

**UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – FESURV
FACULDADE DE BIOLOGIA E QUÍMICA
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS LICENCIATURA E BACHARELADO**

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS DE 2006 a 2010

VANESSA RODRIGUES DA SILVA

Orientadora: Prof^ª. Ms. KÊNIA ALVES BARCELOS

Artigo apresentado a Faculdade de Biologia e Química, curso de Ciências Biológicas – Licenciatura e Bacharelado da Universidade de Rio Verde – FESURV, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Biológicas.

RIO VERDE – GOIÁS

2011

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS DE 2006 a 2010

Vanessa Rodrigues da Silva¹

Kênia Alves Barcelos²

RESUMO

A hanseníase, anteriormente conhecida como Lepra é uma doença milenar, crônica e infectocontagiosa que é transmitida pelo *Mycobacterium leprae*. É uma doença de progressão lenta, com alta infectividade e baixa patogenicidade, tornando – se um grande problema de saúde pública. Esta infecção quando não tratada corretamente, pode deixar sequelas como incapacidades, deformidades, transtornos emocionais e sociais. O objetivo deste trabalho foi analisar a situação epidemiológica da hanseníase notificada na secretária epidemiológica de Santa Helena – GO de 2006 a 2010, sendo feita esta análise, através das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Windows (SINANW). A presente pesquisa teve como metodologia um estudo descritivo com abordagem quantitativa, onde os resultados obtidos foram demonstrados em forma de gráficos, demonstrando o número de casos de pacientes com baciloscopia positiva para a doença considerando as variáveis: sexo, faixa-etária, etnia e as diferentes formas clínicas. Por meio dos resultados encontrados neste estudo, pode-se traçar um perfil epidemiológico onde a alta incidência foi de pacientes do sexo masculino 80 (62,5%), pertencentes à raça parda 68 (53,12%) e estando estes na faixa etária de 20 a 64 anos. Em relação às formas clínicas, observou-se que houve predominância dos casos Dimorfa e Virchowviana (Multibacilares) em relação à Indeterminada e Tuberculóide (Paucibacilares).

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Hansen; *Mycobacterium leprae*; Epidemiologia.

¹Acadêmica do curso de Ciências Biológicas Licenciatura e Bacharelado. Universidade de Rio Verde – FESURV.

²Professora Mestre adjunta da Universidade de Rio Verde – FESURV do Curso Ciências Biológicas Licenciatura e Bacharelado.

1INTRODUÇÃO

A Hanseníase, conhecida antigamente como lepra, é uma doença infectocontagiosa assistida desde os tempos bíblicos, sendo de grande interesse dentro da saúde pública, pelo fato que a cada ano observa-se um elevado número de novos casos de hanseníase no Brasil e no mundo em geral, caracterizando-se como uma doença de grande relevância epidemiológica.

Esta infecção pode surgir através do contato prolongado entre pacientes e indivíduos susceptíveis, principalmente no ambiente intradomiciliar. Ela é preocupante não só pelas sequelas que podem causar, mas também pelos transtornos emocionais e sociais para o doente e seus familiares.

Após conviver com portadores da hanseníase e ouvir relatos dos mesmos, surgiu o interesse pelo tema. Para analisar se o crescimento dos casos da hanseníase na população santelense, vem ocorrendo pelo fato das pessoas estarem mais susceptíveis à doença e assim, poder contribuir com a introdução de medidas preventivas e de promoção à saúde adequada.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Hanseníase: história, aspectos conceituais e epidemiológicos

Inúmeras doenças vêm se destacando como um grande problema de saúde pública, dentre elas encontra-se a hanseníase. Uma doença infecto- contagiosa, crônica- degenerativa granulomatosa, conhecida também como Peste Negra, Mal- Morfético, Mal de São Lázaro, Morféia, Doença de Hansen ou popularmente Lepra (CASTILHO, et al. 2008; NETO; SILVEIRA, 1989). Para Brasil (2006), a origem da Hanseníase procede da Ásia e da África, 600 anos antes de Cristo (a.C.), podendo estes países serem considerados o berço da doença, que era conhecida nesta época pelas designações citadas acima.

Esta doença foi descrita, como hanseníase, primeiramente entre os anos de 1868 a 1873 pelo médico Gerhard Armauer Hansen em Bergen, Noruega e teve em sua homenagem a denominação para tal doença como hanseníase devido o seu sobrenome Hansen (VERONESI; FOCACCIA, 2002; CASTILHO, 2008).

A hanseníase, anteriormente conhecida como lepra, ou outras designações históricas, é considerada como uma das doenças mais antigas conhecida pelo homem, que desde os seus primórdios gera estigmas e preconceitos. Porém, não se sabe bem ao certo a data exata do seu aparecimento. É altamente incapacitante e deformante quando o diagnóstico é realizado tardiamente, mas ela pode ser facilmente identificada devido a predileção do bacilo ser a pele, nervos periféricos e outros órgãos internos, tornando o seu diagnóstico simples, podendo, entretanto, ser confundida com outras doenças como: psoríase, eczema dentre outras dermatoses (RAGAZZI et al. 2005; NASCIMENTO et al. 2010). O que diferencia a hanseníase de outras doenças dermatológicas são as alterações de sensibilidade que ocorrem, e que podem ser classificadas como: hipoestesia (sensibilidade diminuída), anestesia (sensibilidade ausente) e hiperestesia (aumento da sensibilidade) (BRASIL, 2001).

A hanseníase até então conhecida como lepra, foi uma doença temida pelas populações antigas, pelo fato de gerar deformações físicas, que somadas a falta de informação da época a respeito das suas características de transmissão e controle, tornava seus portadores excluídos pela sociedade (CUNHA, 2002).

Os doentes de Hansen, conhecidos em tempos mais remotos como leprosos eram abrigados em pequenas construções, que ficavam sob os cuidados de religiosos. Sendo este fato, o ponto inicial para o desenvolvimento de estudos sobre a doença, com interesse na etiologia, tratamento e cura.

Estes locais, pequenas casas e hospitais, ficavam afastados da área urbana junto a igrejas e cemitérios. Nestes lugares, só permaneciam poucas pessoas, cerca de 10 a 12 no máximo. A falta de conhecimento gerava a necessidade de se isolar os portadores da doença, pois não entendiam a sua endemia e questões biológicas da doença. Com este procedimento observou-se uma diminuição dos casos, uma vez que não havia contato com indivíduos susceptíveis (CUNHA, 2002).

Ainda hoje mesmo havendo o tratamento específico para a doença, e alcançando a cura, ainda tem ocorrido muito receio por parte da sociedade, o que faz com que o hanseniano opte na maioria das vezes em esconder a doença, para não se expor e sofrer com o preconceito (CUNHA, 2002).

Hoje a Hanseníase tem tratamento e cura, graças aos avanços tecnológicos e as melhorias das condições de vida da população em geral. Por ano, detecta-se no Brasil, cerca de 47.000 casos novos, onde 8% são representados por pessoas com menos de 15 anos de idade (BRASIL, 2006).

2.2 Transmissão

A Hanseníase é causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae* pertencente à família Mycobacteriaceae, sendo uma bactéria em forma de bastonete gram- positivo reto ou encurvado intracelular, álcool- ácido resistente com extremidades arredondadas (BRASIL, 2002).

Após 36 horas em meio ambiente o bacilo de hansen ainda permanece ativo por 9 dias aproximadamente, em temperatura de 36,7 °C e com umidade do ar entre 77,6% (CASTILHO, et al. 2008). Podem aparecer isolados ou agrupados em forma de feixes, semelhantes a maços de cigarros (disposição em globais). Essa forma é de suma importância, uma vez que facilita diferenciá-lo de outros microorganismos que apresentam características morfológicas e tintoriais parecidas, como por exemplo, o bacilo de Tuberculose (NETO; SILVEIRA, 1989; VERONECI; FOCACCIA, 2002).

O homem é a principal fonte de infecção da doença, podendo ser adquirida através do contato prolongado com pessoas doentes portadoras do bacilo de hansen não tratada, principalmente no ambiente intradomiciliar, onde há convívio intenso e frequente entre as pessoas. Pode atingir pessoas de todas as idades e, no entanto, nem todas adoecem e raramente ocorre em crianças, tendo uma maior incidência em homens do que nas mulheres. (BRASIL, 2002). A principal fonte de eliminação são as vias respiratórias superiores, onde

são eliminadas gotículas ou secreções contendo o bacilo de hansen e uma pequena proporção de ser transmitida por via cutânea (CASTILHO et al. 2008; MIMS et al. 1995; BRASIL, 2006). O período de incubação da Hanseníase varia, podendo ocorrer durante meses ou até anos (2- 10 anos) (BRASIL, 2006).

A aglomeração de pessoas compartilhando o mesmo ambiente, as condições desfavoráveis de vida e de saúde, são fatores de riscos para os indivíduos susceptíveis adoecerem. Alguns indivíduos apresentam resistência ao bacilo, eles adoecem, porém não infectam outras pessoas, devido o número de bacilos ser mínimo no organismo, sendo estes casos denominados paucibacilares (PB). Já os casos multibacilares (MB), são considerados fonte importante de transmissão da doença, uma vez que o bacilo é eliminado pelas vias respiratórias devido à multiplicação que ocorre no organismo pela falta de resistência apresentada pelo indivíduo, contaminando, assim, outras pessoas, tornando-se fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2008).

No momento em que a pessoa começa o tratamento quimioterápico, ela já não transmite a doença, pois a medicação consegue matar os bacilos. Mesmo em áreas onde a população vive com grande prevalência de hanseníase, apenas 10% delas adoecem (BRASIL, 2001, 2002).

2.3 Formas clínicas

As manifestações clínicas da hanseníase variam de acordo com o sistema imune do paciente frente ao bacilo *Mycobacterium leprae* (OPRAMOLLA, 2000). É caracterizada por lesões que podem apresentar sensibilidade diminuída ou ausente e ainda manifestar – se por meio de sinais e sintomas neurológicos, podendo causar sequelas quando não identificado e tratado adequadamente (BRASIL, 2002).

De acordo com Brasil (2008), o hanseniano pode apresentar alopecia (queda de cabelo), nódulos, tubérculos, pápulas, infiltrações, pele seca, manchas hipocrômicas (esbranquiçadas), sendo estes os principais sinais e sintomas dermatológicos. Observa-se também que podem ocorrer neurites (processos inflamatórios dos nervos periféricos), manifestando através da falta ou perda de sensibilidade nas áreas inervadas por nervos das mãos, pés e olhos, dor e/ou edema, inchaço dos nervos periféricos e também uma diminuição ou perda de força nos músculos inervados por esses nervos, como pálpebras, nervos superiores e inferiores.

A hanseníase é classificada baseada nos critérios clínicos, histopatológicos e imunobiológicos em: virchowiana (HV), tuberculóide (HT), indeterminada (HI) e dimorfa (HD). Sendo divididas em dois grupos: paucibacilares que são as formas tuberculóide e indeterminada (PB) e multibacilares as formas virchowiana e dimorfa (MB) (CASTILHO, et al. 2008).

2.3.1 Hanseníase Indeterminada (HI)

A hanseníase indeterminada caracteriza-se pelo aparecimento inicial de manchas hipocrômicas únicas ou múltiplas apresentando uma coloração mais clara que a da pele normal. A sensibilidade pode aumentar ou diminuir, sendo apenas a térmica. Ela revela-se negativa para a pesquisa de BAAR (CASTILHO et al. 2008). É a forma inicial da doença, porém após um período de tempo, que varia entre meses e até anos, pode evoluir para outra forma clínica quando não ocorre o devido tratamento, podendo também desaparecer espontaneamente (ARAÚJO, 2003). O tamanho e o número de lesões pode variar de 1 a 2 cm, alcançando 4 cm ou mais, pode haver uma única lesão como também (2,3) ou inúmeras delas. Os locais mais atingidos são as nádegas, face, membros e tronco (OPRAMOLLA, 2000). Esta forma não causa incapacidades físicas, pois não ocorrem alterações motoras ou sensitivas, nem o comprometimento de troncos nervosos. Pode apresentar alopecia na área afetada (OPRAMOLLA, 2000).

2.3.2 Hanseníase Tuberculóide (HT)

A hanseníase tuberculóide pode ocorrer de duas maneiras: mácula ou placa. A mácula é quando a lesão apresenta manchas hipocrômica nítida ou eritematosa, e a placa, lesão eritematosa ou acobreada com bordas delimitadas. Geralmente essas lesões não passam de 10 cm de diâmetro (SOUZA, 1997; BRASIL, 2010).

Manifesta-se através de lesões eritemato-hipocrômicas/escamosas. É acompanhada por sinais como alopecia, anidrose e distúrbios de sensibilidades (hiperestesia) térmica, dolorosa e tátil. Os nervos podem ser comprometidos pela compressão óssea, porém há chances de cura espontânea (CASTILHO et al. 2008).

Além de lesionar a pele esta forma clínica também acomete alguns troncos nervosos que estejam nas proximidades das lesões cutâneas. Os nervos tibial posterior, cubital,

mediano, radial, peroneiro comum, supraorbitário e auricular são os mais acometidos (SOUZA, 1997).

Pode acometer crianças entre 1 a 4 anos, apresentando pequenos nódulos ou pápulas em pequena quantidade e únicos. Em torno de 5 a 6 meses. Essas lesões diminuem naturalmente, deixando a área lesionada atrófica. Geralmente atinge crianças das quais os pais apresentam casos de hanseníase virchowiana, sendo raras, pois não é comum o exame clínico nesta faixa etária (OPRAMOLLA, 2000; BRASIL, 2010).

2.3.3 Hanseníase Virchowiana (HV)

A hanseníase virchowiana apresenta lesões mais claras que a pele normal (acastanhadas) pouco visíveis, distribuídas simetricamente sobre a superfície do corpo. Acomete indivíduos que apresentam baixa imunidade celular para o bacilo. Possui evolução crônica que é caracterizada pelas infiltrações difusas (mucosas, olhos, testículos, rins e face), podendo comprometer ainda os linfonodos, fígado e baço. É comum aparecer nódulos ou tubérculos, rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A hanseníase virchowiana pode evoluir da forma indeterminada, desde o início (CASTILHO et al. 2008; ARAÚJO, 2003).

Inicia-se de forma silenciosa e de progressão lenta, nessa fase com a evolução, os troncos nervosos tendem-se a ficarem mais firmes, rígidos e densos, levando a perda motora e da sensibilidade, causando enfraquecimento muscular, paralisias, deformidades, perda da função e contraturas (SOUZA, 1997).

Na forma avançada da (HV), o sistema respiratório superior é atingido, tendo como sinais e sintomas a obstrução nasal, ausência da sensibilidade olfativa, coriza mucopurulenta e hemorragia nasal (BRASIL, 2010).

2.3.4 Hanseníase Dimorfa (HD)

A hanseníase dimorfa apresenta lesões infiltradas (elevadas) e eritematosas (avermelhadas), com contornos definidos (interno) e mal definidos (externo). A sua morfologia apresenta alguns aspectos de HV e HT. As lesões da pele podem revelar-se numerosas. As infiltrações geralmente ocorrem na região da face, pescoço, nuca e nos pavilhões auriculares, podendo levar a incapacidades físicas devido às lesões neurais serem

precozes. A baciloscopia de BAAR pode ser positiva ou negativa apresentando índice bacilar variável (ARAÚJO, 2003; CASTILHO et al. 2008).

Considerando a vulnerabilidade da população a esta infecção, o profissional de saúde ao prestar assistência, deve buscar a mudança de comportamento, também orientar medidas que visem através da prática da educação em saúde, desenvolvendo atitudes preventivas, buscando o serviço de saúde mesmo na ausência de sinais e sintomas.

Objetivou-se com este estudo avaliar as diferentes formas clínicas da hanseníase e apresentar a prevalência considerando as variáveis: sexo, faixa-etária e etnia.

3PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O presente estudo foi realizado por meio de levantamento de dados de fichas de notificação/ investigação da hanseníase do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), fornecidos pela vigilância epidemiológica de Santa Helena de Goiás.

Foram analisados casos de hanseníase notificados no período de primeiro de janeiro de 2006 a trinta e um de dezembro de 2010. Sendo avaliadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, etnia, o número de pacientes com baciloscopia positiva para a doença e as formas clínicas prevalentes.

Os dados foram analisados a partir do estudo das frequências (médias simples) obtidas para cada uma das variáveis sendo apresentados em forma de gráficos elaborados no Software - Windows Excel, possibilitando assim uma elaboração do perfil epidemiológico regional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se 128 casos de Hanseníase na cidade de Santa Helena de Goiás, no período de 1º de janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010. Sendo que em 2006 foram diagnosticados vinte e três (18%) casos, em 2007 houve vinte e quatro (19%) casos, em 2008 foram observados apenas treze (10%), sendo o ano de menor prevalência, 2009 foram identificados trinta e seis (28%), quando houve uma maior prevalência durante o período estudado. No ano de 2010 trinta e dois (25%) casos foram diagnosticados (Figura 1).

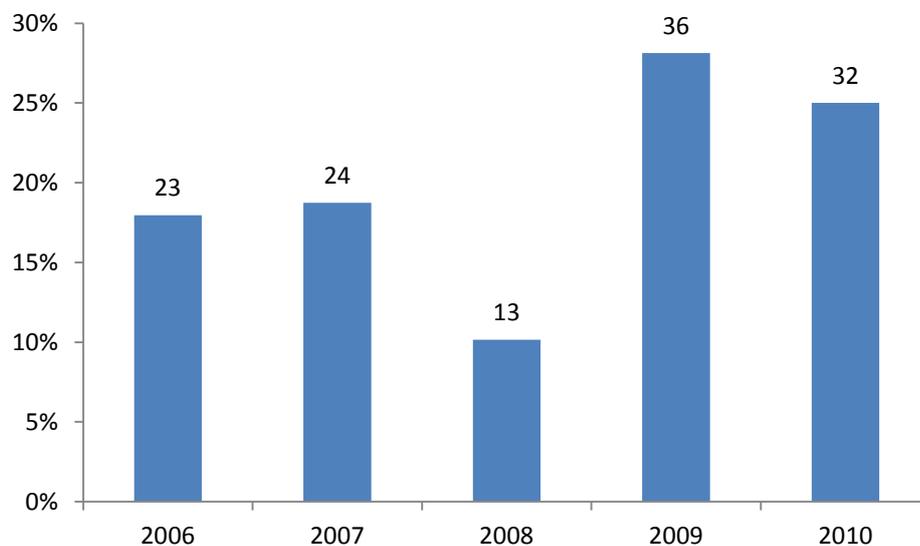


FIGURA 1- Distribuição dos casos de Hanseníase diagnosticados no período de 2006 a 2010, no município de Santa Helena/GO.

Houve uma prevalência maior de casos de Hanseníase no ano de 2009. De acordo com uma pesquisa feita pela OMS em 2010, observou-se que o Brasil ficou em segundo lugar como o país com maior número de casos de Hanseníase, representando 37.610 (93%) dos casos diagnosticados no ano de 2009 (OMS, 2010). Nota-se que houve aumento significativo do ano de 2008 com 18 (23%) para o ano de 2009.

Em relação ao sexo, dos 128 pacientes diagnosticados no período de 2006 a 2010 oitenta (62,5%) eram do sexo masculino e quarenta e oito (37,5%) do sexo feminino. (Figura 2).

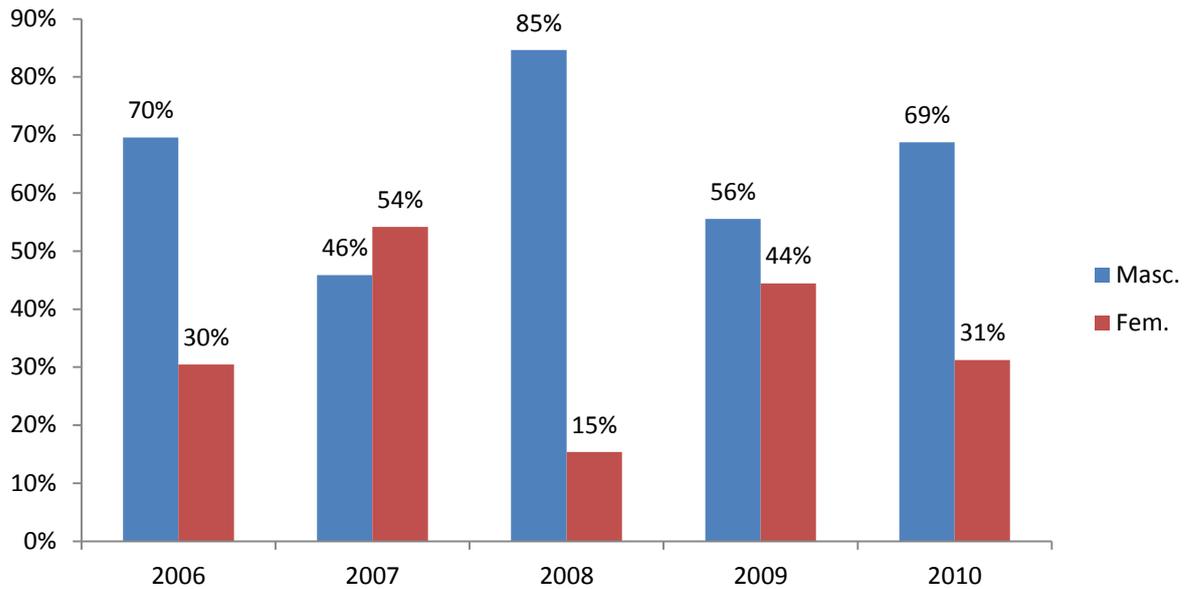


FIGURA 2- Casos de Hanseníase segundo a variável ano de notificação e sexo, Santa Helena/GO 2006-2010.

Nota-se que para esta variável houve maior frequência de Hanseníase no sexo masculino, corroborando com os estudos de Lima; Prata; Moreira (2008), onde houve um percentual de (54,2%) e Nascimento; Oliveira; Barbosa (2010), com (55,1%).

Embora a literatura descreva que a Hanseníase tem uma maior incidência no sexo masculino, devido os homens estarem mais expostos a doença, pelas condições de vida mais ativa (VERONESI, 2002). Algumas pesquisas realizadas por Lobo et al. (2011), Melão et al. (2010) e Simpson; Fonsêca; Santos (2010) identificaram resultados contrários apresentando uma maior prevalência no sexo feminino com um percentual de (51%), (57,4%), (53,1%), o que pode ser justificado pelo fato de que há um aumento na participação das mulheres no mercado de trabalho o que as tornam mais expostas e susceptíveis ao bacilo da hanseníase.

Quanto à etnia, observou-se que houve uma maior frequência de Hanseníase nas pessoas pardas com 68 (53,12%), seguidas de 44 (34,38%) nas brancas e 16 (12,5%) nas pretas (Figura 3).

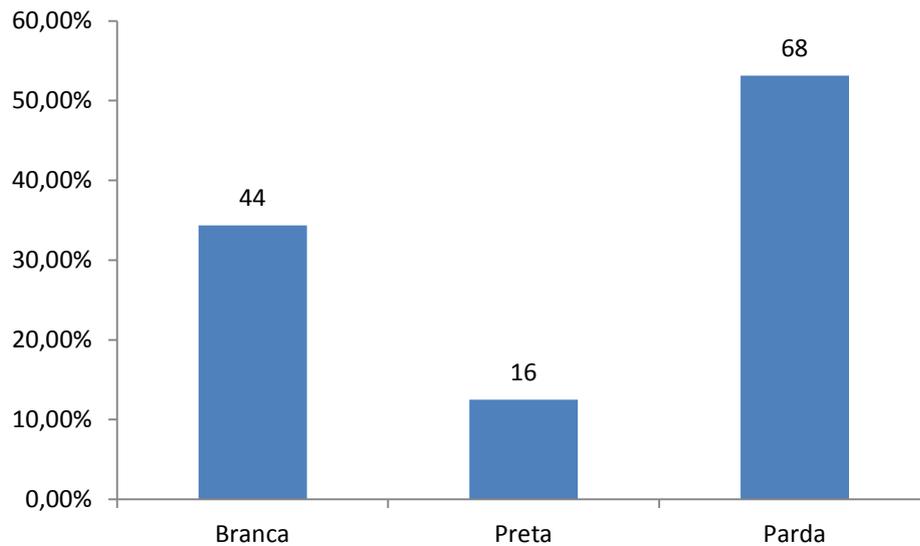


FIGURA 3- Casos de Hanseníase segundo a variável etnia, Santa Helena/GO 2006-2010.

Estudos como os de Nascimento et al.(2011), Simpson et al.(2010) e Miranziet al.(2009), apresentaram resultados semelhantes com este estudo, mostrando a predominância em pessoas pardas. Entretanto, ao ser comparado com os dados apresentados no estudo realizado por Melão et al. (2011), no período de 2001 a 2007, nota-se que a hanseníase em pessoas brancas ocupava o primeiro lugar com 43 casos (79,6%).

Uma pesquisa Nacional feita pelo IBGE (2009), por amostragem de domicílios, mostrou em relação à etnia que a cor parda foi a de maior predominância em relação com as demais raças apresentando (50,6%), na Região Centro-Oeste. Em Goiás a cor parda destacou-se com (53,4%), seguida da branca com (40,1%), logo após a cor preta com (5,8%) e (0,6%) da cor amarela e/ou indígena (IBGE). Vale ressaltar que esta prevalência pode ser devido a forte miscigenação entre as raças. De acordo com Veronesi, (2002) a variável etnia não significa um fator de predisposição à Hanseníase.

No que se refere às formas clínicas, a Dimorfa representou uma maior porção dos casos notificados com 58(45,31%); seguida da Virchowiana 21(16,41%); logo após a Tuberculóide 14(10,94%) e a Indeterminada com 12(9,38%) dos casos, Além de 23(17,97%) de casos ignorados. (Figura 4).

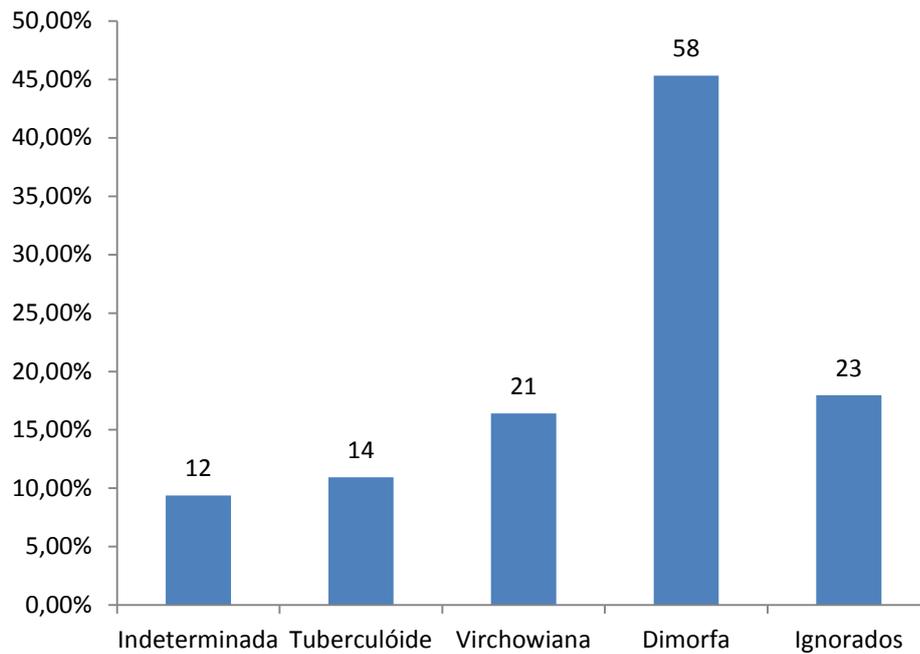


FIGURA 4- Casos de Hanseníase segundo a forma clínica no período estudado, Santa Helena/GO 2006-2010.

Resultados semelhantes foram encontrados por Lima, et al. (2010) e Miranzi, et al. (2010), onde percentuais forma respectivamente (58,5%) – (69,1%) para a forma Dimorfa e (19,6%) – (17,1%) para a forma Virchowiana.

As formas clínicas Dimorfa e Virchowiana, são classificadas como multibacilares, sendo elas as formas mais graves e que mais acometem a população (Pinheiro, 2009). Levando em consideração os achados desta pesquisa, torna-se necessário um olhar minucioso da equipe de saúde local, devido estas formas serem as mais contagiosas e com alto poder de incapacidades.

Ao analisar a distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária (Figura 5), observa-se que não há diferença significativa entre os grupos de 20 a 34 anos, 35 a 49 anos e de 50 a 64 anos com respectivamente 27,34%, 28,91% e 25%. A faixa etária entre de 65-79 anos 10,16%, seguido com o grupo entre 80 anos e mais com 3,91% e os casos entre 15- 19 anos apenas 4,69% notificados.

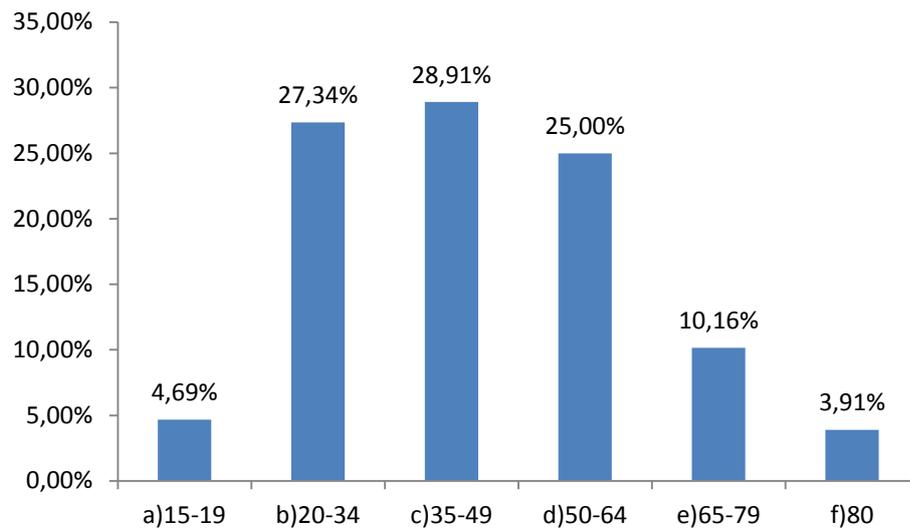


FIGURA 5-Casos de Hanseníase segundo a faixa etária período estudado em Santa Helena/GO 2006-2010.

Nota-se que dos casos notificados, houve uma prevalência da hanseníase na população economicamente ativa em idade produtiva (20 a 64 anos) como demonstra a (figura 5), com uma frequência em cada uma das três faixas etárias desse grupo, superior a 25%. Essa característica de prevalência torna-se uma situação preocupante, uma vez que essa população pode chegar a ter um desenvolvimento mais agressivo da doença, como lesões, incapacitantes, físicas, mentais e até mesmo sociais, levando o indivíduo a afastar-se de suas atividades produtivas, acarretando custos sociais demasiados.

Estudos realizados por Melão et al.(2011), no período de 2001 a 2007, os de Miranzi, Pereira, Nunes (2010) entre 2000 a 2006, os de Simpson, Fonseca, Santos (2010). No ano de 2001 e o de Melo, Santos, Santos (2011) obtiveram entre 2004 e 2010 resultados semelhantes com este estudo, onde a população mais acometida estava na faixa etária economicamente ativa.

Cabe ressaltar que a porcentagem mínima foi entre 15-19 anos com apenas 1(4,69%) dos casos notificados, corroborando com os estudos de Flachet al.(2010), onde a menor incidência também prevaleceu na mesma faixa etária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração que a maioria dos portadores de hanseníase notificados neste período estavam em idade produtiva, e foram acometidos pela forma mais grave, vale ressaltar que os mesmos possam ter que deixar seus trabalhos devido as sequelas ao alto poder de contaminação da doença,, tornando-os, dependentes de ajudas de verbas do governo, gerando mais custos á sociedade. Esta realidade poderia ser evitada intensificando a questão da educação em saúde, através de palestras nas comunidades e centros de saúde, divulgando que a hanseníase tem cura e que o tratamento é gratuito, tomando medidas urgentes que visem melhorar a atenção básica desta população, considerando que é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde.

Como o resultado mostrou prevalência da forma clínica dimorfa, pode-se dizer que houve um diagnóstico tardio, uma vez que essa forma possui sinais e sintomas já evoluídos da doença. Diante desse achado é importante que seja montada uma equipe multiprofissional, onde estes profissionais possam receber cursos de atualização para que não haja falhas no diagnóstico, tratamento, notificação e preenchimento de prontuários, e assim fazer o acompanhamento rigoroso de cada paciente portador da hanseníase com o objetivo de que eles façam o tratamento corretamente a fim de obter melhoras nos resultados e evitando maiores complicações e até mesmo a disseminação da doença.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M.G. Hanseníase no Brasil, **Rev.Soc.Bras.Med.Trop.**, v.36, n.3, p.373-382, jun.2003. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/pdf/rsb.nt/v36n3/16339.pdf>. Acesso em: 03/06/2011.

BRASIL, **Controle da Hanseníase na atenção básica: Guia prático para profissionais da equipe da saúde da família**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.84p (série A. normas e manuais técnicos).

BRASIL, **Guiapara controle da hanseníase**. Caderno de atenção básica, nº10, 1º Ed. Brasília: Ministério da saúde, 2002. 90p. (série A. normas e manuais técnicos).

BRASIL, **Doenças Infecciosas e Parasitárias**: Guia de bolso, Brasília: ministério da saúde, 2006. 520p.

BRASIL, **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. n. 21, 2º Ed. Brasília: Ministério da saúde, 2008. 195p (série A. normas e manuais técnicos).

BRASIL, **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. 54p. (série A. normas e manuais técnicos). Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_hansenia_10_0039_m_final.pdf. Acesso em: 04/06/2011.

CASTILHO, N. M.; LEUZZI, S.; PONTES, S. M. F.; TIEZZI.; LEUZZI, M. T. **Saberes e práticas, guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 4ed. São Caetano do Sul, SP: difusão, 2008. v.3.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase aspecto da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência e saúde coletiva**, v.7, n.2, p.235-242, 2002. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/pdf/CSV/V7n2/10243.pdf>. Acesso em: 04/06/2011.

FLACH, D. M. A. M.; VALLE, E. L. P.; PIMENTEL, M. I. F.; MELLO, K. T. **Análise da saúde histórica do período de 2001 a 2009 dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no estado do RJ**. Hansen Int. 2010; 35 (1). P. 13-20.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2010**, Rio de Janeiro, n.27, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/.../indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS... Acesso em: 09/10/2011

LIMA, H, M, N.; SAUAIA, N.; COSTA, V. R. L.; NETO, G. T. C.; FIGUEIREDO, P. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em centro de saúde em São Luis, MA. **Rev. Bras.Clin. Med**, v.8, n.4, p. 323-327, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>. Acesso em: 24/10/2011.

LIMA, M.A.R.; PRATA, M.O.; MOREIRA, D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. **Com.Ciências Saúde**, v.19,n.2, p.163-170, 2008. Disponível em: www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_2art09.pdf. Acesso em: 24/10/2011.

LOBO, J. R.; BARRETO, J. C. C.; ALVES, L. L.; CRISPIM, L. C.; BARRETO, L. A.; DUNCAN, L. R.; RANGEL, L. C.; JUNIOR, E. P. N. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Bras. Clin.Med.**, v.9, n.4, p.289-287, 2011. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/1219/1233>. Acesso em: 24/10/2011.

MELÃO, S.; BIANCO, L. F. O.; MOUNZER, N.; VERONEZI, C. C. D.; SIMÕES, P. W. T.A. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo Sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev.Soc. Bras.Med.Trop.**, v. 44, n. 1, p. 79-84, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf. Acesso em: 24/10/2011.

MELO, C.M.; SANTOS, S.A.C.; SANTOS, L.A.G. **Dinâmica Espaço-Temporal da hanseníase no estado de Sergipe (2004-2010)**. ScireSalutis, Aquidabá, v. 1, n. 2, p. 23-24, 2011. Disponível em: <http://www.arvore.org.br/seer/index.php/sciresalutis/article/view/192/90>. Acesso em: 24/10/2011.

MIMS, C.A.; PLAYFAIR, J. H. L.; ROITT, I. M.; WAKELIN, D.; WILLIAMS, R. **Microbiologia Médica**. 1º ed. São Paulo: Manole, 1995.

MIRANZI, S.S.C.; PEREIRA, L.H.M.; NUNES, A.A.; Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev.Soc.Bras.Med.Trop.** v.43, n.1. p.62-67, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>, Acesso em: 24/10/2011.

NASCIMENTO, S. S.; OLIVEIRA, D.F.; BARBOSA, L.R. **Perfil epidemiológico dos doentes de hanseníase no município de Anápolis**. Anuário da produção de iniciação científica discente, v.10, n.11, p.52-58, 2010. Disponível em: [HTTP://sareunianhanguera.edu.br/index.php/anic/article/ViewArticle/1359](http://sareunianhanguera.edu.br/index.php/anic/article/ViewArticle/1359). Acesso em: 13/05/2011.

NETO, V.A.; SILVEIRA, J.L. **Doenças Transmissíveis**. 3ed. São Paulo: Sarvier, 1989. 929p.

REIS, L. C. T. F. Organização Pan Americana da Saúde, Brasil, 2010. OMS Divulga situação mundial da hanseníase- **Portal da Hanseníase 2010**. Disponível em: www.hanseniaze.fespmg.edu.br/index.php?option=content. Acesso em: 24/10/2011.

OPROMOLLA, D.V.A. **Manifestações clínicas e reações**. 2 ed. Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, p.51-58, 2000. Disponível em: [HTTP://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoos/PDF/manifest_rea.pdf](http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoos/PDF/manifest_rea.pdf). Acesso em: 05/06/2011.

PINHEIRO, P. Hanseníase (Lepra) sintomas e tratamento. **Md. Saúde**. Disponível em: www.mdsaude.com/2009/11/hanseniaze-lepra.html. Acesso em: 09/11/2011.

RAGAZZI, J.L.; GEBARA, A.M.; BALLALAI, P.B. A inclusão social das pessoas portadoras de hanseníase. **Rev.Inst.Pesq.Est.**, n.44, p.458-472. 2005. Disponível em: HTTP://bdjur.stj.jus.br/xmlui/bitstream/handle/2011/18500/A_Inclus%C3%A3o_Social_das_Pessoas_Port. Acesso em: 04/06/2011.

SIMPSON, C.A.; FONSECA, L.C.T.; SANTOS, V.R.C. **Perfil do doente de hanseníase no Estado da Paraíba**. *Hansen. Int*, v.35, n. 2, p. 33-40, 2010. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/1342/1351>. Acesso em: 24/10/2011.

SOUZA, C.S. Hanseníase: Formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.30, n.3, p.325-334. Jul/set.1997. Disponível em: HTTP://www.fmrp.Usp.br/revista/1997/vol30n3/hanseníase_clínicas_diagnóstico_diferencial.pdf. Acesso em: 15/05/2011.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 2ed. São Paulo; Atheneu, 2002.