

Análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase: uma revisão integrativa



Contextual analysis of health care at discharge in leprosy: an integrative review
Análisis contextual de la atención a la salud en el alta en lepra: una revisión integradora

Mônica Gisele Costa Pinheiro^a
 Suerda Lillian da Fonseca Lins^a
 Bruna Raquel da Silva Gomes^a
 Clélia Albino Simpson^a
 Felismina Rosa Parreira Mendes^b
 Francisco Arnoldo Nunes de Miranda^a

Como citar este artigo:

Pinheiro MGC, Lins SLF, Gomes BRS, Simpson CA, Mendes FRP, Miranda FAN. Análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180258. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180258>.

RESUMO

Objetivo: Analisar as relações contextuais da atenção à saúde na alta em hanseníase.

Método: Estudo analítico pautado no referencial teórico de análise do contexto, elaborado mediante revisão integrativa de literatura nas bases de dados SCOPUS, PUBMED, LILACS, SCIELO e BDEF, com descritores Hanseníase e Alta do Paciente, obtendo-se 14 publicações.

Resultados: O contexto imediato aborda a atenção em saúde na alta em hanseníase; o contexto específico trata da hanseníase como problema de saúde pública; as concepções simbólicas que envolvem a hanseníase são abarcadas pelo contexto geral; e no metacontexto estão descritos programas e políticas de saúde que subsidiam o atendimento à pessoa com hanseníase.

Conclusão: Os elementos contextuais ressaltam a necessidade de garantir a atenção em saúde para os casos de hanseníase, do diagnóstico até o pós-alta, reconhecendo a hanseníase como problema de saúde pública. Apesar das limitações dos estudos bibliográficos, estes possuem relevância para a área da saúde.

Palavras-chave: Hanseníase. Alta do paciente. Pessoas com deficiência. Assistência integral à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze contextual relations of health care in the discharge of leprosy.

Method: An analytical, reflexive study based on the theoretical framework of context analysis, elaborated through an integrative review of literature in the databases SCOPUS, PUBMED, LILACS, SCIELO and BDEF, with uncontrolled descriptors Leprosy and Patient Discharge, obtaining 14 publications.

Results: The immediate context addresses health care at discharge in leprosy; the specific context treats leprosy as a public health problem; the symbolic conceptions and marks involving leprosy are encompassed by the general context; and in the metacontext are described the health programs and policies that subsidize the care of leprosy patients.

Conclusion: The contextual elements emphasize the need to guarantee universal coverage of cases of leprosy, from diagnosis to the post-discharge, reinforcing leprosy as a public health problem. Despite the limitations of the bibliographic studies, these have relevance for the health area.

Keywords: Leprosy. Patient discharge. Disabled persons. Comprehensive health care. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las relaciones contextuales de la atención a la salud en el alta en lepra.

Método: Estudio analítico, pautado en el referencial teórico de análisis del contexto, elaborado mediante revisión integradora de literatura en las bases de datos SCOPUS, PUBMED, LILACS, SCIELO y BDEF, con descriptores Lepra y Alta del Paciente, obteniendo 14 publicaciones.

Resultados: El contexto inmediato aborda la atención en salud en el alto en lepra; el contexto específico trata de la lepra como problema de salud pública; las concepciones simbólicas que envuelven la lepra son abarcadas por el contexto general; y en el metacontexto se describen los programas y políticas de salud.

Conclusión: Los elementos contextuales resaltan la necesidad de garantizar cobertura universal casos de lepra, del diagnóstico hasta el post-alta, reforzando la hanseníase como problema de salud. A pesar de las limitaciones de los estudios bibliográficos, éstos tienen relevancia para el área de la salud.

Palabras clave: Lepra. Alta del paciente. Personas con discapacidad. Atención integral de salud. Enfermería.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^b Universidade de Évora (UE). Évora, Portugal.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, como doença infectocontagiosa, possui peculiaridades em sua fisiopatologia, com heterogeneidade em sua distribuição territorial reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda o aprimoramento da cobertura de ações em países endêmicos⁽¹⁾. Tal recomendação tem em vista o diagnóstico precoce, o tratamento com a poliquimioterapia (PQT), o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção da hanseníase através da busca ativa⁽²⁾.

No Brasil, a hanseníase se apresenta como doença endêmica, negligenciada, atrelada à condição de pobreza, que mantém viva a lembrança de momentos de exclusão do doente à época do internamento compulsório⁽³⁾. O reconhecimento como problema de saúde pública fez com que o Ministério da Saúde (MS) do Brasil assumisse o compromisso de estabelecimento de ações para a redução da carga da hanseníase⁽⁴⁾.

A principal estratégia reafirma a necessidade de organização de uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) capaz de dar seguimento às demandas do usuário mediante articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e níveis secundário e terciário de atenção. Reforça-se a importância de ações voltadas para diagnóstico precoce, tratamento medicamentoso, prevenção de incapacidades, vigilância dos contatos e reabilitação⁽⁵⁾.

Embora a hanseníase tenha tratamento e cura⁽⁶⁻⁷⁾, existe a possibilidade de recidiva e do surgimento de reações hansênicas que desenvolvem e agravam as sequelas após a alta medicamentosa, de modo que a problemática não finda após a conclusão da PQT⁽⁸⁾. As repercussões da doença em cenário mundial ratificam a problemática após a alta medicamentosa, enfatizando a importância de discussões sobre o que se tem feito em relação à atenção à saúde voltada para os egressos da PQT específica para hanseníase⁽⁹⁾.

Diante da necessidade de estabelecer serviços de atenção e ações efetivas para aqueles que concluíram o tratamento medicamentoso, questiona-se: Quais as relações contextuais inerentes à atenção à saúde que interferem na alta em hanseníase?

O contexto é tido como os aspectos inerentes a determinada situação que permitem entender o seu todo, descobrindo seus significados por meio de uma relação mútua, proposital e sistemática existente entre os elementos envolvidos com os fenômenos estudados. De acordo com o referencial utilizado no presente estudo, os níveis contextuais são divididos em quatro camadas interativas, distintas e inter-relacionadas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto⁽¹⁰⁾. Nessa

perspectiva, o objetivo deste estudo é analisar as relações contextuais da atenção à saúde na alta em hanseníase.

Dessa forma, pretende-se contribuir para uma aproximação maior entre a atenção prestada ao indivíduo que recebeu alta por cura em hanseníase e o contexto em torno desse fenômeno, com vistas à maior compreensão da problemática no pós-alta, bem como visando despertar nos profissionais a necessidade de práticas que envolvam a promoção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos antes, durante e após a PQT.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico⁽¹¹⁾, pautado no referencial teórico de análise do contexto⁽¹⁰⁾. O contexto é estabelecido por camadas interativas que congregam diferentes extensões de significados relacionados ao fenômeno, ligadas por pontos de intersecção, proporcionando uma visão espiralada do problema contextualizado^(10,12).

Dessa forma, a análise contextual favorece uma compreensão crescente do fenômeno que vai desde o contexto imediato onde a situação é descrita como tal, perpassa pela dimensão específica, além de analisar aspectos subjetivos no contexto geral. Os aspectos macro envolvem elementos sociopolíticos e teóricos, estabelecidos nas considerações metacontextuais⁽¹⁰⁾.

A fim de compilar informação para elaboração do estudo de análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase, desenvolveu-se uma revisão integrativa de literatura⁽¹³⁾ pautada no questionamento: Qual o conhecimento produzido sobre a alta do paciente de hanseníase? Mediante a elaboração do protocolo de busca⁽¹³⁾, estabeleceu-se a estratégia de coleta e análise dos resultados encontrados. Portanto, o estudo de revisão integrativa de literatura foi desenvolvido inicialmente a fim de buscar informações de forma sistematizada, para posterior análise dos materiais compilados e descrição com base nas camadas contextuais.

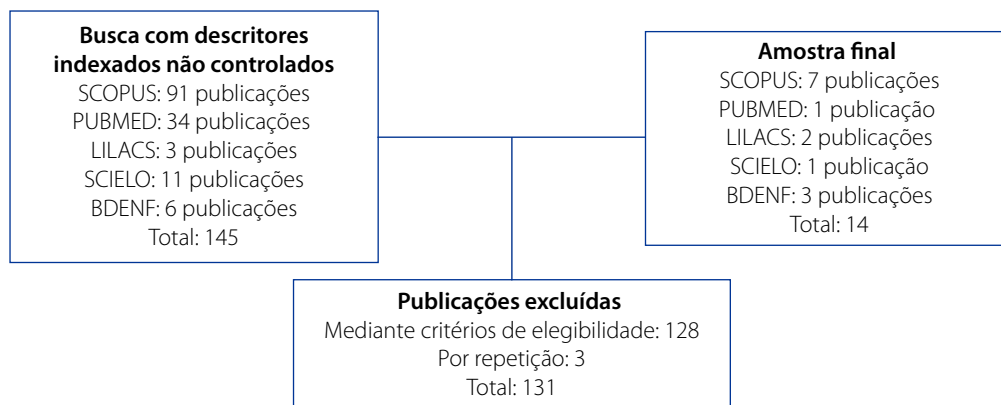
A busca de estudos foi norteada pelos critérios de elegibilidade: artigos completos disponíveis mediante o uso do *proxy* da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos idiomas português, espanhol e inglês, e que abordam a temática relacionada à alta em hanseníase. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, resumos, opinião de especialistas, teses e dissertações.

A seleção realizada por dois pesquisadores, de forma independente, ocorreu nos meses de junho e julho de 2017, nas bases de dados SCOPUS e PUBMED, utilizando descritores indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH); além das bases Literatura Latino-Americana em Ciências

da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Em caso de divergência de opinião sobre a inclusão de determinado material, um terceiro pesquisador foi consultado.

A busca se deu sem utilizar recorte temporal referente ao ano de publicação dos estudos e foi efetivada median-

te o uso dos descritores indexados Hanseníase e Alta do Paciente (ou *Leprosy e Patient Discharge*, para seleção via MeSH), associados ao operador booleano *AND*, obtendo-se um total de 145 publicações. Após a exclusão conforme os critérios de elegibilidade e das publicações repetidas, 14 artigos⁽¹⁴⁻²⁷⁾ foram incluídos para o estudo, conforme o explicitado no Fluxograma 1.



Fluxograma 1 - Artigos incluídos no estudo. Natal/RN, Brasil, 2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Para fins da efetivação da análise, além dos artigos selecionados também se buscou por conveniência, de forma não sistematizada, publicações^(4,28-34) de conhecimento dos autores, por se julgar necessário e relevante para análise contextual.

Definidas as referências para análise, realizou-se a leitura de todo o material, distinguindo elementos que caracterizam as publicações (base de dados, periódico, título e ano de publicação), além da identificação de informações para discussão dos contextos em análise, concernentes à alta em hanseníase. Portanto, a apresentação dos resultados no que tange ao objetivo deste trabalho se dá de forma descritiva, mediante discussão do conteúdo identificado nos estudos selecionados para compor a revisão integrativa em cada um dos níveis contextuais: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados⁽¹⁴⁻²⁷⁾ para compor a presente revisão integrativa apresentam níveis de evidência distintos. De acordo com o nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt⁽³⁵⁾, dois estudos foram classificados no nível IV (relaciona evidências provenientes de estudo de coorte)^(14,24) e 12 estudos foram considerados no nível de evidência VI, ou seja, aqueles que incluem evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo^(15-23,25-27).

O ano de publicação dos artigos selecionados variou de 2000 a 2016, com predominância de sete publicações (50%) inseridas na base de dados SCOPUS. O periódico que obteve maior número de estudos incluídos nesta revisão foi a *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, com um total de dois artigos^(14,17) (14%).

Do total de artigos selecionados, três^(21,24,26) (21%) foram publicados em periódicos internacionais e apontam que as incapacidades físicas no pós-alta sugerem diagnóstico tardio e acompanhamento inadequado do paciente após a conclusão da PQT, sugerindo a continuidade do cuidado pela atenção primária em saúde, além de enfatizar o diagnóstico precoce da hanseníase como principal meio de prevenir tais incapacidades^(21,24). Ao considerar as possibilidades de isolamento e depressão ocasionados pela hanseníase, a literatura também afirma a necessidade de apoio psicológico aos pacientes que receberam alta em hanseníase⁽²⁶⁾.

Seguindo a divisão proposta pelo referencial teórico⁽¹⁰⁾ e conforme a sumarização descrita no Quadro 1, o *corpus* deste estudo define-se através do contexto imediato, que aborda a atenção em saúde na alta em hanseníase; do contexto específico na medida em que trata da hanseníase como problema de saúde pública; das concepções simbólicas e marcas que envolvem a hanseníase e são alocadas no contexto geral; e do metacontexto, onde se concentram os programas e políticas de saúde que subsidiam o atendimento à pessoa com hanseníase.

CAMADA CONTEXTUAL			
Imediato: Atenção em saúde na alta em hanseníase	Específico: Problema de saúde pública	Geral: Concepções simbólicas e marcas	Metacontexto: Programas e políticas de saúde
Atenção voltada às incapacidades físicas, recidiva e reação hansênica, com estruturação de um sistema de referência e contrarreferência.	A elevada magnitude da doença, suas repercussões biológica e o perfil socioeconômico do doente, fazem da hanseníase um problema de saúde pública no Brasil.	Preconceito e estigma diante do histórico de castigo divino, isolamento, medo de contágio e deficiência física, além do não reconhecimento do tratamento.	Garantia da cobertura universal, avaliação do programa e incentivo à pesquisa, favorecendo o combate à hanseníase, suas complicações e discriminação.

Quadro 1 - Conhecimento identificado sobre a alta do paciente de hanseníase a partir das publicações selecionadas

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Considerações sobre a atenção em saúde na alta em Hanseníase: contexto imediato

Os critérios de encerramento do tratamento para hanseníase definidos pelo MS dizem respeito ao número de doses da PQT administradas em dado período de tempo, sejam os casos paucibacilares (PBs) ou multibacilares (MBs). Na conclusão da terapêutica medicamentosa, chamada de alta por cura, deixa de ser uma doença infectocontagiosa e desloca-se para o âmbito das doenças crônicas⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Sua evolução crônica está muitas vezes associada ao desenvolvimento de episódios reacionais por um período de até cinco anos após conclusão da PQT. No pós-alta ocorrem danos neurais e a consequente instalação e piora das incapacidades físicas, indicando a necessidade de atenção qualificada e integral para esses pacientes considerados curados⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

O MS ressalta, de um lado, a importância do retorno à unidade de saúde caso se observem novas lesões de pele, neuralgia com ou sem piora da função sensitiva, associada ou não a alterações na função motora, para prevenção e tratamento de incapacidades, bem como diagnóstico diferencial entre reações hansênicas e recidivas⁽⁴⁾. Do outro, a literatura cita a inexistência de ações bem definidas na rede de atenção voltadas para a operacionalização da atenção na continuidade de cuidados voltados aos egressos da PQT^(16,18,21-22).

Embora as recomendações para o acompanhamento no período de alta envolvem três grupos de condições clínicas: incapacidades físicas, recidiva e reação hansênica⁽⁴⁾, muitos profissionais e usuários confundem alta da PQT com alta do tratamento, dificultando a continuidade e manutenção do usuário na rede de atenção. Ao considerar as diferentes possibilidades de manifestação clínica da doença na alta, torna-se preponderante a organização

do programa de eliminação e controle da hanseníase com sistematização do monitoramento e acompanhamento regular desses pacientes^(15-16,18-19).

Valendo-se de uma abordagem integral e longitudinal em uma perspectiva de continuidade do cuidado com vistas à prevenção de incapacidades físicas, reabilitação, diagnóstico precoce de casos de recidiva e reação hansênica, torna-se fundamental a vigilância do paciente^(19,21,23). Nesse sentido, requer a estruturação de instituições de referência e fluxo de contrarreferência com garantia de consultas, realização de exames e procedimentos para prevenção e reabilitação de incapacidades físicas, envolvendo uma equipe multiprofissional de saúde nos três níveis de assistência⁽¹⁸⁾.

Os serviços de saúde devem ser localizados próximos ao paciente, com seguimento do cuidado mediante agendamento regular de retorno para consultas em um período de cinco anos após a alta^(19,24), tendo como principal porta de entrada na RAS a APS⁽²⁸⁾.

Competem a uma equipe capacitada a promoção e garantia do desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento, prevenção de danos e agravos, promoção da saúde e reabilitação biopsicossocial^(18,20-22,26). Portanto, a avaliação neurológica, delimitação de atividade, consciência de risco e restrição de participação social são ações que melhoram a qualidade da atenção em saúde voltada às pessoas que concluíram a PQT da hanseníase^(16,20,24,27).

O atendimento dos egressos do tratamento medicamentoso para hanseníase com a PQT requer a padronização e elaboração de protocolos, indo além da cobertura voltada para atender as reações hansênicas, colocando em prática a integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a contribuir com a reintegração social dos indivíduos e fornecer assistência universal de acordo com a necessidade específica de cada caso^(15,23,25).

A inserção da Hanseníase como problema de saúde: contexto específico

Caracterizada como doença infectocontagiosa crônica, de evolução lenta, a hanseníase tem elevado poder incapacitante ao acometer pele e nervos periféricos, levando a limitações e incapacidades físicas. Suas repercussões biológicas e sociais associadas à elevada magnitude da doença no território brasileiro fazem dela um problema de saúde pública^(15-16,20,22,24-25).

A OMS implementou, desde os anos de 1980, o tratamento com a PQT. Reconhece-se como uma das medidas de maior relevância, com a finalidade de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública e alcançar a meta de eliminação, ou seja, a redução da prevalência da enfermidade para a menos de um caso para cada 10.000 habitantes^(18,20-21).

Mesmo diante da existência de tratamento e cura, o Brasil é o país com maior prevalência em todo o continente americano, ficando em segundo lugar no *ranking* mundial, com 25.218 casos novos diagnosticados, dos quais 1.696 foram em menores de 15 anos em 2016^(30,36), imperando-se como uma informação relevante e preocupante ao se considerar que a detecção em menores de 15 anos de idade é um indicador de alta endemicidade^(16,25,27).

A reconhecida eficácia da PQT para eliminação da carga bacilar do organismo não é suficiente para a efetividade do tratamento, o qual depende de ações a serem empreendidas ao se considerar o potencial incapacitante, com consequentes problemas acarretados para além da presença do bacilo no organismo, como redução da capacidade de trabalho, restrição socioeconômica e problemas psicológicos^(15-16,20).

Estudos atribuem algumas características universais para a maior parte das pessoas acometidas pela hanseníase, as quais dizem respeito a populações com baixo poder aquisitivo, pouca instrução e idade produtiva. Tais peculiaridades reforçam a visibilidade da doença para o âmbito social e econômico, de modo que as pessoas acometidas possuem menos acesso às ações e serviços de saúde e, como consequência, maior dificuldade em seguimento do tratamento^(15-16,18,20,25).

A seqüela do pós-alta do dano neural se constitui, por si, um problema de atenção à saúde. Estima-se que 20% de casos novos diagnosticados apresentem algum grau de incapacidade e 15% dos que estão em tratamento poderão desenvolvê-la durante o uso da PQT ou após a alta por cura^(16-17,21,24). A perda da função neural está associada, por um lado, à ação do bacilo de Hansen no organismo, por outro, aos eventos imunológicos reacionais que po-

dem ocorrer antes, durante ou após o tratamento medicamentoso com PQT^(14,17-18).

O comprometimento do sistema nervoso autônomo, sensitivo e motor, com alterações do tônus muscular, da força motora e sensibilidade aumentam as possibilidades de ulcerações, infecção e destruição de estruturas como pele, tendão, ligamento, osso e músculo⁽¹⁹⁾. Tais modificações levam ao desenvolvimento de deformidades e incapacidades físicas, com interferência negativa na capacidade de trabalho, na vida social e autoestima^(16,18,20,23).

Reconhece-se que a presença de incapacidades físicas aumenta concomitante ao tempo de evolução da doença e que a evolução do grau de deformidades após a alta medicamentosa reflete a necessidade de organização e estruturação dos serviços de saúde com enfoque na integralidade da assistência, envolvendo condutas reabilitadoras e reparadoras^(16,20,27).

Pensando-se na redução do agravamento da deficiência, reforça-se também a importância do diagnóstico precoce dos casos de hanseníase e identificação das incapacidades físicas, para tratamento^(20,22,24), que pode ser facilitado mediante ações de educação em saúde e melhoria do acesso aos serviços de saúde, os quais devem estar aptos ao desenvolvimento de ações voltadas para o controle da hanseníase⁽²²⁾.

É importante que gestores garantam capacitação técnica da equipe de saúde e organização dos serviços de controle no território, com ampliação da cobertura assistencial aos pacientes, favorecendo o tratamento, ações de vigilância e reabilitadoras para avanço na eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, bem como na denotação negativa e estigmatizante da hanseníase^(18-19,25).

Concepções simbólicas e marcas que envolvem a Hanseníase: contexto geral

A hanseníase é uma doença milenar citada em textos bíblicos, muitas vezes associada ao castigo divino, cujas seqüelas causavam temores entre a população sadia, com consequente afastamento do doente para áreas periféricas. Por muitos anos, a prática de isolamento foi considerada uma medida de controle da doença^(20,25).

O legado progressivo da hanseníase carrega marcas desumanas de horror que, associado ao potencial incapacitante, impacta negativamente a pessoa acometida pela doença. Pode-se sintetizar sob dois pontos de vista: o dos significados simbólicos atribuídos à doença e o do comprometimento funcional e corporal da pessoa acometida.

Do ponto de vista dos significados simbólicos, a convivência com as atitudes de estigma e preconceito refle-

tem na qualidade do bem-estar físico, estado psicológico e socioeconômico de pacientes e ocorre principalmente em resposta da população ao medo de contágio e à possibilidade de desenvolver algum tipo de deficiência física, bem como as concepções associadas a condições de pobreza e baixo nível de educação^(16,21).

A evolução do dano neural prejudica a funcionalidade corporal por restringir o desenvolvimento de atividades, dificultando o estabelecimento de relações sociais^(15,24,27). As limitações funcionais e atitudes estigmatizantes no contexto da hanseníase são força motriz na restrição à participação social, com estabelecimento de dificuldades no local de trabalho e consequentes problemas de ordem econômica^(15,21-22).

Cita-se⁽¹⁶⁾ que atitudes de preconceito, estigma, discriminação e rejeição são consequências negativas do diagnóstico tardio e má reabilitação física e psicológica dos pacientes com hanseníase. Além disso, a falta de informação por parte da população quanto à existência de tratamento, com quebra na cadeia de transmissão e cura, reafirma o estigma em torno da doença e do doente⁽²³⁾.

O processo de adoecer carrega marcas históricas da doença, pois envolve aspectos complexos que influenciam no tratamento, como ideias preconceituosas ou falta de informação⁽²⁰⁾. No cotidiano dos serviços de saúde, nota-se o receio das pessoas com hanseníase quanto à incerteza e à possibilidade de contaminar outras pessoas. Nesse sentido, reforçando a necessidade do diálogo entre doentes, familiares e equipe de saúde a fim de esclarecer dúvidas e favorecer melhora na interação social^(20,23).

As atividades de educação em saúde se apresentam como uma ferramenta facilitadora para promoção de cuidados em saúde. Torna-se fundamental difundir informação para desencorajar o estigma, favorecer o diagnóstico precoce e tratamento adequado em tempo hábil para prevenir incapacidades físicas, bem como avaliação periódica e continuidade do tratamento após a alta medicamentosa^(23,25).

Programas e políticas de saúde voltados para a Hanseníase: metacontexto

A estratégia global de combate à hanseníase é estruturada a partir de três pilares. O primeiro reforça a necessidade de o governo ofertar recursos voltados aos programas de controle da hanseníase, garantindo a cobertura universal em saúde, os sistemas de vigilância e informação em saúde para monitoramento e avaliação do programa, além de incentivo à pesquisa. O segundo enaltece as práticas de combate à hanseníase e suas complicações, enquanto que o terceiro pilar se destina ao combate à discriminação⁽³⁰⁾.

Convém reforçar que no território brasileiro a atenção à saúde é desenvolvida no âmbito do SUS em rede regionalizada e hierarquizada por níveis de assistência⁽³²⁻³³⁾. No âmbito da hanseníase, as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação como problema de saúde pública fornecem subsídios aos profissionais que atuam nos diferentes níveis de assistência desenvolvendo ações de atenção em saúde⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase do MS estabelece e regulamenta práticas norteadoras a serem desenvolvidas em todas as instâncias dos serviços e sistemas de saúde, em consonância com princípios e diretrizes do SUS para alcançar as metas da estratégia global de combate à hanseníase⁽⁴⁾.

Fazem-se necessárias a estruturação e hierarquização da rede nas instâncias municipais, regionais e estaduais, garantindo o fluxo de referência e contrarreferência no manejo de atenção integral à pessoa com hanseníase. As pactuações devem garantir o o seguimento necessário do usuário vítima deste agravo⁽³⁴⁾.

Recomendam-se diagnóstico e tratamento nos serviços de APS, ficando na responsabilidade dos serviços de referência as condutas voltadas para exames laboratoriais, dúvidas com relação ao diagnóstico, reações adversas, episódios reacionais, casos de recidivas e a necessidade de reabilitação cirúrgica⁽³⁴⁾. Na perspectiva da organização e implantação de Redes Estaduais e Municipais de Atenção à Hanseníase, o MS incluiu o serviço de Atenção Integral em Hanseníase nos Serviços Especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁽²⁹⁾.

No contexto da rede de atenção e na perspectiva da redução da carga da doença, o desenvolvimento de atividades que englobam a educação em saúde, diagnóstico precoce com tratamento imediato e sua interface com as ações da vigilância epidemiológica, prevenção, tratamento de incapacidades e controle de contatos são relevantes ao ressaltar a inexistência de proteção específica para a hanseníase⁽⁴⁾.

Para intensificar a busca ativa de casos, o MS estimula o desenvolvimento de campanhas no ambiente escolar, com destaque para a “Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma”. A divulgação de informações relacionadas à hanseníase para escolares de ensino fundamental e médio é uma forma de favorecer o diagnóstico precoce, além da propagação de informações mediante o envolvimento com familiares por meio da ficha de autoimagem⁽³¹⁾.

Em nível ministerial, reforça-se ainda a elaboração de diretrizes para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, com pretensões de uniformizar o atendimento ao paciente nos diversos âmbitos de atenção à saúde, mediante a padronização das diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase⁽⁴⁾.

■ CONCLUSÕES

A partir do estudo de análise contextual foi possível identificar contextos nos quais se insere o fenômeno da atenção em saúde na alta em hanseníase, construindo um itinerário pelo qual o paciente sai do registro ativo de casos de hanseníase e passa a ocupar o espaço das doenças crônicas.

Na análise mediante os espaços de contexto do referencial metodológico, identifica-se, portanto, o fenômeno em estudo como algo complexo que envolve a hanseníase como um problema de saúde pública no Brasil. E que está associado às desigualdades e iniquidades sociais, tais como: as condições de pobreza, as dificuldades para tratamento integral, repercussões físicas, sociais, bem como os aspectos subjetivos atrelados ao histórico de segregação e horror envolvidos com a doença.

Discutiu-se, em nível de programas e políticas de saúde, o atendimento à pessoa com hanseníase, nos aspectos metacontextuais, reforçando o compromisso político de garantia da cobertura universal para tratamento de casos de hanseníase, do diagnóstico até o pós-alta, a busca ativa, diagnóstico precoce, controle de contatos, tratamento, cura e continuidade da atenção ao concluir a PQT, conforme necessidade do usuário.

Para além do estudo de análise contextual, o qual apresenta limitações ao passo que se trata de um trabalho bibliográfico, sugere-se a realização de pesquisas voltadas para a avaliação da organização dos serviços destinados aos usuários que concluíram a PQT para hanseníase. Tal abordagem daria subsídio para identificar as limitações que o sistema e serviços de saúde voltados para atenção à pessoa com hanseníase possam apresentar. Por incluir literatura cinzenta, talvez fosse mais adequado optar pelo método da *scoping review*, sendo esta outra limitação do estudo.

Ressalta-se a relevância dos estudos teóricos para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, em especial na enfermagem, ao se compilar o estado da arte no que diz respeito à temática em estudo, servindo de base para a identificação de certa problemática que se pretende estudar de forma mais profunda. Do mesmo modo, se traz a sua relevância para o ensino e assistência em enfermagem ao incitar reflexões sobre o contexto no qual está inserida a atenção à saúde na alta em hanseníase, sensibilizando o aluno em formação e o profissional diante da atenção voltada ao egresso da PQT.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Global leprosy: update on the 2012 situation. *Wkly Epidemiol Rec*. 2013 [cited 2018 Aug 05];88(35):365-80. Available from: <http://www.who.int/wer/2013/wer8835.pdf?ua=1>.
2. Alves ES, Oliveira LB, Araújo TME, Melo IV, Araújo RPS, Marques LMF. Epidemiological profile of leprosy in a municipality in the Brazilian Northeast: a retrospective analysis. *Rev Pesqui Cuid Fundam* (Online). 2017;9(3):648-52. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.648-652>.
3. Uchôa REM, Brito KKG, Santana EMF, Silva MA, Oliveira SHS, Soares MJGO. The distribution of leprosy cases with physical disability in the state of Paraíba, Brazil, from 2001 to 2011. *Rev Pesqui Cuid Fundam* (Online). 2017;9(3):634-40. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.634-640>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
5. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Instrument of evaluating the actions of leprosy control in primary care. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):339-46. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140044>.
6. Pinheiro MGC, Simpson CA. Prejudice, stigma and exclusion: relatives' lives affected by asylum-based treatment of leprosy. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e13332. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.13332>.
7. Ribeiro GC, Lana FCF. Physical disabilities in leprosy: characterization, factors related and evolution. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):496-503. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.41246>.
8. Santos KS, Fortuna CM, Santana FR, Gonçalves MFC, Marciano FM, Matomoto S. Meaning of leprosy for people who have experienced treatment during the sulfonic and multidrug therapy periods. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):620-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0323.2596>.
9. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva VM et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):297-304. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680216i>.
10. Hinds PS, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. *Qual Health Res*. 1992;2(1):61-74. doi: <https://doi.org/10.1177/104973239200200105>.
11. Coutinho CP. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina; 2016.
12. Ciavatta M. [Collaborative partnerships and secondary education: a context analysis]. *Educ Soc*. 2013;34(124):961-78. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302013000300016>.
13. Whittemore R, Kanfl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
14. Souza LWF. [Leprosy reactions in discharged patients following cure by multidrug therapy]. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(6):37-9. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000600029>.
15. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Physical disabilities in leprosy patients after discharge from multidrug therapy in Northern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):909-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500009>.
16. Pinheiro MGC, Miranda FAN, Simpson CA, Vitor AF, Lira ALBC. [Limitation and physical disabilities in post-treatment for leprosy: an integrative review]. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(2):1-11. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15669>.
17. Ramos J MH, Souto FJD. [Disability after treatment among leprosy patients in Várzea Grande, state of Mato Grosso]. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010[citado 2018 ago 05];43(3):293-7. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000300016>.

18. Rodrigues ALP, Almeida AP, Rodrigues BF, Pinheiro CA, Borges DS, Mendonça MLH, et al. Occurrence of late lepra reaction in leprosy patients: subsidies for implementation of a specific care program. *Hansen Int.* 2000 [cited 2018 Aug 05];25(1):7-16. Available from: http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10571.
19. Nardi SMT, Paschoal VDA, Chiaravalloti-Neto F, Zanneta DMT. Leprosy-related disabilities after release from multidrug treatment: prevalence and spatial distribution. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(6):969-77. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013005000002>.
20. Sangi KCC, Miranda LF, Spindola T, Leão AMM. [Hansen's disease and reactional states: patient life stories]. *Rev Enferm UERJ.* 2009 [cited 2018 Aug 05];17(2):209-14. Portuguese. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a12.pdf>.
21. Castro LE, Cunha AJ, Fotana AP, Castro HVL, Gomes MK. Physical disability and social participation in patients affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. *Lepr Rev.* 2014 [cited 2018 Aug 05];85(3):208-17. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/fedf/222ced7b46d51f26e31ddd01f2add4c5dc6c.pdf>.
22. Monteiro LD, Alencar CH, Barbosa JC, Novaes CCBS, Silva RCP, Heukelbach J. Limited activity and social participation after hospital discharge from leprosy treatment in a hyperendemic area in north Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(1):91-104. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010008ENG>.
23. Brito MFM, Ximenes RAA, Gallo MEN. Retreatment of leprosy relapse. *An Bras Dermatol.* 2005;80(3):255-60. doi: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962005000300005>.
24. Sales AM, Campos DP, Hacker MA, Nery JAC, Dupre NC, Rangel E, et al. Progression of leprosy disability after discharge: is multidrug therapy enough? *Trop Med Int Health.* 2013;18(9):1145-53. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.12156>.
25. Sobrinho RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Licolin PB. Evaluation of incapacity level in leprosy: a strategy to sensitize and train the nursing team. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(6):1125-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000600011>.
26. Enwereji E. Assessing psychological rehabilitation of leprosy patients discharged home in Abia and Ebonyi States of Nigeria. *Eur J Gen Med.* 2011;8(2):110-6. doi: <https://doi.org/10.29333/ejgm/82710>.
27. Barbosa JC, Jr ANR, Alencar MJF, Castro CGJ. Post-treatment of leprosy in Ceará: activity and functional limitation, safety awareness and social participation. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(esp):727-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000700012>.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 2017 set 22;154(183 Seção 1):68-76. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Portaria nº 594 de 29 de outubro de 2010. Inclui, na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o serviço de Atenção Integral em Hanseníase, define condições técnicas do Serviço de Atenção Integral em Hanseníase e estabelece mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais e Municipais de Atenção à Hanseníase. *Diário Oficial da União.* 2010 nov 4;148(211 Seção 1):78-9. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/11/2010&jornal=1&pagina=78&totalArquivos=192>.
30. Organização Mundial de Saúde (OMS). Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. Nova Deli: OMS; 2016 [citado 2018 ago 05]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf?jsessionid=72E11833DF248F2ABD8EC770BECBEEDC?sequence=17>.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Guia prático para operacionalização da campanha nacional de hanseníase, verminoses, tracoma e esquistossomose 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2018 ago 05]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/11/Guia-Operacional-Campanha-2016-final.pdf>.
32. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [citado 2018 ago 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
33. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1990 set 20 [citado 2018 ago 05];128(182 Seção 1):18055-9. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>.
34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da União.* Brasília; 2010 [citado 2018 ago 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html.
35. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
36. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase: Brasil 2001-2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 ago 05]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase.%20Brasil,%202001-.pdf>.

Autor correspondente:

Mônica Gisele Costa Pinheiro
E-mail: Monicapinheiro@live.com

Recebido: 02.09.2018
Aprovado: 21.01.2019