas as lesões de pele, a ausência de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil conforme figura 2. (BRASIL, 2002).



Figura 2 - Tipos de Lesões

Fonte: Brasil (2002)

Já nos sinais e sintomas neurológicos se caracterizam por espessamento nos nervos periféricos, perda de sensibilidade térmica (olhos, mãos e pés), dolorosa, tátil, paralisia muscular, perda de pelos (alopecia), perda da capacidade de suar (anidrose) e a perda de força nos músculos inervados (pálpebras, membros superiores e inferiores). A neurite (processo inflamatório dos nervos periféricos) que na maioria das vezes manifesta-se de forma aguda, acompanhado de dor intensa, hipersensibilidade, edema, perda de sensibilidade e lenta paralisção dos músculos. (BRASIL, 2001).

No diagnóstico deve-se estar atento para não confundir com outras doenças dermatológicas com a Ezeatide (Pitiríase Alba, astro voltane), Pitiríase Versicolor (pano branco), vitiligo e dermatofitoses (Tinea corporis). (BRASIL, 2002).

Na avaliação neurológica, o diagnóstico deve ser realizado semestralmente e também no tratamento, sempre que houver queixas e suspeita de ocorrência de neurites e reações, durante ou após o tratamento poliquimioterapia (PQT). (BRASIL, 2001).

Na hanseníase, os principais nervos acometidos são os que passam pela face (trigêmeo e facial, que podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz), pelos braços (radial ulnar e mediano, que podem causar alterações nos braços e mãos) e pelas pernas (fabular comum e tibial posterior, que podem causar alterações nas pernas e pés). (BRASIL, 2001).

O diagnóstico cursa muitas vezes com diagnóstico diferencial com outras patologias de sintomatologia neurológica, como a Síndrome do Túnel do Carpo, e neuralgia parestésica, neuropatia alcoólica, neuropatia diabética, lesões por esforços repetitivos. (BRASIL, 2001). O acometimento neurológico manifesta-se com lesões neurais principalmente os nervos periféricos, o que depende da forma que o paciente será acometido. (BUDEL et al., 2011).

4.2 EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE

A evolução humana passará por alterações nas etapas de envelhecimento, adolescência e gravidez, assim como em suas necessidades biológicas e no equilíbrio dinâmico, transformando alguns hábitos alimentícios e higiênicos que devem ser adaptadas a fim de superar determinadas doenças, dentre elas a hanseníase. (BRASIL, 2002).

A disseminação desta doença tem confirmado que os fatores econômicos, sociais e culturais auxiliam na sua propagação, principalmente quando associados às más condições sanitárias e baixo grau de escolaridade da população. Além das diferenças inter-regionais, existem ainda as diferenças intermunicipais na detecção da hanseníase, também consideradas elevadas no Brasil. (JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

A propagação geográfica da hanseníase permanece com numerosas lacunas. As principais áreas, historicamente endêmicas no mundo, encontram-se em clima tropical com elevadas temperaturas e precipitações pluviométricas, porém, em regiões de clima temperado e frio, a hanseníase também já apresentou incidências altas, não obstante fosse eliminada sem uma explicação definitiva. (MAGALHAES et al., 2011). Atualmente, 80% dos casos novos concentram-se em países localizados na faixa intertropical. No cenário mundial, o Brasil está ao lado da República Democrática do Congo, Moçambique e Nepal, sem atingir a meta de eliminação de um caso a cada 10.000 habitantes. Juntos, estes países são responsáveis por 23% de todos os casos novos detectados durante o ano de 2006 e por 34% de todos os casos registrados no início de 2007. (PEREIRA et al., 2011).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase estabelecendo e redirecionando a política de eliminação

da doença. As metas estabelecidas foram que, até dezembro de 2005, as taxas de conclusão do tratamento e de cura deveriam ser superiores a 90% em todos os estados do país.

Em 2010, a meta para prevalência era de um caso para cada 10 mil habitantes para todos os municípios do país. Entretanto o coeficiente de detecção foi de 1,82 para 10 mil habitantes, o que correspondem a 34.894 novos casos da doença nos países, segundo o MS. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012). Já entre os anos de 2010 a 2011, o coeficiente de detecção de novos casos começa a cair para 15%. Em 2011, dados preliminares mostra que o coeficiente de detecção começa a cair para 1,58 casos por 10 mil habitantes. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

Em 2011, a Secretaria de Vigilância em Saúde criou a Coordenação Geral de Hanseníase, com finalidade de fortalecer a resposta para um grupo de doenças incluindo a hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, geohelmintíases, oncocercose e tracoma em que os resultados dos programas nacionais foram considerados insuficientes e incompatíveis com a capacidade do (SUS) em resolver os problemas de saúde da população. (BRASIL, 2008a).

No Brasil há regiões que a detecção de novos casos da doença ainda permanece aumentada como no Centro-Oeste, Norte e Nordeste, como demonstrado na Tabela 1. (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

Tabela 1 - Coeficiente de Detecção da Hanseníase

Cluster (nº)	Estados de abrangência	Regiões
1	Maranhão/Piauí/Pará/Tocantins	Norte/Nordeste
2	Mato Grosso/Goiás/Tocantins	Norte/Centro Oeste
3	Rondônia/Mato Grosso	Norte/Centro Oeste
4	Bahia/Minas Gerais/Espírito Santo	Nordeste/Sudeste
5	Pernambuco	Nordeste
6	Piauí/Ceará/Paraíba/Pernambuco/Bahia	Nordeste
7	Amazonas/Pará/Amapá	Norte
8	Piauí/Bahia	Nordeste
9	Minas Gerais/Goiás	Sudeste/Centro Oeste
10	Rondônia/Acre/Amazonas	Norte

Em estudo de Cluster (aglomerados de casos) para identificar a distribuição espacial dos focos ativos da doença no Brasil os cinco estados com os maiores coeficientes de detecção são pertencentes a Amazônia Legal, destacando Rondônia, presente em dois clusters: o cluster de número três (3), no qual se destaca com Mato Grosso e o cluster numerado dez (10), que se destaca na área de limites entre o estado e o Acre figura 3. No período entre 2001 e 2009, o estado de Rondônia notificou 12.456 casos de hanseníase, onde 11,34% de novos casos notificados encontram-se concentrado na cidade de Ji-Paraná. (SOARES, 2011).

Aglomerados de novos casos de hanseníase no Brasil entre 2005 a 2007 ordenados segundo o coeficiente de detecção é por 100 mil habitantes (SOARES, 2011). Entretanto, o Brasil é considerado o país mais endêmico das Américas, com 94% dos casos novos notificados, e o segundo em número de casos no mundo, ficando atrás somente da Índia. (PEREIRA et al., 2011).

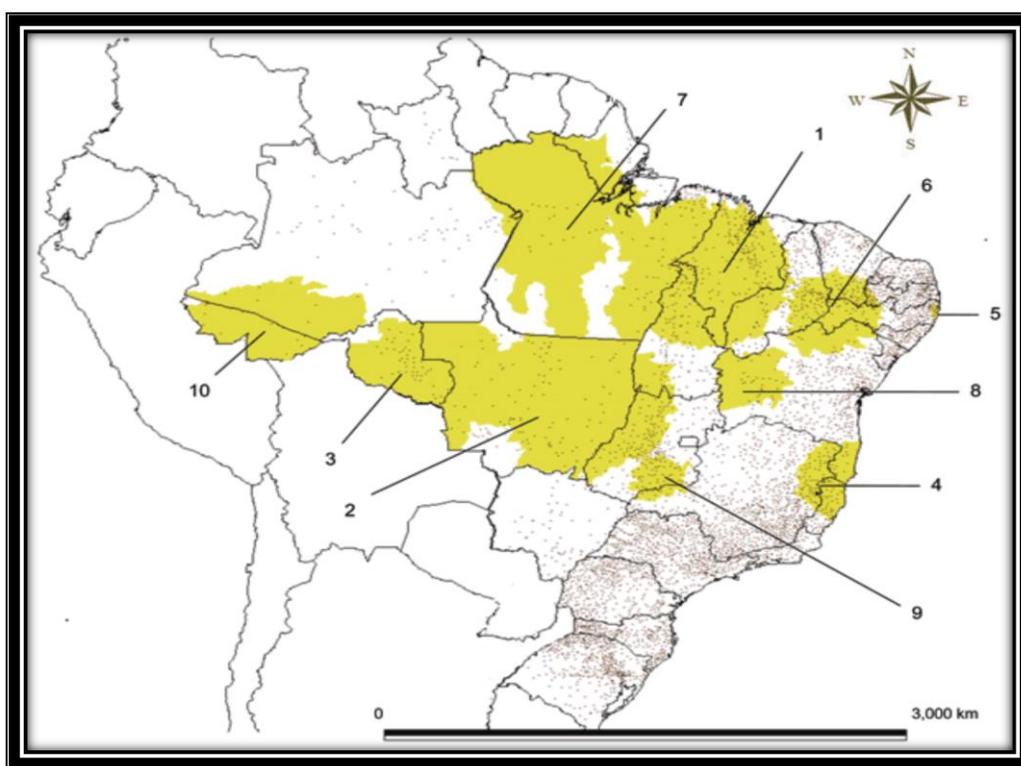


Figura 3 - Estados com maior número de coeficiente de detecção da hanseníase

Fonte: Soares (2011)

4.3 AGENTE ETIOLÓGICO DA HANSENÍASE

Apresenta-se na forma de bacilo íntegro ou levemente encurvado, possuindo extremidades arredondadas, bacilo fragmentado ou bacilo granuloso com aproximadamente 1 a 8 µm de comprimento e 0,3 µm de diâmetro. (BRASIL, 2010). Taxonomicamente, o *Mycobacterium leprae* pertence à ordem Actinomycetales, dentro da família *Mycobacteriaceae* do gênero *Mycobacterium* da classe Schizomycetes. (BRASIL, 1960; MACIEIRA, 2000).

O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório que possui afinidade por células cutâneas e células dos nervos periféricos. (BRASIL, 2005).

O agente etiológico responsável pela hanseníase foi identificado pela primeira vez pelo médico Gerhard Henrik Armauer Hansen, norueguês em 1873. (ARAÚJO, 2003). Antes da identificação por Hansen, a lepra era considerada doença hereditária. (DURAES et al., 2005). Acreditou-se que por volta do século XX, o homem era a única fonte de infecção do bacilo de Hansen. Entretanto, em 1960 e, posteriormente, em 1971 demonstrou-se que esta bactéria já tinha sido identificada em animais silvestres como, tatu e macaco. (ARAÚJO, 2003).

O *Mycobacterium leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), gram positivo quando submetido à coloração Ziehl-Neelsen, apresentara, na maioria deles, coloração de forma irregular ou aspecto granular observado por Hansen e confirmado posteriormente por outros pesquisadores, conforme figura 4. (MACIEIRA, 2000).

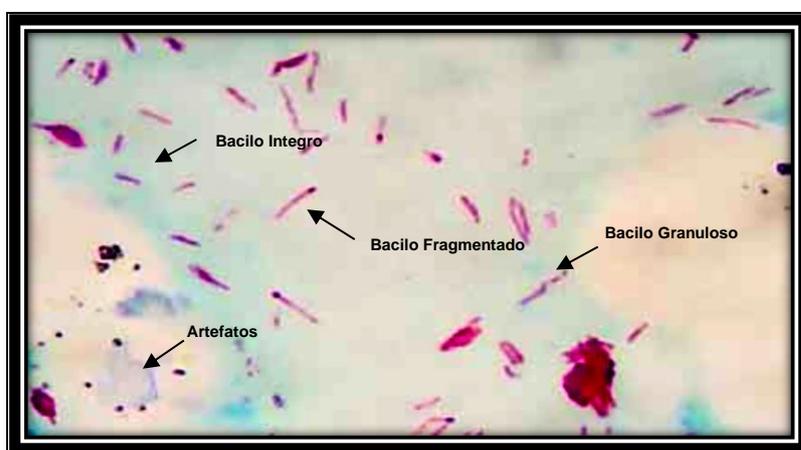


Figura 4 - Visualização dos bacilos de Hansen em microscópio óptico

Fonte: Brasil (2010)

Hansen e Looft, em 1895, consideraram a transformação em grânulos como morte bacilar. Por volta de 1960, outros pesquisadores finalmente puderam observar, por meio de microscopia ótica e eletrônica, que os bacilos corados irregularmente não eram duradouro devido parcialmente à perda do conteúdo celular, o que ocorre após a morte do bacilo. (MACIEIRA, 2000).

4.4 CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E CLÍNICA DA HANSENÍASE PARA OBTENÇÃO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Para a obtenção do tratamento com esquema PQT, a hanseníase deve ser classificada em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB). Os doentes PB podem ser encontrados na forma clínica Indeterminada e ou Tuberculóide, caracterizada por apresentar menos de cinco lesões de pele, sendo considerada insuficiente para infectar outras pessoas. (VIEIRA et al., 2008).

Já os MBs são divididos em Dimorfa e Virchowiana característico por apresentar mais de cinco lesões de pele, sendo considerada a forma contagiosa da doença. (VIEIRA et al., 2008). A classificação operacional do paciente em PB ou em MB e o seu diagnóstico é de grande importância para selecionar o esquema adequado de tratamento quimioterápico ao caso. (BRASIL, 2002).

A forma clínica indeterminada é a primeira manifestação da doença, que após um longo período de tempo (meses ou anos), pode levar à evolução para as demais formas clínica ou a cura. (BRASIL, 2010).

Clinicamente, é caracterizada por manchas esbranquiçadas (máculas hipocrômicas), podendo ser única ou múltipla e com sensibilidade diminuída conforme exposto na figura 5. (LASTÓRIA; ABREU, 2012). Segundo Brasil (2010), pode haver alterações apenas de sensibilidade térmica preservando as sensibilidades dolorosa e tátil. Além disso, não há comprometimento de nervos e, por isso, não causa aos pacientes alterações motoras ou sensitivas que possam levar a incapacidade, bem como negatividade na baciloscopia.



Figura 5 - Hanseníase Indeterminada com Manchas Esbranquiçadas, Mal Delimitadas, no Dorso

Fonte: Lastória e Abreu (2012)

Na forma clínica Tuberculóide as lesões existentes apresentara bordas reduzidas e numerosas, com distribuição assimétrica e anestésica ao longo da pele (BRASIL, 2010; BUDEL et al., 2011). Caracteriza-se por lesões cutâneas e isoladas, com áreas eritematosas ou placas de manchas esbranquiçadas na pele, bem nítidas e definidas, normalmente com as bordas externas elevadas e o centro normal, conforme figura 6. Estas lesões são dolorosas, tátil e possui alteração da sensibilidade térmica, podendo ter cura instantânea e com negatividade a baciloscopia (BRASIL, 2010; BUDEL et al., 2011; LASTÓRIA; ABREU, 2012).



Figura 6 - Hanseníase Tuberculoide: Lesão Anular em membro inferior

Fonte: Lastória e Abreu (2012)

Na forma clínica Virchowiana as, manchas são esbranquiçadas, eritematosas ou acastanhadas, pápulas, nódulos e tubérculos disseminados pelo corpo, infiltração, hansenomas no pavilhão auricular, com as bordas mal definido, e úlceras

na face anterior das pernas, conforme figuras 7 e 8, sendo comum edema nos membros inferiores com queda de pelos dos supercílios, cílios e membros. (QUINTAS et al., 2009; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Nesta forma, os nervos comprometidos são os músculos da pele, troncos nervosos e inervação vascular que apresentará deficiências funcionais e sequelas tardias. (QUINTAS et al., 2009). Segundo Lastória e Abreu (2012) esta forma pode comprometer as mucosas, testículos, olhos e ossos. Sendo positivo a baciloscopia. (BRASIL, 2010).



Figura 7 - Hanseníase Virchowiana: Manchas Eritematosas - Acastanhadas, Mal Delimitadas, no Dorso

Fonte: Lastória e Abreu (2012)



Figura 8 - Forma Virchowiana: infiltração e hansenomas no pavilhão auricular

Fonte: (PIRES et al., 2012)

A forma clínica Dimorfa possui diferentes respostas imunológicas do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae* causando grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nervos ou de forma sistêmica. As lesões

cutâneas dos Dimorfa-Dimorfa mostram aspectos característicos parecidos com a hanseníase Virchowiana e Tuberculoide podendo predominar ora de um tipo ora de outro. (LASTÓRIA; ABREU, 2012). Nesse caso, o acometimento dos nervosos é bem moderado, as lesões possuem bordas externas mal definidas e as internas bem definidas com placas eritematosas, infiltradas, com centro oval hipopigmentadas (aspecto em fóvea) o qual pode ser visto na figura 9. (LASTÓRIA; ABREU, 2012). E com positividade a baciloscopia. (BRASIL, 2010).



Figura 9 - Hanseníase Dimorfa com Lesão com Bordas Externas Mal Definidas e Internas Bem Definidas no Dorso da Mão

Fonte: Lastória e Abreu (2012)

4.5 COMPLICAÇÕES DOS ESTADOS REACIONAIS DA HANSENÍASE

Os estados reacionais da hanseníase podem ocorrer dentro de seis meses após o tratamento ou durante o tratamento, classificado como reação do tipo 1 e reação do tipo 2. (ARAÚJO, 2003; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A reação tipo 1 ou reversa tem como principal característica o aparecimento de novas lesões dermatológicas (pápulas ou placas eritematosas) que apresentarão alterações de cor, edema nas lesões antigas geralmente não são dolorosas, podendo apenas trazer certo desconforto ao doente, figura 10. (SOUZA, 2010)



Figura 10 - Reação do tipo 1 ou reversa

Fonte: Lastória e Abreu (2012)

Já a reação do tipo 2, apresenta como principal característica a manifestação frequente de Eritema Nodoso Hansênico, devido a numerosos bacilos que são mortos e lentamente descompensados. Apresentando assim nódulos ou pápulas avermelhadas dolorosas, febre, mal-estar geral, dores articulares, neuralgia e espessamento dos nervos, figura 11. (BRASIL, 2002).

Esta reação tem sido considerada um grande problema no tratamento dos portadores desta doença, por produzir carga de sofrimento que vem refletindo diretamente na incompreensão dos pacientes quanto à realidade de que a hanseníase tem cura. (SOUZA, 2010).



Figura 11 - Nódulos Avermelhados Dolorosos de Distribuição Simétrica nos
Membros Superiores

Fonte: Lastória e Abreu (2012)

Araújo (2003) relata que o doente que apresentar estas formas de reações antes ou após o tratamento devera usar como tratamento, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais (AINES).

4.6 DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O diagnóstico é essencialmente clínico e laboratorial. No exame clínico é feita a anamnese do paciente, que inclui a análise da história clínica e epidemiológica (condições de vida do paciente), para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade ou se há comprometimento dos nervos periféricos (sensitivo motor ou autonômico). (PIRES et al., 2012).

No diagnóstico laboratorial é feita a coleta da amostra através de raspado intradérmico (baciloscopia), usando o método de coloração de Ziehl-Neelsen, que avaliará os índices baciloscópicos (escala logarítmica entre 0 e 6+) e morfológico. Sendo então utilizado como exame complementar para a identificação dos casos PB e MB de difícil classificação clínica. Quando a baciloscopia for positiva, é classificada como MB, independentemente do número de lesões identificada. Entretanto o resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença. (BRASIL, 2010). Após o diagnóstico e a sua classificação o tratamento deve ser iniciado imediatamente. (BRASIL, 2002).

Araújo (2003) afirma que a adesão ao tratamento integral da hanseníase exige que o paciente assuma inúmeras responsabilidades e compromissos, o que é parte essencial da cura e que o mesmo deve estar consciente disso. Três fatores importantes são ressaltados para melhorar adesão ao tratamento: a percepção da importância dos objetivos a atingir, a probabilidade de que a ação levará ao objetivo e o esforço requerido.

O tratamento é feito com quimioterapia específica o que, é essencial para a obtenção da cura, já que a cadeia de transmissão é interrompida. Sendo, portanto, estratégico o uso da PQT no controle da endemia e eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública. (BRASIL, 2002).

Para que haja tratamento integral faz-se necessário um esforço organizado de toda a rede básica de saúde no sentido de fornecer o tratamento a todas as pessoas com hanseníase. (BRASIL, 2002).

A PQT consiste no uso conjunto de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina sendo as drogas de primeira escolha. (ARAÚJO, 2003).

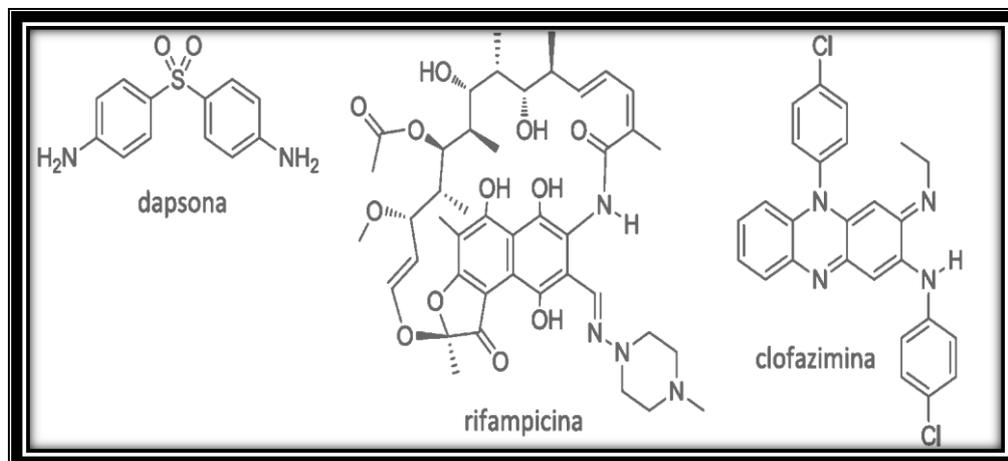


Figura 12 – Fármacos utilizados no tratamento da hanseníase

Fonte: Boechat e Pinheiro (2012)

A Dapsona é um antibacteriano indicado para tratamento da hanseníase e dermatite, conhecido como o único fármaco que deteve a doença. Agindo com o ácido para-aminobenzóico (PABA), bloqueando ou diminuindo a síntese do ácido fólico eliminando o bacilo causador da hanseníase. A Rifampicina é um antibiótico usado na década de 60 pela primeira vez no combate à *Mycobacterium leprae* e *Mycobacterium tuberculosis* inibindo a síntese proteica bacteriana por combinar com o RNA polimerase da microbactéria. Já a Clofazimina é um antibacteriano, é indicada como anti-hansênica utilizado inicialmente em monoterapia e atualmente usado na PQT, que poucos relatos em casos de resistências. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

E estas drogas em associação tem a função de matar o bacilo, promovendo a cura, desta forma evitando a evolução da doença, prevenindo deformidades e incapacidades. A utilização dos medicamentos que compõem a poliquimioterapia garante a eficácia da morte bacilar. Quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitará a cura da doença. A administração dos medicamentos para criança e adultos é de acordo com a forma clínica e classificação operacional da doença, sendo a dose do medicamento ajustada de acordo com a idade e peso do paciente. (BRASIL, 2002).

Não há vacina para *Mycobacterium leprae*, porém o bacilo de *Calmette-Guérin* (BCG), utilizada contra a tuberculose, também oferece alguma proteção contra hanseníase. No Brasil, recomenda-se a administração de BCG em indivíduos que estão em contatos domiciliares com pacientes de hanseníase, independente da idade, exceto para os HIV, positivos (vírus da imunodeficiência humana). Porém, já se demonstrou a eficácia e efetividade variáveis da vacina BCG, na hanseníase; entretanto, não é recomendado somente o uso da BCG para a prevenção. Ensaios clínicos com adição do bacilo de Hansen morto à vacina BCG, para aumentar a resposta imunológica, não demonstraram eficácia. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

É importante ressaltar que enquanto uma vacina efetiva para hanseníase não se encontra disponível, programas de vigilância epidemiológica assumem importância central no controle e prevenção da doença. (LOBO et al., 2011). Os cientistas podem contribuir com novas descobertas e fármacos que possuem mais eficácia, mais seletiva, menos toxicidades, mesmo diante da impossibilidade de cultivar e inoculação do bacilo de Hansen. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

4.7 ESQUEMAS DE TRATAMENTOS PARA HANSENÍASE

A hanseníase tem cura e possui tratamento tanto para forma Paucibacilar quanto para forma Multibacilar. (BRASIL, 2002).

4.7.1 Esquema de tratamento para a hanseníase Paucibacilar

No tratamento PB recomenda-se a administração supervisionada (por um profissional de saúde) de Rifampicina 600mg, (2 cápsulas de 300mg) e Dapsona 100mg (01 comp.).O tratamento segue com dose diária auto administrada de Dapsona 100mg por 28 dias. O esquema preconizado é de seis doses, podendo ser considerado apto para cura à utilização de seis doses em até nove meses. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

4.7.2 Esquema de tratamento para hanseníase Multibacilar

O tratamento é através da administração supervisionada (por um profissional de saúde) a cada quatro semanas, a base de Rifampicina 600mg, (2 cápsulas de 300mg cada), Dapsona 100mg, (01 comp. de 100mg)e Clofazimina 300mg, (3 cápsulas 100mg cada). Seguido com uso auto administrado de uma dose diária Clofazimina 50mg e Dapsona 100mg. Com tempo de duração de tratamento preconizado de 12 doses sendo considerado tratado o alcance das 12 doses em até18 meses. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

4.7.3 Equema de tratamento para hanseníase Paucibacilar e Multibacilar em crianças

Para crianças portadoras desta doença, as doses de medicamentos destes esquemas, são ajustadas, conforme a seguir:

Para crianças de 0 a 5 anos, o esquema paucibacilar, preconiza o tratamento é através da administração mensal supervisionada e diariamente de uma capsula de contendo 25mg de Dapsona, associada com Rifampicina de 150mg e 300mg, administrada mensalmente supervisionada. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

Já para crianças de 6 a 14 anos, o tratamento se inicia após a administração mensal supervisionada de 50mg de Dapsona associado à Rifampicina de 300mg a 450mg, seguido de dose auto administrada diária de Dapsona 50mg. (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

Para crianças de 0 a 5 anos, o esquema multibacilar o tratamento inicia-se após a administração mensal e diariamente supervisionada de 25mg de Dapsona associado com a Rifampicina de 150 a 300mg sendo administrada mensal supervisionada e Clofazimina de 100mg sendo administrada semanalmente e mensal supervisionada. (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

Para crianças de 6 a 14 anos, o esquema multibacilar o tratamento se inicia com a administração supervisionada de Dapsona 50 a 100mg e Rifampicina de 300 a 450mg a cada quatro semanas, seguido de tomada auto administrada de

Clofazimina de 150mg três vezes por semana e Dapsona 50mg diária. (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

4.7.4 Esquema alternativo de tratamento de pessoas com intolerância a um dos medicamentos

O tratamento com o esquema alternativo (ROM) envolve a utilização em dose única supervisionada de 28 em 28 dias com Rifampicina de 600mg associada à Minociclina de 100mg e Ofloxacina de 400mg. (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003; DINIZ et al., 2010). Quando o paciente não comparecer na unidade de saúde conforme a data agendada, a medicação deve ser dada mesmo em seu domicílio. (BRASIL, 2002).

4.8 EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS

Assim como os medicamentos de forma geral, como aqueles utilizados na PQT, os utilizados para o tratamento das complicações dos estados reacionais também podem provocar efeitos colaterais. Os trabalhos disponíveis na literatura permitem afirmar que o tratamento PQT raramente precisa ser interrompido em virtude dos efeitos colaterais. (BRASIL, 2002).

A Rifampicina é uma droga de boa tolerância, sendo que seus efeitos colaterais mais graves acontecem quando utilizada de maneira intermitente, tais como: Síndrome pseudogripal, insuficiência respiratória, choque, anemia hemolítica e insuficiência renal. (DINIZ, 2010).

A Ofloxacina além de inibir a síntese do DNA do bacilo, é contra indicada para mulheres grávidas e menores de 18 anos, devido o alto risco de doença articular. Tem como efeito colateral a alterações no paladar, cefaleia, fotossensibilidade, fototoxicidade, erupções cutâneas, alterações gastrointestinais e toxicidade do sistema nervoso central. (DINIZ, 2010).

A Minociclina pertence ao grupo das Tetraciclinas com ação bactericida, que inibe a síntese proteica ao se ligar com os ribossomos dos bacilos. É contra indicada

para grávidas e crianças menores de oito anos, por ocasionar anormalidades ósseas fetais e no esmalte dentário. Os efeitos colaterais são alterações gastrointestinais e às cutâneas (exantema morbiliforme, urticária e raramente, reações fototóxicas, fotonicolise e erupção medicamentosa fixa). (DINIZ, 2010).

A Clofazimina possui efeitos gastrintestinais, cutâneos e ressecamento da pele. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012). Araújo (2003) escreve que esta droga causa também ictiose, coloração avermelhada e diarreia.

A Dapsona apresenta efeitos cutâneos, icterícia, cianose, gastrite, cefaleia, anemia hemolítica, neuropatia periférica, síndrome nefrótica, fotodermatite, metahemoglobinemia, agranulocitose, hepatite e síndrome sulfona. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

8. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Destaca Ivana et al. (2002, p. 17), que assistência farmacêutica e atenção farmacêutica possuem conceitos distintos. Sendo atenção farmacêutica classificada como as “atividades específicas do farmacêutico” no âmbito da atenção à saúde, enquanto a assistência farmacêutica “envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais.” A atenção farmacêutica está inserida na prática da assistência farmacêutica, tendo como meta à prevenção e a recuperação da saúde de forma integrada a equipe da assistência farmacêutica.

Segundo o MS (BRASIL, 2007) no SUS a atenção farmacêutica deve ser aplicada principalmente em pacientes com maiores necessidades de cuidados farmacoterapêuticos, como hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, DST/AIDS, tuberculose, entre outras. Dessa maneira a atenção farmacêutica é definida como o cuidado dispensado ao doente visando à melhora da qualidade de vida do paciente e não se preocupando apenas aos cuidados com o armazenamento ou compra de medicamentos.

De acordo com a Secretária Geral do Conselho Federal de Farmácia (2005), Dra. Lérida Vieira, o farmacêutico tem o dever dentro de suas ações no campo da atenção básica, contribuir para mudar a realidade do país, quanto ao combate á hanseníase. Narikawa (2008) relata também que a presença do farmacêutico nas

equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na Estratégia da Saúde da Família (ESF) é indispensável no tratamento da hanseníase.

O farmacêutico ocupa papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnica científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos. (ARAÚJO et al., 2008).

Todas as atividades farmacêuticas relacionadas ao paciente, como indicação de medicamentos que não necessitam de prescrição médica, a orientação farmacêutica e a dispensação, são consideradas atividades da prática da atenção farmacêutica junto com o acompanhamento farmacoterapêutico. E ao englobar as ações de saúde concordantes com os princípios do Sistema Único de Saúde, proposta esta que considera a realidade brasileira da profissão farmacêutica e das farmácias comunitárias no país. (ANGONESI; RENNO, 2011).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2010), o (NASF) é uma iniciativa que busca ampliar os profissionais vinculados à equipe de Estratégia da Saúde da Família com o objetivo de compartilhar as responsabilidades do Sistema Único de Saúde.

Recentemente o BRASIL (2008b) através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 aprovou a inserção do farmacêutico e outros profissionais em dois tipos de (NASF), classificados de acordo com o número de habitantes por quilometro quadrado, (NASF1) e (NASF2).

De acordo com a mesma lei, os (NASF1) deve conter no mínimo cinco profissionais de nível superior entre a lista proposta, sendo eles: Farmacêutico, Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. Para o (NASF2), devem ser conter três profissionais apenas envolvidos, o Farmacêutico, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. (BRASIL, 2008b).

As ações do farmacêutico, segundo o Conselho Federal de Farmácia (2010), previstas pelo (NASF) é contribuir na assistência farmacêutica, juntamente a equipe

multidisciplinar, na gestão do medicamento, planejando, coordenando, comprando medicamentos, armazenando. Implantar a prática da atenção farmacêutica na Unidade de Saúde acompanhando, avaliando e educando a população e a Equipe de Saúde da Família sobre o uso racional de medicamentos.

Pesquisas têm demonstrado que o exercício da atenção farmacêutica vem resultando na adesão do tratamento de várias enfermidades, melhorando a qualidade dos serviços prestados além de contribuir para a redução de custos. (SILVA, 2004).

Entretanto, apesar dos resultados satisfatórios Vieira et al.(2008), ressalta que a inclusão da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde foi tardia, sendo o processo de implantação da assistência farmacêutica ainda mais recente.

Um dos fatores apontados para a não realização da atenção farmacêutica no Sistema Único de Saúde é o excesso de obrigações burocráticas exigidas na farmácia pública ou hospitalar afastando o profissional do contato direto com o paciente (SILVA, 2004). Outra problemática observada é a falta de reconhecimento pela sociedade e gestores. (ARAÚJO et al. 2008). Fato esse explicado por Araújo et al.,(2008), “o medicamento ainda é visto como uma simples mercadoria”.

Brasil (2001) faz uma avaliação das atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde no controle da hanseníase na atenção básica, onde foram encontradas atribuições apenas aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitário de saúde. Ressalta-se que no presente manual não foi encontrado nem um tipo de atribuição ao farmacêutico. Sendo atribuído aos farmacêuticos o direito de desempenhar funções de dispensação ou manipulação de formas magistrais e farmacopeias, tanto a serviço público em geral quanto privado (Conselho Federal de Farmácia, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase exige da parte dos gestores envolvidos o delineamento de plano de aceleração e intensificação da vigilância, sendo, portanto estratégico o controle da endemia e eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública. É de suma importância o diagnóstico precoce da doença, bem como a identificação correta das formas clínicas e da classificação operacional, garantindo assim tratamento adequado. Além do envolvimento de equipe multiprofissional atuando para a eliminação e obtenção da cura, contribuindo para a diminuição das sequelas provocadas pela doença.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido et al. Hanseníase: Compreensão de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 17-24, 2011. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/9914/5810>>. Acesso em: 31 ago. 2012.

ANGONESI, Daniela; RENNO, Marcela Unes Pereira. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 31 Ago. 2012.

ARAÚJO Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 36, n. 3, Jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 de nov. 2012.

ARAÚJO, Aílson da Luz André et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. Sup, p. 611-617, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a10v13s0.pdf>>. Acesso em: 07 de nov. 2012.

BATISTA, Elisa Siqueira et al. Perfil sócio - demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-6, mar., 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/16791010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

BÍBLIA SAGRADA. 82. ed. São Paulo: Editora Ave Maria, 1995. Acesso em: 20 set. 2012.

BOECHAT, Nubia; PINHEIRO, Luiz. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 247-256, maio/jun., 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewFile/236/243>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. SERVIÇO NACIONAL DE LEPROA. *Manual de leprologia*. Rio de Janeiro - BRASIL, 1960. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_leprologia.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica: **Controle da hanseníase na atenção básica**. Guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília, DF, n.111, 2001. 84 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_atencao.pdf>. Acesso em: 20. Ago.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília, DF, n. 111, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª. ed. Brasília, DF, 2005. p 816. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0044_M1.pdf >. Acesso em: 5 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**. Anais do 1º fórum nacional de ensino e pesquisa da atenção farmacêutica no âmbito do SUS “a universidade construindo o farmacêutico generalista para o SUS”. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ensino_pesquisa_farmacaceutica_sus_1ed.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n 21. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. rev. Brasília, DF, 2008 a. p.195. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. **PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** 2008 b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em 18 set. 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: Dados e indicadores selecionados.** 1. ed. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_indicadores_hanseniase_brasil2001a2008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase / Ministério da Saúde.** 1. ed. Brasília, DF, 2010. 54p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_hanseniase_10_0039_m_final.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças Transmissíveis. Hanseníase: capacitação para profissionais da Atenção Primária em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: 1 CD-ROM. Acesso em: 20. Jun.2013.

BUDEL, Anelise Roskamp et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5,Out., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 Fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A assistência farmacêutica no SUS.** Conselho Federal de Farmácia. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia. Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. Brasília; 60 p., 2010. Disponível em: <<http://www.sbfc.org.br/site/admin/conteudo/pdfs/3174449762.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. O farmacêutico e a hanseníase: o que fazer ?. Secretária Geral do CFF, Lérida Vieira. Pharmacia Brasileira – Ago./Set., 2005. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/18/farmacAutico.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

DINIZ, Lucia Martins; CATABRIGA, Melissa Daminato de Souza; SOUZA FILHO, João Basílio de. Avaliação de hansenianos tratados com esquema alternativo dose única ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina), após sete a nove anos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 6, Dez., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 Nov. 2012.

DUARTE-CUNHA, Mônica et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, Jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

DURAES, Sandra Maria Barbosa et al. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.80, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 25 Nov. 2012.

EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Ago., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 Nov. 2012.

GONCALVES, Aguinaldo; MANTELLINI, Glauca G.; PADOVANI, Carlos Roberto. Leprosy control: perspectives & epidemiological and operational aspects. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 6, Dec., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

GUSMAO, Ana Paula Batista; ANTUNES, Maria José Moraes. Ter hanseníase e trabalhar na enfermagem: história de lutas e superação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, Dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 Nov. 2012.

IVANA, Adriana Mitsueet et al. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

JÚNIOR, Atvaldo Fernandes Ribeiro; VIEIRA, Maria Aparecida; CALDEIRA, Antônio Prates. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Ver. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 272-7, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado. **Hanseníase: diagnóstico e tratamento**. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde., v.17, n.4, p. 173 – 9, out./dez., 2012. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

LOBO, Janaína Rangel et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, **Rev. Soc. Bras.** Rio de Janeiro. 9, n.4, jul.– ago., 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n4/a2187>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

LUNA, Izaildo Tavares et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, dez., 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 Fev. 2013.

MACIEIRA, Suzana. **Aspectos microbiológicos do *Mycobacterium leprae***. 2000. Disponível em:<http://hansen.bvs.isl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoas/PDF/aspecto_leprae.pdf>.

MAGALHAES, Maria da Conceição Cavalcanti et al. Migração e hanseníase em Mato Grosso. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, Set., 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v14n3/04.pdf>>. Acesso em: 25 Nov. 2012.

MONTENEGRO, Rosa Maria Natalli et al. Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 2, Abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27 Nov. 2012.

NARIKAWA, Veruska. Doença recrudescida A tuberculose e os cuidados farmacêuticos. **Pharmacia Brasileira**. p. 32-33, 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/4/032a033_tuberculose.pdf>. Acesso em: 09 out. 2012.

OPROMOLLA, Paula Araújo; LAURENTI, Ruy. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, Fev., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

PEREIRA, Elizane Viana Eduardo et al. Epidemiologic profile of the leprosy of the city of Teresina, in the period of 2001-2008. **An. Bras.Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, Abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a05.pdf> >. Acesso em: 19 Fev. 2013.

PIRES, Carla Andrea A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, Jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 Nov. 2012.

QUINTAS, Victor Gandra et al. Achados fonoaudiológicos na hanseníase: considerações teóricas. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 06 Mar. 2013.

SILVA, Daniela Domingues da; PRANDO, Lúcia Elena. As dificuldades do profissional farmacêutico para implantação da atenção farmacêutica e da farmacovigilância nas farmácias hospitalares e comunitárias. **Infarma**, Piracicaba. v.16, n. 11-12, p. 85-88, 2004b. Disponível em: <<http://www.crf-rj.org.br/crf/arquivos/file/atencaofarmaceutica/af1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2012.

SOARES, Lúcia Borba Correia. “**Hanseníase e condições de vida no município de Ji-Paraná - Rondônia/2001-2009**”. Dissertação (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública). Rio de Janeiro, fev., 2011. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2687>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

SOUZA, Linton Wallis Figueiredo. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 6, Dez., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 25 Nov. 2012.

VIEIRA, Carmen Silvia de Campos Almeida et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, Nov., 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 19 Fev. 2013.