

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LEANDRA GERUSA PEREIRA**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE JUÍNA NO  
PERÍODO DE 2004 A 2013.**

**JUÍNA/MT  
2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LEANDRA GERUSA PEREIRA**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE JUÍNA NO  
PERÍODO DE 2004 A 2013.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, para obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Me. Diógenes Alexandre da Costa Lopes.

**JUÍNA/MT  
2014**

**AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Professor: Me. Diógenes Alexandre da Costa Lopes  
Presidente da Banca**

---

**Professora: Dra. Leda Maria de Souza Villaça  
Membro**

---

**Professora: Ma. Valéria Melki Busin  
Membro**

## Dedicatória

*Aos meus pais, que se orgulham muito da minha vitória.*

*Aos meus filhos Yasmin e Maurício, que são a minha base, minha alegria, a maior riqueza que possuo, e que sempre foram a minha inspiração para evoluir e poder realizar os nossos sonhos. É por vocês que luto.*

*A Jhonatan Torres B. da Paz pelo companheirismo, carinho e dedicação para comigo e para com a minha família, suprimindo e sentindo a minha ausência muitas vezes.*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus pelas oportunidades que me forneceu para buscar meus sonhos e pela força e persistência que me proporcionou em momentos delicados e por ser o maior mestre que alguém pode ter.*

*Ao meu pai, Leandor, pelo apoio incondicional de todos esses anos.*

*À minha mãe Terezinha pela preocupação de sempre.*

*Enfim, agradeço a vocês, meus pais, por nunca desistiram de mim, por me apoiarem e me auxiliarem quando foi preciso.*

*À minha filha Yasmin Gabrielly, pelo amor, pela compreensão de minha ausência e pela maturidade, que mesmo tão pequenina precisou desenvolver, contribuindo assim, para com a minha tranquilidade e me fortalecendo para seguir na busca dos meus objetivos.*

*Ao meu filho, Mauricio Filho, pelo imenso amor e carinho a mim dedicados, me renovando e me refugiando da ansiedade.*

*Enfim, agradeço a meus filhos, por serem a inspiração da minha vida e que muitas vezes estiveram em segundo plano, para que eu pudesse concluir meu objetivo.*

*Aos meus irmãos e toda a minha família pelo imenso companheirismo.*

*Ao meu amor, companheiro e amigo de todas as horas, Jhonatan Torres B. da Paz, que é o melhor presente que a faculdade me ofereceu, estando diariamente ao meu lado, me amparando com amor e dedicação. Sem a paz que você me proporciona e sem seu apoio, teria sido bem mais difícil.*

*Às minhas amigas, Sheila Cristina Silveira, Caroline Dudar e Karina de Castro Ferrari, por estarem sempre ao meu lado, nas alegrias e nos desesperos e ainda por tornarem-se parte da minha família.*

*À Professora Dda. enfermeira, bióloga e amiga Larissa Marchi Zaniolo, que sempre foi um exemplo de compromisso, dedicação e superação, além de incentivadora deste trabalho.*

*À coordenadora do curso de enfermagem, Dra. Leda Maria de Souza Villaça, por toda a atenção e contribuição através de sua vasta experiência com hanseníase, para que eu pudesse concluir esse trabalho com maestria.*

*Ao meu orientador enfermeiro, Ms. Diógenes Alexandre da Costa Lopes, pela paciência, dedicação e a busca por um novo conhecimento.*

*Muito Obrigada!*

[...] “E você aprende que, realmente, tudo pode suportar; que realmente é forte e que pode ir muito mais longe mesmo após ter pensado não ser capaz. E que realmente a vida tem seu valor, e, você, o seu próprio e inquestionável valor perante a vida”.

**William Shakespeare.**

## RESUMO

**Introdução:** A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, com evolução crônica e curável. Apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde para reduzir os índices de prevalência da hanseníase no mundo, o Brasil ainda se encontra como segundo colocado no *ranking* mundial de casos, destacando-se a região centro-oeste como sendo a segunda em colocação nacional. **Objetivo:** o objetivo deste estudo é analisar a taxa de incidência de hanseníase no município de Juína/MT, no período de 2004 a 2013. **Material e método:** Para tanto, foi realizada uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, com recorte temporal de dez anos, sendo analisados os anos de 2004 a 2013, utilizando dados secundários de notificações de casos de hanseníase por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram incluídas as seguintes variáveis: a idade do paciente, gênero, raça/cor, a escolaridade, a zona de residência, a forma clínica (Indeterminada, Tuberculóide, Virchowiana e Dimorfa), classe operacional (Paucibacilar e Multibacilar), bairro, o modo de detecção e modo de alta. Os dados foram quantificados anualmente em frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão e taxa de incidência anual por cada 10.000 habitantes. **Resultados:** Constatou-se que o município de Juína é uma região hiperendêmica para a doença, com taxa média de incidência de 16,42/10.000 habitantes ao longo do período proposto para o estudo, com modo de detecção por demanda espontânea predominante de 51,4%. Em relação às características sociodemográficas dos portadores de hanseníase, houve o predomínio de casos no gênero masculino apresentando 54,7%, em brancos com 43,4%, que estudaram até a 4ª série totalizando 33%, com média de faixa etária 41,1 anos e residentes da zona urbana com 87%. Foi observado maior registro de casos multibacilares (52%) e na forma clínica dimorfa (37,2%) seguida da Indeterminada (32,7%), a cura predominou em 84% dos pacientes e o bairro Módulo 05 teve maior ocorrência com 44,7% dos casos da doença, porém acredita-se que este seja o bairro mais populoso do município. **Conclusão:** Apesar de diagnosticados muitos casos de hanseníase paucibacilar, a multibacilar é predominante, o que é indicativo de diagnóstico tardio, devendo-se efetivar ações que identifiquem a doença precocemente, principalmente no bairro mais acometido.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Juína; Incidência.

## ABSTRACT

**Introduction:** the Leprosy is an infectcontagious disease caused by the *Mycobacterium leprae* that show a chronic evolution and is curable. Although the efforts made for the World Health Organization to decrease the indexes of Leprosy prevalence around the world, Brazil still appears in the second place on the global ranking of cases, being that Center west region is placed as second one in the national ranking. **Objective:** considering these national rankings, the aims of this study was to analyze the rate of incidence of Leprosy in the city of Juína/MT in range from 2004 to 2013. **Material and methods:** Therefore, we performed a document research with quantitative approach, using secondary data of Leprosy cases that were recorded in the Brazilian Case Registry Database (SINAN). The following variables were included: patient age, gender, race / color, education, area of residence, clinical form (Indeterminate, Tuberculoid, Lepromatous and Borderline), operating class (paucibacillary and multibacillary), district, so detection and high mode. The data were quantified annually in absolute frequency, relative frequency, mean, standard deviation and annual incidence rate per 10,000 inhabitants. **Results:** we found that Juína is a hiperendemic region for this disease; with a incidence mean index of 16,42/10.000 habitants during the period assessed; presenting a detection mode for spontaneous demand (51,4%). Concerning the sociodemographic characteristics of Leprosy's individuals, there was predominance of cases in those who were male (54,7%), white (43,4%), with the 4<sup>th</sup> degree completed in basic school (33%), presenting a mean age of 41,1 years and living in urban area (87%). The most notifications of cases was found for multibacillary Leprosy (52%) and for dimorph clinic form (37,2%), followed by undetermined form (32,7%). The cure predominated in 84% of patients and in those living at Module 5 neighborhood (44,7%). **Conclusion:** although we found many cases of paucibacillary Leprosy, the multibacillary form is predominant, what is an indicative of late diagnosis. So, actions to identify the disease earlier, especially in the neighborhood of higher occurrence, are needed.

**Keywords:** Leprosy; Juína; Incidence.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Taxa de Incidência de Hanseníase. 2004-2013.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 2 – Caracterização dos portadores de hanseníase segundo: gênero, raça/cor, escolaridade, média da faixa etária e zona de residência. 2004-2013 .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 3 - Frequência Absoluta de casos de hanseníase apresentada por bairros no Município de Juína/MT. 2004 -2013 .....</b>	<b>34</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Modo de Detecção (%) de Hanseníase no município de Juína/MT. 2004 - 2013</b> .....	<b>30</b>
<b>Figura 2 - Distribuição dos casos de hanseníase (%) segundo a classificação operacional no município de Juína, 2004 – 2013. ....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 3 - Distribuição (% , média) das Formas clínicas de hanseníase no Município de Juína/MT. 2004 - 2013. ....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 4 - Distribuição (%) das Formas de encerramento dos casos de hanseníase no Município de Juína/MT. 2004 - 2013. ....</b>	<b>33</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>BCG</b>	- Bacillus Calmette-Guérin
<b>CODEMAT</b>	- Companhia de Desenvolvimento de Mato Grosso
<b>M. leprae</b>	- Mycobacterium leprae
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>PQT</b>	- Poliquimioterapia
<b>SINAN</b>	- Sistema de informação de agravos de notificação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Histórico .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.1 Histórico da Hanseníase .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.2 Histórico do Município .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Conceito da Hanseníase .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Epidemiologia .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Diagnóstico .....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 Modo de Transmissão .....</b>	<b>21</b>
<b>3.6 Sinais e Sintomas .....</b>	<b>22</b>
<b>3.7 Tratamento .....</b>	<b>23</b>
<b>3.8 Profilaxia .....</b>	<b>24</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 População e Amostra .....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 Coleta de Dados .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4 Análise e Tratamento dos Dados .....</b>	<b>27</b>
<b>4.5 Considerações Éticas .....</b>	<b>28</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é conhecida desde os tempos bíblicos e possui registros em textos 500 anos antes de Cristo na Índia, onde ainda é prevalente (MONOT, 2005). A doença veio para o continente americano por volta do século XVI pelos europeus e, posteriormente, pelos escravos africanos (MAURANO, 1939).

O cientista norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, em 1873 relacionou a lepra, que até essa época considerava-se ser uma enfermidade hereditária e de punição divina, com o microrganismo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) como sendo o agente etiológico da hanseníase. Chegou a essa conclusão após biópsias de lesões cutâneas, confirmando a origem infecciosa da doença, taxonomicamente, o *M. leprae* pertence à ordem *ActinomyceIalis* e família *Mycobaderiaceae*. Possui a forma de bacilo reto ou levemente encurvado, com extremidades arredondadas, o tamanho médio varia entre 0,3 e 0,5 µm de diâmetro e 4,0 a 7,0 µm de comprimento. A temperatura considerada adequada para o de crescimento é de aproximadamente 30°C e, desta forma, a bactéria tende a invadir as áreas mais frias do corpo, na face se aloja com frequência no queixo, maçãs do rosto e orelhas, se aloja ainda nos joelhos, nádegas e nas extremidades distais. Esse resultado foi encontrado por Hansen, devido a isto, o *M. leprae* também foi denominado bacilo de Hansen, e posteriormente foi confirmado por outros pesquisadores (TRABULSI E ALTERTHUM, 2008).

A lei brasileira 9.010 de 29 de março de 1995, foi instituída para substituir as terminologias lepra, leproso, entre outros, pelo termo hanseníase, doente hansênico, entre outros termos substituídos (BRASIL, 1995).

A hanseníase, conforme o guia de bolso, Doenças infecciosas e parasitárias, é considerada uma doença crônica que possui alta infectividade, porém baixa patogenicidade. Esse bacilo é um parasita intracelular obrigatório, que possui preferência por células cutâneas e por células dos nervos periféricos (BRASIL, 2010b). O bacilo tem habilidade de sobreviver, por meses, fora do corpo humano desde que permaneça em condições favoráveis de umidade. Assim, elevada umidade ambiental e solos úmidos, favorecem a sobrevivência do bacilo (KAZDA et al., 1990).

A hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos que podem favorecer o diagnóstico da doença. As alterações neurológicas, quando não diagnosticadas, medicadas e acompanhadas adequadamente podem causar incapacidades físicas e até evoluir para deformidades (BRASIL, 2002).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2010), a hanseníase possui um amplo espectro de manifestações clínicas, sendo assim a doença pode ser classificada de acordo com a carga bacilar de cada indivíduo, como paucibacilar ou multibacilar. Sendo que a primeira está caracterizada por até cinco lesões e a segunda acima de cinco lesões. O acometimento dos nervos periféricos pode resultar em incapacidades, portanto, o diagnóstico e o tratamento precoce são medidas efetivas para evitar estas lesões e sequelas. Entre as doenças infectocontagiosas, a hanseníase é uma das principais causadoras de incapacidades físicas, além de ser responsável por estigma social e discriminação. Sua transmissão se dá a contato prolongado com gotículas nasais de portadores da doença que não estão em tratamento e sabe-se ainda que a vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) tem efeito protetor contra a doença reduzindo os índices de contaminação.

Embora após a introdução da Poliquimioterapia (PQT) tenha-se conseguido reduzir no Brasil, o número de casos de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes, no período de 1985 a 2000 a hanseníase ainda é considerada um problema de saúde pública que exige vigilância eficaz (BRASIL, 2002).

A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda anda em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste. O coeficiente de detecção de casos novos é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica dos serviços de saúde. O valor médio deste indicador para o Brasil oscilou de 29,37/100.000 habitantes, em 2003, para 20,52/100.000 habitantes, em 2008 (BRASIL, 2010b pag. 206).

Conforme a Portaria nº 3.125 de 07 de Outubro de 2010, que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle de hanseníase, esta é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados da doença precisam ser notificados, através da ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Investigação (SINAN) (BRASIL, 2010a). De acordo com Magalhães (2007), a distribuição geográfica da doença no país é geralmente diferenciada por Estados e suas macrorregiões, dificultando desta forma, um conhecimento sistematizado de sua distribuição espacial. Porém, através da implantação do SINAN pelo Ministério da Saúde (MS), co-administrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, se consegue explorar a doença em diferentes escalas geográficas.

Apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde para reduzir os índices de prevalência da hanseníase no mundo, o Brasil ainda se encontra como segundo no *ranking*

mundial, destacando-se a região centro-oeste como sendo a segunda em colocação nacional (BRASIL, 2010b).

O município de Juína faz parte da macrorregião centro-oeste, mais precisamente localizado na região noroeste do estado de Mato Grosso, a 720 quilômetros da capital Cuiabá. O clima na região é quente e úmido, situando-se na faixa de transição do clima equatorial para o tropical úmido (MARTINS, 2007). E segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2010 o município de Juína possuía uma estimativa de 39.255 habitantes, a área de unidade territorial é 26.189,963 (km<sup>2</sup>), desta forma, a densidade demográfica do município é 1,50 (hab/km<sup>2</sup>).

Existem diferentes publicações sobre a hanseníase no país e muito tem sido falado sobre a hanseníase na região centro-oeste, porém, ainda não foi realizada uma pesquisa que demonstre a quantidade de ocorrências por bairro no município de Juína. Devido a região Centro-Oeste do país, ser hiperendêmica, existe a hipótese de que o município também possui uma alta ocorrência de casos de hanseníase. Assim, uma vez identificados os locais mais afetados, esta pesquisa poderá contribuir com a construção de novas propostas de combate, controle e prevenção da hanseníase nesses locais.

Esta pesquisa tem como tema a análise da incidência de hanseníase no município de Juína nos últimos dez anos e levanta uma importante indagação: qual é a caracterização sociodemográfica de hanseníase no município de Juína?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- ✓ Analisar a incidência da hanseníase no município de Juína do ano de 2004 ao ano de 2013.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar a incidência anual de Hanseníase no município;
- ✓ Caracterizar as ocorrências quanto aos seguintes fatores sociodemográficos: gênero, raça/cor, grau de escolaridade, média de faixa etária e distribuição por zona de residência;
- ✓ Quantificar os casos novos de acordo com a classificação operacional (Paucibacilar e Multibacilar) e forma clínica (Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana);
- ✓ Apresentar o modo de detecção e as formas de encerramento dos casos de hanseníase, referentes às ocorrências identificadas no município;
- ✓ Identificar o número total de casos de acordo com cada bairro do município, dentro do período proposto para o estudo.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 Histórico

#### 3.1.1 Histórico da Hanseníase

Conforme a Bíblia Sagrada (1992), existem diferentes citações sobre a Hanseníase em textos bíblicos, entretanto, estas são confusas, pois a lepra como era conhecida, relatam impurezas na pele. Os primeiros registros oficiais e comprovados de hanseníase no mundo vêm da Índia e são datadas de aproximadamente 600 anos antes de Cristo (BROWNE, 2003). Conforme Opromola (1981), a hanseníase era desconhecida na época de Hipócrates, na Europa, até 467 anos antes de Cristo, no entanto, na Grécia, cerca de 150 anos antes de Cristo já havia se tornado bem conhecida.

Os primeiros casos da doença no Brasil ocorreram por volta do ano 1600 na cidade do Rio de Janeiro, possivelmente trazidas pelos portugueses e escravos africanos, distribuindo-se para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Maranhão e São Paulo (FAUSTO et al., 2010).

Maurano (1944), afirma entre outras coisas, que durante a idade média ações da Igreja excluía e destituía os doentes de seus direitos civis, forçando-os ao isolamento em leprosários, fato comum nessa época, pois a segregação era utilizada como forma de tratamento.

D. João V, cerca de dois séculos após o início da colonização portuguesa no Brasil, tomou medidas contra a doença, ordenando a construção de leprosários afastando a população dos doentes, desta forma, através dessas medidas foi possível datar as primeiras ações de cuidados em relação à doença no Brasil (ARAUJO, 1956).

No século XVII, a hanseníase já era considerada doença endêmica, e até então, não havia um tratamento específico. Em 1920, com a fundação do Departamento Nacional de Saúde Pública no Brasil, criaram-se os leprosários possibilitando a realização do censo dos pacientes (FAUSTO et al., 2010).

“O controle da hanseníase iniciou-se no final da década de 1940, com a introdução da sulfona no tratamento da doença” (CURTO, 2007). Somente a partir de 1967 com a revogação da lei de internação compulsória e após a inserção da PQT, por volta de 1980, foi

instituída a alta por cura, com isso diminuindo o estigma da doença (CASTRO e WATANABE, 2009). O Brasil adotou a terminologia Hanseníase substituindo o termo “Lepra” diante do Decreto 76.078 no Governo de Geisel, porém com a Lei federal nº 9010 de 29 de março de 1995 tornou-se obrigatória a substituição do termo (OPROMOLLA e MARTELLI, 2005).

Conforme Santos e Rabay (2001), nosso país se encontra em primeiro lugar nas Américas em casos de hanseníase e em segundo lugar no mundo em número de casos, no entanto o autor ressalta o compromisso firmado pelo Brasil com Organização Mundial de Saúde em Abidjan, em 1999, na Costa do Marfim, onde o país assumiu o compromisso de reduzir o coeficiente da prevalência de hanseníase a níveis inferiores a um paciente em cada 10.000 habitantes até o final do ano de 2005.

### *3.1.2 Histórico do Município*

O Projeto da criação do município Juína, foi formalizado em 23/01/1976, onde previa a implantação de uma cidade no meio da selva amazônica. Foi idealizado por diretores e funcionários da Companhia de Desenvolvimento de Mato Grosso (CODEMAT) e diretores da Superintendência de Desenvolvimento do Centro Oeste, foi aprovado pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), através da portaria nº 904 de 19 de setembro de 1978. O projeto original previa a divisão da cidade em módulos e tinha o objetivo de expansão das fronteiras agrícolas (IBGE, 2010).

Conforme Portal Municipal (2005), este projeto alcançou maior êxito de colonização da CODEMAT, teve um crescimento acelerado, a partir disso tornou-se distrito em 10 de junho de 1979, no entanto em 09 de maio de 1982 foi emancipado o município de Juína, tendo seu território desmembrado do município de Aripuanã, mediante a lei estadual nº 4.456.

A partir de 1976, através de pesquisas identificadas pela SOPEMI – Sociedade de Pesquisas Minerais e pelo Projeto RADAMBRASIL, foram descobertas ricas jazidas diamantíferas na região. A garimpagem de diamantes acabou fazendo história em Juína. Com isso houve desincentivo ao setor agropecuário que também enfrentou problemas com a falta de operacionalidade da Cooperjuína – Cooperativa Agropecuária Mista de Juína, que foi fundada em 1980 e no ano de 1988, contava com 2.335 associados com objetivo de armazenar e escoar grãos. Atualmente, um dos setores mais forte da economia local é a pecuária (FERREIRA, 2001).

Segundo o Atlas de desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Juína foi 0,716, em 2010. No ranking estadual de melhor situação, o município de Juína ocupa a 24ª posição de 141 municípios do estado Mato Grosso. Entre 2000 e 2010, a população de Juína teve uma taxa média de crescimento anual de 0,32% e nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 17,04%. A esperança de vida ao nascer no ano 2010 representava 75,7 enquanto a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 74,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

### **3.2 Conceito da Hanseníase**

A hanseníase, também chamada de Mal de Hansen é causada pelo bacilo *M. leprae* (ARAÚJO, 2003). A principal fonte de infecção é o homem, apesar de terem sido identificados animais naturalmente infectados como, o tatu, o macaco mangabei e o chimpanzé. A principal via de eliminação do bacilo são as vias aéreas superiores de pacientes com hanseníase Virchowiana e Dimorfa que não estão fazendo o tratamento poliquimioterápico, pois, estes pacientes têm uma carga bacilar de cerca de 10.000.000 de bacilos presentes na mucosa nasal. Os pacientes paucibacilares, ou seja, os que possuem hanseníase Indeterminada e Tuberculóide por possuírem uma baixa carga bacilar não são fontes de infecção, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2002).

A forma paucibacilar é considerada classe menos grave, possuindo duas variantes clínicas, a Tuberculóide e a Indeterminada, caracterizadas por poucas lesões na pele, geralmente, hipopigmentadas, pouca sensibilidade, podendo ser pálida ou avermelhada. A Hanseníase multibacilar é classificada em Virchowiana e Dimorfa, associadas com múltiplas lesões, placas, nódulos, espessamento dos nervos periféricos, infiltração da pele, podendo se apresentar na mucosa nasal. Na maioria dos casos o diagnóstico é clínico, complementado pelo exame baciloscópico de fácil execução, pouco invasivo e de baixo custo (BRASIL, 2009).

### **3.3 Epidemiologia**

Segundo o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010, o coeficiente de detecção de hanseníase pode ser apresentado por cada 10.000 habitantes e por cada 100.000 habitantes, variando sua aplicação de acordo com a população

utilizada, usualmente em microrregiões aplica-se o coeficiente menor e macrorregiões o coeficiente por cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2006).

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica do Centro Nacional de Epidemiologia do MS (2002), o conjunto de ações que proporcionam conhecimento, detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, possui a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (BRASIL, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), no ano de 1991 foi estabelecida uma meta de eliminação da hanseníase, através da Assembleia Mundial de Saúde, na qual foi traçado o objetivo de atingir a prevalência de menos de um caso a cada 10.000 habitantes, a nível global, essa meta foi atingida no ano 2000. Com isso, o Plano Estratégico para eliminação da hanseníase 2000-2005 ofereceu apoio para os países endêmicos diante do compromisso de garantia que os serviços da hanseníase fossem acessíveis às pessoas infectadas pela doença. Já a Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010 tiveram enfoque renovado quanto ao alcance das comunidades menos assistidas, à qualidade dos serviços, com intuito principal de garantir a sustentabilidade do programa (BRASIL, 2006). A Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015 baseia-se nos princípios de controle da morbidade através de Diretrizes Operacionais buscando reduzir a carga da doença, manter o compromisso político e profissional a fim de prestação de serviços de alta qualidade (OMS, 2010).

Contudo, Araújo (2003), diz que a hanseníase ainda atinge níveis endêmicos e hiperendêmicos em vários estados, devido o país não ter conseguido cumprir o compromisso firmado em 1991 na 44ª Assembleia Mundial de Saúde, onde se comprometeu em extinguir a hanseníase até o ano 2000, o que não foi concretizado até os dias de hoje. O objetivo dessas medidas é o controle da doença, e assim, reduzir sua prevalência a menos de um caso por cada 10.000 habitantes, quebrando a cadeia epidemiológica e a produção de novos casos (BRASIL, 2010b).

O conhecimento científico e as melhorias nas condições de vida da população modificaram consideravelmente o quadro da Hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura (BRASIL, 2011).

### **3.4 Diagnóstico**

De acordo com as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase estabelecida na Portaria 3.125 de 07 de Outubro de 2010, o diagnóstico de hanseníase é padronizado e estabelecido pelo MS como sendo essencialmente clínico e epidemiológico. É realizado através do histórico de saúde e de condições da vida do paciente, além da avaliação de sensibilidade, exame dermatoneurológico buscando localizar e identificar lesões na pele ou ainda alterações da sensibilidade e espessamento neural. Essas lesões podem se localizar em qualquer região do corpo e podem, também, acometer a mucosa nasal e a cavidade oral. Ocorrem com maior frequência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas algumas dessas áreas são de difíceis visualizações por parte do paciente. Em casos com estágio avançado é possível identificar o comprometimento de nervos periféricos, além do exame de baciloscopia que deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos como paucibacilar ou multibacilar (BRASIL, 2010a).

Já em crianças, considerando a dificuldade da aplicação dos testes avaliadores de sensibilidade para o diagnóstico da hanseníase, exige-se um exame bem mais minucioso. Assim, é recomendado que seja aplicado o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (BRASIL, 2010a).

Como em qualquer outra doença, o diagnóstico de hanseníase deve ser informado ao paciente, porém deve-se observar a possibilidade de impacto psicológico, tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou pessoas de sua rede social, por conta do estigma que a doença ainda carrega. A equipe de saúde deve atuar com discrição, além de ter uma abordagem apropriada para facilitar a aceitação do problema e a superar as dificuldades do tratamento, no momento do diagnóstico, durante o tratamento e, se necessário, após a alta (BRASIL, 2010a).

### **3.5 Modo de Transmissão**

A transmissão se dá de uma pessoa doente não tratada, que através das vias aéreas superiores, eliminam bacilos para o exterior, infectando outras pessoas (BRASIL, 2002). A principal via de eliminação dos bacilos dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) é o trato respiratório (BRASIL, 2010b).

Em relação ao período de incubação, o Ministério da Saúde (MS) afirma que o período pode durar em média, 02 a 07 anos. Pode ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero. Os pacientes multibacilares podem transmitir a infecção enquanto o tratamento específico não for iniciado (BRASIL, 2010b).

### **3.6 Sinais e Sintomas**

Em relação aos sinais e sintomas dermatoneurológicos da doença, o guia para o controle da hanseníase do MS afirma que, na hanseníase, as lesões de pele sempre apresentam alterações de sensibilidade, sendo esta característica o principal fator que a difere das demais lesões de pele. A sensibilidade pode estar diminuída ou totalmente ausente, em alguns casos pode ocorrer o aumento da sensibilidade local classificada como hiperestesia. As lesões podem aparecer em qualquer local do corpo, ocorrendo em maior frequência nas pernas braços e costas, nádegas além da face e orelhas. Estas podem apresentar-se em uma única mancha ou até em um aglomerado de placas. Na lesão por infiltração evidencia-se um aumento da espessura da pele e de sua consistência apresentando limites imprecisos. O tubérculo ou nódulo evolui geralmente deixando alguma cicatriz. O nódulo é caracterizado por ser uma lesão sólida, o tamanho varia de 1 a 3 centímetros podendo ser elevada ou não (BRASIL, 2002).

Os sinais e sintomas neurológicos da doença também podem se manifestar por meio de lesões em nervos periféricos causadas pela ação do bacilo e até pela própria reação do organismo na tentativa de combater a ação do bacilo, causando a neurite que se manifesta através de espessamento dos nervos periféricos e dor no local, decorrentes do processo agudo inflamatório e também se evidencia através da perda de sensibilidade nas áreas inervadas acometidas, sendo as principais: olhos, mãos, pés, pálpebras caídas e perda de força local, porém no início da doença, pode não ter ocorrido ainda, esse comprometimento funcional. Após tornar-se crônica, a neurite compromete a capacidade de suar no local afetado, causando o ressecamento da pele e a perda da força local. Estes sinais são indicadores da doença, que podem evoluir para o comprometimento neural, incapacidades e deformações (BRASIL, 2002).

### 3.7 Tratamento

Segundo Pereira (2008), a hanseníase tem tratamento e tem cura. No entanto, se no ato do diagnóstico o paciente já estiver com alguma deformidade, poderá o paciente permanecer com a seqüela permanente após a alta do tratamento. Esta informação reforça a importância do diagnóstico precoce e do tratamento imediato para a prevenção de deficiências físicas como agravo que a doença pode provocar.

A dapsona e seus derivados começaram a ser utilizados no tratamento da hanseníase a partir de 1940. No entanto, a utilização exclusiva dessa medicação ocasionava em um tratamento longo, propiciando resistência ao bacilo e diminuindo a eficácia da medicação. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde, a partir de 198, introduziu novas drogas que resultaram na poliquimioterapia (PQT) (BRASIL, 2001).

Em 1982, a PQT foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde. No Brasil foi implantada gradualmente a partir de 1991, regulamentada através da portaria nº 140/91 do MS, sendo ofertada de acordo com a forma clínica apresentada, com objetivo de amenizar possíveis reações, prevenir resistência aos medicamentos e acelerar o início do tratamento (CURTO et al., 2007).

No ano de 1995, a Organização Mundial de Saúde passou a prover mundialmente os medicamentos gratuitos necessários para PQT anti-hanseníase, através do apoio de empresas internacionais. Uma dessas empresas, a Novartis, assumiu o compromisso de continuar dispensando os medicamentos gratuitamente para a PQT após 2005. Cerca de 100 países, atualmente, dependem dos medicamentos de PQT fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005).

Conforme o Guia para o Controle da Hanseníase, e os critérios da Organização Mundial de Saúde, a classificação da hanseníase (Paucibacilar ou Multibacilar) determinará a forma de tratamento poliquimioterápico que o paciente irá receber (BRASIL, 2002).

O tratamento específico e integral de um paciente com hanseníase, recomendado pelo MS, é a poliquimioterapia incluindo acompanhamento, identificação e tratamento de possíveis complicações da doença, além da prevenção e do tratamento de incapacidades físicas. A poliquimioterapia é composta por um conjunto medicamentoso, sendo: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada (BRASIL, 2002).

O esquema de administração da dose supervisionada deve ser o mais regular possível, de 28 em 28 dias. É importante para o êxito do tratamento que a administração da dose seja supervisionada, assim se o paciente não comparecer na unidade de saúde no dia agendado, a equipe deve ofertar a medicação em domicílio, garantindo a administração da dose. A duração do tratamento poliquimioterápico deve corresponder aos prazos estabelecidos pelo MS, sendo 06 doses mensais supervisionadas de rifampicina tomadas em até 09 meses para os casos Paucibacilares, acompanhada da sulfona auto administrada, e de 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina tomadas em até 18 meses para os casos multibacilares, acompanhadas da sulfona auto administrada e da clofazimina auto administrada e supervisionada (BRASIL, 2002).

As drogas podem causar efeitos colaterais no paciente, como anemia hemolítica e hepatite medicamentosa. Os efeitos mais graves estão relacionados ao uso da dapsona, principalmente no início do tratamento (BRASIL, 2010a). Com isso a equipe precisa estar atenta, devendo haver conduta adequada e substituição do medicamento, para evitar que a reação medicamentosa e o mal estar conduza o paciente ao abandono do tratamento (BRASIL, 2002).

As reações medicamentosas podem ser do tipo reversa ou eritema nodoso hansênico. Conforme a gravidade do quadro de reações, a medicação Talidomida pode ser utilizada na reação nodoso, no entanto possui algumas contra indicações que precisam ser avaliadas antes da prescrição, principalmente para mulheres em idades férteis de acordo com a Lei nº 10.651 de 2003, que dispõe sobre a utilização da Talidomida (BRASIL, 2010b).

Como critério de alta para paciente com hanseníase, exige-se que se tenha completado o esquema terapêutico padrão preconizado pelo MS e pela Organização Mundial de Saúde.

### **3.8 Profilaxia**

Pelas normas atuais do MS, não existe uma norma específica de prevenção. Diante disso, consiste-se como maneira profilática diagnosticar e tratar precocemente os casos e ainda a utilizar-se a vacina BCG para os contatos intradomiciliares de casos confirmados de hanseníase. Desta maneira, a vacina BCG deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos paucibacilares ou multibacilares (BRASIL, 2010b).

Nos estudos realizados no Brasil e em outros países para verificar o efeito protetor da BCG na hanseníase, o nível de proteção variou de 20 a 80%, e sugeriu uma maior proteção para as formas multibacilares da doença (BRASIL, 2002).

O Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil tem como princípios as intervenções constantes e contínuas para a redução de incidência dos casos. O Sistema Único de Saúde (SUS) através do financiamento de recursos para diagnósticos, tratamento poliquimioterápico, vigilância epidemiológica, educação do paciente, prevenção de incapacidades, reabilitação e encaminhamento das complicações e acompanhamento dos casos diagnosticados, tem um papel muito importante nas atividades de eliminação da hanseníase (BRASIL, 2006).

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Tipo de Estudo

Este estudo trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa e um recorte temporal de dez anos, situado entre os anos de 2004 a 2013.

A pesquisa documental é muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, e que ainda poderão ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de primeira mão documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc., existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas, entre outros (GIL, 2008 p. 51).

Segundo Michel (2005), a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza a quantificação nas modalidades de coleta de informações e no seu tratamento, mediante técnicas estatísticas, tais como percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros.

De acordo com Richardson (1999, p. 70), a abordagem quantitativa pode ser caracterizada:

[...] pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficientes de correlação, análise de regressão, etc.

Desta forma, verifica-se que este trabalho possui características quantitativas, considerando que os dados coletados serão transformados em dados relativos (% e /10.000), os quais são técnicas estatísticas.

### 4.2 População e Amostra

A população de estudo foram os habitantes de Juína e a amostra foi composta pelos casos notificados de hanseníase disponíveis no sistema SINAN, no período de 2004 a 2013.

O SINAN é alimentado por notificações e investigações de doenças e agravos que fazem parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória anexa a portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014 (BRASIL, 2014). Este sistema foi gradualmente implantado no país de 1990 até 1993. Em 1998 os instrumentos de coleta, fluxo e software foram redefinidos. É usado em todos os municípios do país, tem como objetivo o registro e o processamento dos

dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, desta maneira fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nas esferas municipal, estadual e federal (IBGE, 2010).

### **4.3 Coleta de Dados**

Para a coleta de dados foi utilizada como fonte de informação, o banco nacional de dados do Programa de Controle de Hanseníase disponível no SINAN, (Anexo A), acessado no Escritório Regional de Saúde de Juína, no mês de setembro de 2014. Foram coletadas notificações do período de 2004 a 2013 com agravo de Hanseníase no município de Juína. Foram selecionadas as seguintes variáveis: a idade do paciente, sexo, raça/cor, a escolaridade, a zona de residência, a forma clínica (Indeterminada, Tuberculóide, Virchowiana e Dimorfa), classe operacional (Paucibacilar e Multibacilar), bairro, o modo de detecção e formas de encerramento dos casos.

Adotou-se como critério de exclusão, as demais variáveis disponíveis no SINAN: o nome da unidade de saúde, nome do paciente, data do diagnóstico, dados sobre gestante, número do cartão SUS, nome da mãe do paciente, distrito, logradouro, complementos do endereço, telefone, CEP, nº do prontuário, nº de lesões cutâneas, nº de nervos afetados, avaliação do grau da incapacidade física no diagnóstico, modo de entrada, baciloscopia, data do início do tratamento, esquema terapêutico inicial e número de contatos registrados, além dos casos registrados fora do corte temporal de 2004 a 2013. Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Office Excel ® 2007.

Para análise da incidência, adotou-se a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 10 mil habitantes: baixa ( $<0,2$ ), média ( $0,2-0,9$ ), alta ( $1,0-1,9$ ), muito alta ( $2,0-3,9$ ) e situação hiperendêmica ( $\geq 4,0$ ) de acordo com indicadores de dados básicos do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

### **4.4 Análise e Tratamento dos Dados**

Os dados foram quantificados em frequência absoluta e frequência relativa, média e desvio padrão, utilizando o programa Microsoft Office Excel ® 2007.

Após a tabulação, os resultados foram apresentados em figuras e tabelas e também contextualizados com resultados comentados e fundamentados em literatura.

#### **4.5 Considerações Éticas**

Em atendimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram entregues para o Escritório Regional de Saúde de Juína, uma carta de apresentação do estudante, (Apêndice A), e o termo de autorização expedida pela Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, (Apêndice B). Após anuência e assinatura da carta de autorização do estudo, a coleta foi realizada e o pesquisador compromete-se com a utilização dos dados para fins exclusivamente da pesquisa.

Os dados coletados são de domínio público, de fonte secundária, disponíveis no SINAN.

## 5 RESULTADOS

Foram avaliadas neste estudo, as quantidades de casos novos de hanseníase por ano, o modo de detecção em frequência relativa, a ocorrência em frequência absoluta, taxa de incidência anual, quantidade por gênero, raça/cor, escolaridade, média da faixa etária, zona de residência, distribuição da classificação operacional e formas clínicas da hanseníase também em frequência relativa, a distribuição dos casos por bairros do município demonstrando as formas clínicas mais acometidas e a frequência relativa do modo de alta dos pacientes, ambos ao longo do período de 2004 a 2013.

As ocorrências de hanseníase registradas no município de Juína no período de 2004 a 2013, segundo o SINAN, totalizaram 647 (seiscentos e quarenta e sete) notificações, com idade entre 04 e mais de 87 anos, incidindo em uma média de 50,6 casos novos de hanseníase por ano, excluindo-se o ano de 2013, em que ocorreu um número muito maior de casos, devido a intensificação da busca ativa de casos.

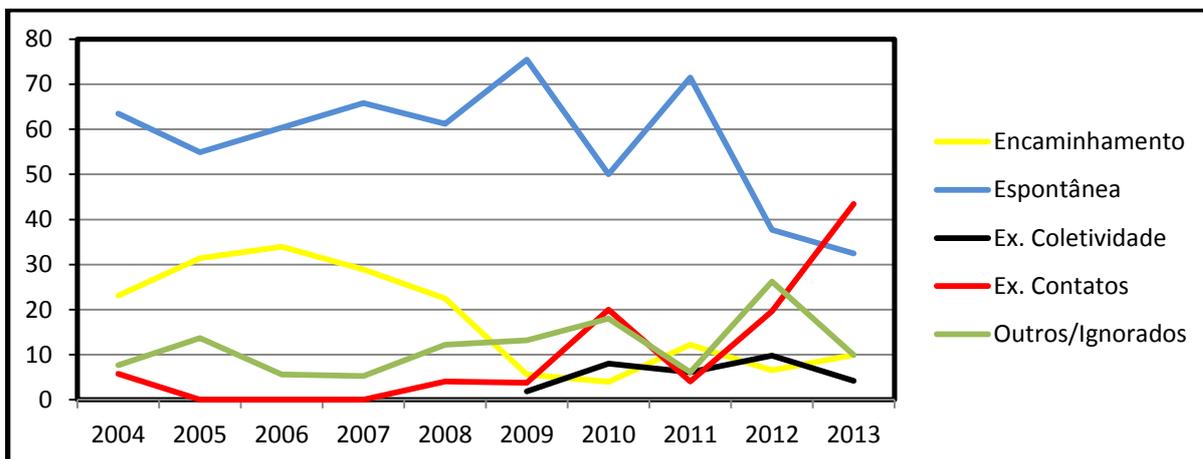
**Tabela 1 - Taxa de Incidência de Hanseníase. 2004-2013.**

ANO	CASOS NOVOS		POPULAÇÃO JUINENSE	TAXA INCIDÊNCIA / 10.000 hab.
	N	%		
2004	52	8	38.846	13,38
2005	51	8	39.296	12,97
2006	53	8	39.524	13,40
2007	38	6	38.422	9,89
2008	49	8	39.582	12,37
2009	53	8	39.708	13,34
2010	50	8	39.255	12,74
2011	49	8	39.350	12,45
2012	61	9	39.442	15,46
2013	191	29	39.592	48,24
<b>Total:</b>	<b>647</b>	<b>100%</b>		

*Fonte: SINAN/Escritório Regional de Saúde e Juína - IBGE -Setembro de 2014.*

As taxas de Incidência de hanseníase em Juína, no período de 2004 a 2012, apresentaram a taxa média de 12,89/10.000 habitantes, excluindo-se o ano de 2013. No entanto, no ano de 2013, houve um resultado divergente da média anterior, apresentando a taxa de incidência de 48,24/10.000, esse resultado influenciou no aumento da média de incidência em 4,82/10.000 habitantes, por cada ano do período analisado, alcançando a média anual de 16,42/10.000 habitantes, durante toda a série histórica analisada.

Ao longo de nove anos, (2004 a 2012), o número de casos anuais da hanseníase no município de Juína/MT, manteve-se em equilíbrio, variando entre 6 e 9 % ao ano. Em 2013, ocorreu um aumento expressivo no número de casos novos, totalizando 29% dos casos, do período analisado neste estudo.



**Figura 1** - Modo de Detecção (%) de Hanseníase no município de Juína/MT. 2004 - 2013

Fonte: SINAN/ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE JUÍNA, setembro de 2014.

A procura pelo serviço de saúde por demanda espontânea predominou do ano de 2004 ao ano de 2011, apresentando nesse período, mais que 50% dos casos. À medida que a detecção por exame de contatos foi crescendo de 4,1 % em 2011, para 43,4 % em 2013, nota-se que a demanda espontânea veio decrescendo. Apesar do declínio observado nos últimos anos houve predomínio absoluto das notificações por demanda espontânea ao longo do período do estudo representando a média de 51,4% dos casos.

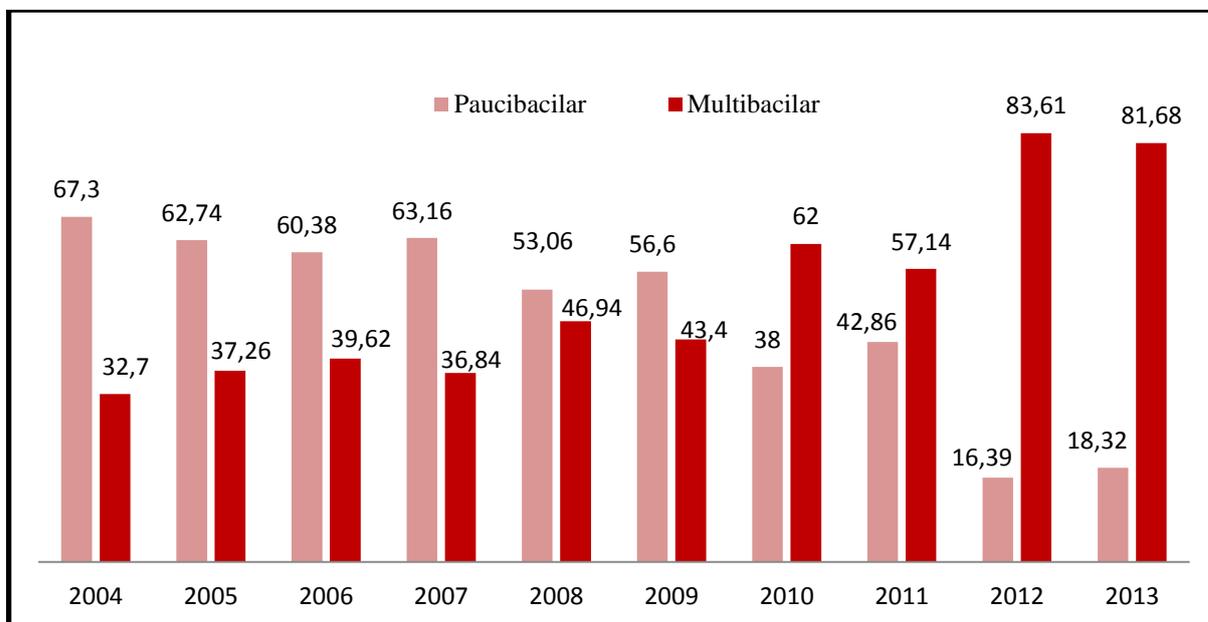
**Tabela 2-** Caracterização dos portadores de hanseníase segundo: gênero, raça/cor, escolaridade, média etária e zona de residência. 2004-2013.

VARIÁVEL	ANO										Total	Média	%	Desvio Padrão
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013				
<b>Gênero</b>														
Feminino	24	20	24	22	16	23	18	17	25	104	293	29,3	45,3	26,4
Masculino	28	31	29	16	33	30	32	32	36	87	354	35,4	54,7	18,8
<b>Raça/Cor</b>														
Branco	2	20	21	14	23	26	29	22	31	72	281	28,1	43,4	16,1
Preto	3	8	4	9	7	11	3	7	11	22	85	8,5	13,1	5,5
Amarelo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Pardo	2	22	27	15	19	16	17	19	19	96	276	27,6	42,6	24,3
Indígena	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	4	0,4	0,7	0,5
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,1	0,2	0,3
<b>Escolaridade</b>														
Analfabetos	7	11	10	4	4	1	5	3	4	5	54	5,4	8,3	3,10
Até a 4ª Série	1	21	17	20	19	18	14	22	23	46	214	21,4	33,0	99,1
Até a 8ª Série	1	11	14	7	7	19	16	11	15	68	187	18,7	28,9	117,8
Ensino Médio	1	5	10	5	9	9	7	7	4	52	119	11,9	18,4	114,2
Ensino Superior	1	3	2	1	1	3	3	3	3	10	28	2,8	4,4	22,6
Ignorado	0	0	0	1	9	3	5	5	12	10	45	4,5	7	4,50
<b>Média etária</b>														
Média Idade	37,7	40,3	40,3	41,2	41,1	41,3	42,5	46,5	43,7	36,2	-	41,1	-	2,87
<b>Zona de Residência</b>														
Urbana	40	42	47	36	44	47	45	44	50	168	563	56,3	87	39,4
Rural	12	9	6	2	5	6	5	5	10	21	81	8,1	12,5	5,38
Não classificada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0,3	0,5	0,67

Fonte: SINAN/ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE JUÍNA, setembro de 2014.

De acordo com as características sociodemográficas, gênero, cor/raça, escolaridade, média de idade e zona de residência desse estudo, nota-se que houve predomínio de ocorrência da hanseníase no sexo masculino com total de 54,7%, predominou-se na cor/raça brancos com 43,4%, seguidos de pardos, com total de 42,6%, com o nível de escolaridade de

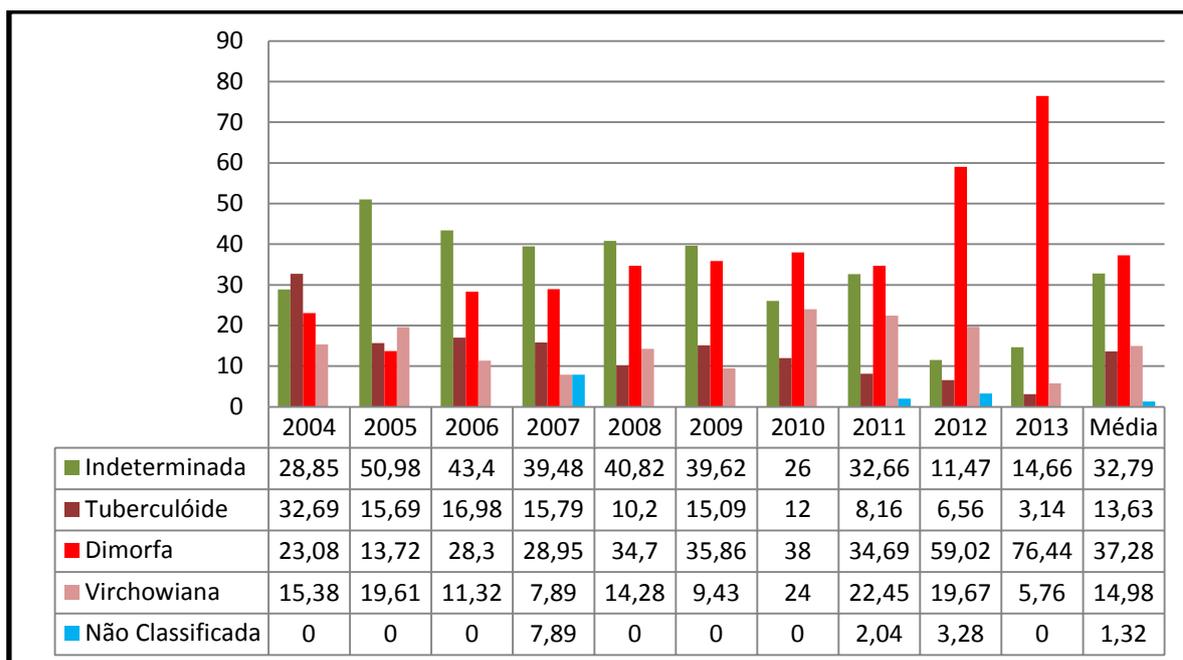
até a 4ª série representando 33,0% das ocorrências. Em relação à faixa etária, a média de idade foi de 41,1 anos, já a zona de residência que apresentou maior número de casos, foi a urbana com 87,0%, no período de 2004 a 2013.



**Figura 2-** Distribuição dos casos de hanseníase (%) segundo a classificação operacional no município de Juína, 2004 – 2013.

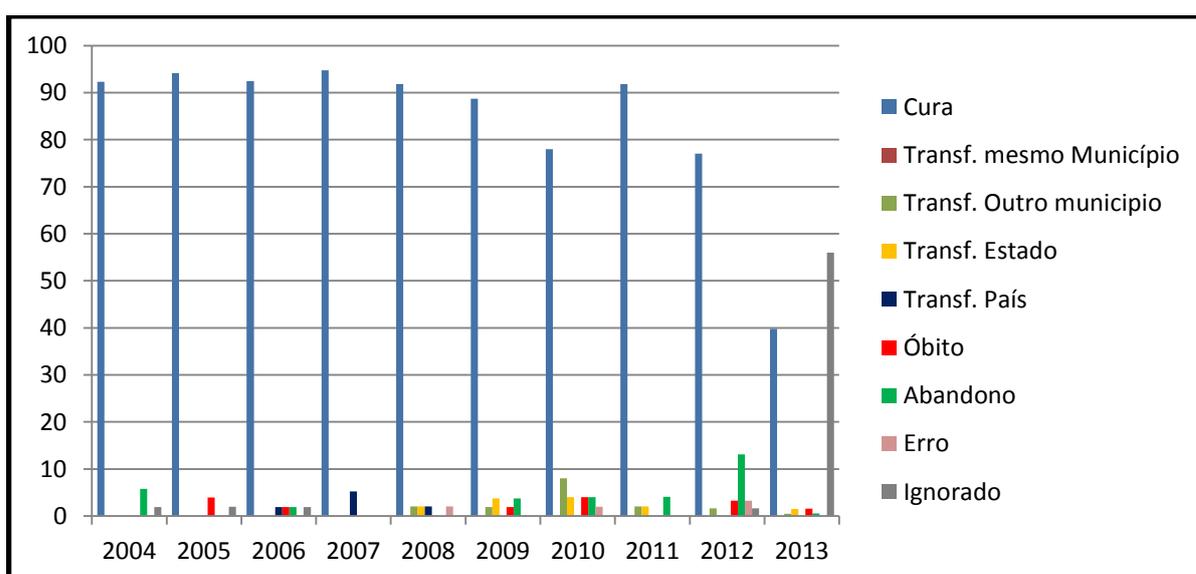
*Fonte:* SINAN/Escritório Regional de Saúde de Juína, setembro de 2014.

A distribuição da hanseníase segundo a classificação operacional demonstra que a paucibacilar é predominante de 2004 a 2009, com média de 60,6% dos casos. A multibacilar se faz predominante a partir de 2010. Com isso observa-se que a predominância foi alternada para a multibacilar, afinal a mesma, em dez anos de estudo, totalizou 52% do total de casos, enquanto a paucibacilar apresentou 48% do total de casos.



**Figura 3** - Distribuição (% , média) das Formas clínicas de hanseníase no Município de Juína/MT. 2004 - 2013.  
 Fonte: SINAN/Escritório Regional de Saúde de Juína, setembro de 2014.

Ao longo do período do estudo houve inversão de predominância nas formas de ocorrência da doença, pois até o ano 2009 a forma indeterminada havia sido superior, cedendo lugar a hanseníase dimorfa a partir do ano de 2010. Com isso, verificamos que a forma clínica Dimorfa predominou com 37,2% do total dos casos no período do estudo, seguida da forma clínica Indeterminada com 32,7%, enquanto a virchowiana e a tuberculóide apresentaram média de 14,9% e 13,6% respectivamente.



**Figura 4** - Distribuição (%) das formas de encerramento dos casos de hanseníase no Município de Juína/MT. 2004 - 2013.

Fonte: SINAN/Escritório Regional de Saúde de Juína, setembro de 2014.

A cura predominou em toda a série histórica deste estudo com média de 84%, no entanto, nota-se um declínio em 2010, 2012 e 2013. O abandono ao tratamento ultrapassou 10 % dos casos no ano de 2012, podemos verificar ainda, que houve óbito de pacientes em seis dos dez anos do estudo.

**Tabela 3** - Frequência Absoluta de casos de hanseníase apresentada por bairros no Município de Juína/MT. 2004 -2013

<b>Município de Juína/MT.</b>												
<b>Bairros Urbanos</b>	<b>Quantidade de Casos</b>											
<b>Ano</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Centro</b>	0	1	3	1	3	2	0	0	0	0	<b>10</b>	<b>1,8</b>
<b>Módulo 01</b>	3	5	4	2	1	2	2	0	2	0	<b>21</b>	<b>3,6</b>
<b>Módulo 02</b>	4	1	0	0	0	1	2	1	1	0	<b>10</b>	<b>1,8</b>
<b>Módulo 03</b>	0	2	0	4	0	2	2	0	0	0	<b>10</b>	<b>1,8</b>
<b>Módulo 04</b>	6	4	2	5	8	4	6	6	8	6	<b>55</b>	<b>9,6</b>
<b>Módulo 05</b>	13	11	12	8	14	15	20	19	13	130	<b>255</b>	<b>44,7</b>
<b>Módulo 06</b>	2	1	0	2	0	5	2	5	2	13	<b>32</b>	<b>5,6</b>
<b>Padre Duílio</b>	5	3	10	4	5	4	3	5	10	4	<b>53</b>	<b>9,3</b>
<b>Palmiteira</b>	5	7	2	4	2	3	0	4	4	4	<b>35</b>	<b>6,1</b>
<b>Setor Industrial</b>	1	2	0	0	2	1	2	0	3	4	<b>15</b>	<b>2,6</b>
<b>São José Operário</b>	1	6	16	10	10	10	7	5	5	5	<b>75</b>	<b>13,1</b>
<b>Total Geral:</b>	40	43	49	40	45	49	46	45	48	166	<b>571</b>	<b>100%</b>

Fonte: SINAN/ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE JUÍNA, setembro de 2014.

Verifica-se a distribuição dos casos de hanseníase detalhados por bairro e por ano em Juína, no período de 2004 a 2013, apresentados em frequência absoluta, total de casos anuais e frequência relativa anual. Desta forma, quem apresentou a maior ocorrência de hanseníase foi o bairro Módulo 05 com 44,7% (n=255) dos casos, sendo 130 casos só no ano de 2013, em segundo lugar, destaca-se o bairro São José Operário com 13,1% (n=75) e em terceiro e quarto lugar, estão o bairro Módulo 04 e o bairro Padre Duílio com 9,6% (n=55) e 9,3% (n=53), respectivamente. Os demais bairros juntos, ao longo dos dez anos, totalizaram 23,3%, (n=133).

## 6 DISCUSSÃO

Segundo as estimativas de evolução populacional, apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ao longo dos anos deste estudo, determina-se o coeficiente de detecção de hanseníase neste município, onde as taxas de incidência variaram de 13,38/10.000 habitantes em 2004 a 48,24/10.000 habitantes em 2013, o que é hiperendêmico, tendo em vista a classificação das taxas de detecção do SUS, por cada 10 mil habitantes, sendo considerada baixa quando menor que 0,2 casos, média quando de 0,2 a 0,9 casos, alta entre 1,0 e 1,9 casos, muito alta quando acima de 2,0 a 3,9 casos, e situação hiperendêmica maior ou igual a 4,0 (BRASIL, 2012). Rodrigues (2010), em seu estudo sobre o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teófilo Otoni/MG, identificou a taxa de incidência de 2,7/10.000 habitantes no ano de 2003 e 14,0/10.000 habitantes, no ano seguinte e acredita que o aumento provavelmente ocorreu devido a intensificação da busca ativa dos pacientes com Hanseníase naquele município.

Segundo o balanço sobre hanseníase do ano de 2013, apresentado pelo MS em janeiro de 2014, o estado de Mato Grosso registrou a maior prevalência do país, sendo que o coeficiente de prevalência foi 7,69/ 10.000 habitantes (BRASIL, 2014). Desta forma, acredita-se que o município de Juína contribuiu consideravelmente para essa colocação, diante dos altos índices apresentados, estando muito distante dos resultados preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

A média de 64,7 casos ao ano representa a alta ocorrência da patologia. No entanto, havia um equilíbrio no percentual de casos anuais, até o ano de 2012, mantendo-se entre uma frequência absoluta anual de 38 a 61 casos, porém houve um aumento desproporcional no número de notificações em 2013, chegando a triplicar a ocorrência da doença. Considerando que, no período deste estudo, não houve um aumento populacional expressivo que justificasse esse importante aumento na taxa de detecção de 2013, acredita-se que o acréscimo em notificações pode ser atribuído pelas melhorias dos programas de controle e capacitação profissional, aumentando a capacidade de detecção do município. No entanto, observando a hiperendemia da doença no município ao longo dos anos, sugere-se que ainda existam casos subnotificados da doença.

No estudo de Andrade et al. (1997), afirmam que no estado de Mato Grosso existe um reservatório de casos ocultos da doença que mantém fontes ativas de contaminação, apesar da existência da PQT gratuita, os autores também acreditam que o aumento nos coeficientes de

detecção, faz parte do processo de melhoria das atividades de detecção da doença. Penna et al. (2008), quando consideram que a hanseníase permite que o paciente permaneça por anos sem tratamento não indo a óbito, os autores acreditam que em uma área hiperendêmica a prevalência oculta possa ser 30 vezes maior do que a incidência, devido ao acúmulo de casos a serem detectados. Acredita-se que nos últimos anos a detecção tem sido aumentada, não somente pela expansão da doença e sim pela efetividade dos serviços prestados, evidenciando esses casos ocultos em notificações recentes.

Esse aumento tem sido evidenciado ao longo de muitas regiões no país. O Estado da Bahia apresentou aumento de 93,8% no coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase, entre os anos de 1974 e 1994 (CUNHA et al., 2001). Entre 1997 e 2003, em Sobral/CE, o coeficiente de detecção de casos novos aumentou mais de 100% após o ano 2000 (CAMPOS et al., 2005). Com esses resultados contrariamos os dados do MS que a nível nacional preconizam uma diminuição de casos ao longo dos anos, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde como ideal, menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes.

Conforme o Departamento de Informática do SUS, as taxas elevadas de casos de hanseníase refletem condições precárias de desenvolvimento do país, tais como, as péssimas condições de vida, econômicas, de escolaridade e de atenção à saúde. Acredita-se, que mesmo esses dados sendo alarmantes, os caminhos para o controle da doença são: detectar, tratar e acompanhar os doentes para se obter êxito na erradicação da hanseníase no país (BRASIL, 2012).

Em busca de se comprovar as possíveis melhorias que determinaram o aumento na detecção no município de Juína, fez-se necessário analisar o modo de detecção dos casos, assim, podemos verificar que houve predomínio da demanda espontânea na detecção de casos de hanseníase até o ano de 2011, ou seja, neste período o paciente se dirigiu espontaneamente à atuação primária de saúde e assim foi diagnosticada a patologia. A partir de 2008, a detecção por exame de contatos passou a ser efetiva no município, quando se obteve um acréscimo de 10 vezes sua frequência relativa inicial, até o ano de 2013.

O modo em que está sendo detectada a doença no país é também, capaz de revelar a real situação da prevenção primária em relação à hanseníase (BRASIL, 2002). Diante disso, observamos que no município de Juína, existem ações educativas e informativas que levam os indivíduos até as unidades de saúde espontaneamente, e o crescimento da detecção por exame de contatos demonstra, ainda, que a prevenção está sendo concretizada através da investigação dos contatos intradomiciliares dos portadores de hanseníase. Santos, Castro e

Falqueto (2008), em seu estudo no interior do estado do Espírito Santo, identificaram a frequência de 69% dos diagnósticos através de demanda espontânea e atribuem a qualidade do atendimento para com o usuário do SUS e orientações adequadas sobre as características e o tratamento da hanseníase como sendo muito importantes para garantir a detecção de novos casos da doença. A região sul do estado de Santa Catarina teve o perfil dos portadores de hanseníase traçado por Mello, Popoaski e Nunes (2006), dentre o perfil, os autores verificaram que 50% dos casos no modo de detecção de incidência, foram diagnosticados por demanda espontânea e 40,9% através de encaminhamento.

Em relação ao gênero, a maior frequência das notificações de hanseníase deste estudo, ocorreram no sexo masculino, cerca de 9% a mais que no sexo feminino. Da mesma maneira Magalhães e Rojas (2005), identificaram coeficientes mais altos para o sexo masculino na região Centro-Oeste e em todos os estados da região Norte. O IBGE (2010) apresenta na população urbana do município de Juína, o discreto predomínio de homens (50,7%), enquanto 49,3% são mulheres. Acredita-se que devido a maioria da população neste município ser constituída por homens e por estes possuírem maiores ciclos sociais, acabam estando mais expostos a contaminação da doença.

No estudo de Campos et al. (2005) evidenciou-se 50,3% dos casos novos em mulheres e 49,7% em homens. Apesar de a maior ocorrência permanecer no sexo masculino, a diferença tem diminuído nos últimos anos e assim aumentado sua proporção ao sexo feminino, entretanto as mulheres buscam mais os serviços de saúde e isso diminui as possíveis incapacidades geradas pela doença (OLIVEIRA et al., 1996). Lana et al. (2002) ressalta que os homens preocupam-se menos com o corpo e a estética, e isso pode resultar em diagnóstico tardio da hanseníase.

Quanto ao acometimento da hanseníase às raças/cor, este estudo demonstrou discreto predomínio da raça branca (n= 281) 43,4% seguida de pardos (n=276) 42,6%. Santos, Castro e Falqueto (2008), no município de Jaguaré/ ES, identificaram a discreta ascendência da raça parda (38,9%) sobre a raça negra (37,8%). Miranzi Pereira e Nunes (2010), na avaliação de raça/cor, em Uberaba/MG, identificaram o predomínio dos casos em pardos, com 33,4%, seguidos de brancos com 29,8%. Em seu estudo no extremo sul do estado de Santa Catarina, Melão et al. (2011), também evidenciaram que a maioria dos casos notificados foram na raça branca, com 79,6%, enquanto em negros e pardos alcançaram 3,7% casos cada, além de 13% de casos ignorados ou não avaliados. Em Campos dos Goytacazes/RJ, houve predomínio em

pacientes de cor branca 53,4%, seguida da cor negra 31,5%, e o menor percentual em pardos: 15,1% (BATISTA et al., 2011).

O Brasil possui uma vasta miscigenação, onde em cada região do país, a população possui características predominantes, entre elas a raças/cor (IBGE, 2013). Observando a diversificação de resultados, em relação a cor/raça, acredita-se que a miscigenação pode influenciar na determinação de raças/cor da população local acometida pela doença.

Referindo-se a escolaridade, o predomínio de hanseníase se deu no grau de ensino até a 4ª série, com 33% (n=214), seguida de até 8ª série com 28,9% (n=187), analfabetos representaram 8,3% (n=54).

Parra (1986), em seu estudo, encontrou 75% de incidência em pacientes que tinham grau de instrução básico ou médio, e 15% em analfabetos. Entre 2003 a 2006, no município de Jaguaré/ES, 55,6% dos casos notificados com hanseníase, possuíam nível fundamental de escolaridade e 24,4% analfabetos (SANTOS, CASTRO e FALQUETO, 2008).

No estudo de Queiróz (2009), a autora analisou o comportamento e as características epidemiológicas da hanseníase no Estado de Mato Grosso por 12 anos, onde nos últimos anos de sua pesquisa, 2004 a 2007, o estado apresentou 46,2 % de nível de escolaridade baixa. Recentemente no estado Paraná, município Iretama, foram diagnosticados 55,2% dos portadores de hanseníase, com o 1º grau incompleto de escolaridade (OLIVEIRA e MACEDO, 2012). Correa, Ivo e Honer (2006), apontam a escolaridade, como um demonstrativo indireto de condição social. Desta forma, sugere-se que a baixa escolaridade, conseqüentemente, as poucas informações recebidas ou a baixa compreensão das informações, são fatores de risco para a hanseníase.

Observando a variável média de idade, (2004 a 2013), expressou-se neste estudo que os pacientes tinham em média 41,1 anos, com desvio padrão 2,87. Para a realização dessa média englobou-se todas as idades acometidas, ou seja, dos 4 aos 87 anos. Campos et al. (2005), no período de 1997 a 2003 no Ceará, apresentou a idade média de casos novos de 42,2 anos. A idade média de hansenícos apresentada no estudo de Budel et al. (2011), foi de 50,2 anos em 2009. Entre 1991 e 1995, num município hiperendêmico do estado do Maranhão, o predomínio da hanseníase ocorreu na faixa etária dos 15 aos 44 anos (AQUINO et al., 2003). Segundo o estudo Perfil sociodemográfico e clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes/RJ, a prevalência da doença é

maior na faixa etária entre 13 e 49 anos, com idade média de 42,9 anos, representando 53,3% das ocorrências (BATISTA et al., 2011).

Hinrichsen et al. (2002), descrevem o aumento da gravidade da doença conforme a idade, pois o ideal é que seja diagnosticada precocemente evitando incapacidades. Assim este estudo, em conformidade com os demais autores, verifica que a hanseníase acomete principalmente indivíduos em idade produtiva, conseqüentemente expostos a muitos ciclos sociais e devido a isso, com menos tempo para procurarem serviços de saúde. Justifica-se também pela manifestação tardia da doença devido ao longo tempo de incubação.

A zona de residência predominante dos portadores de hanseníase em Juína é a urbana com 563 casos, representando 87% das notificações.

Quanto ao local de moradia, 82,8% dos pacientes com hanseníase moravam na zona urbana (MIRANZI, PEREIRA e NUNES, 2010). No estudo na região hiperendêmica do nordeste, sendo o município de Mossoró/RN, entre os anos de 2004 a 2009, Castro e Saraiva (2010), observaram que as médias das notificações foram 6,2 vezes maiores na zona urbana que na rural. Segundo a distribuição de características sociodemográficas de indivíduos com hanseníase em Rondônia no período de 2001 a 2012, o percentual de detecção em zona urbana foi de 68,9 % enquanto 31,1% foi na zona rural (VIEIRA, ARAGOSO e CARVALHO, 2014).

Observando o alto acometimento da doença em zonas urbanas em diversos estudos, Cunha et al (2007), relata que aglomerados de pessoas pode possibilitar a conservação ou a propagação da endemia.

A classificação operacional demonstra a distribuição de casos novos em paucibacilar (até 5 lesões) e multibacilar (acima de 5 lesões), no município de Juína/MT, sendo que a paucibacilar foi predominante de 2004 a 2009 com 60,5%. A multibacilar se fez predominante a partir de 2009. Com a alta detecção, principalmente em 2013, o predomínio foi alternado para multibacilar, que na média de dez anos totalizou 52% enquanto a paucibacilar apresentou 48%.

Conforme Campos et al. (2005), também houve inversão da predominância das classes operacionais no município de Sobral/CE, sendo que, em 2007 a classe paucibacilar era predominante com 70,4% dos casos e já em anos seguintes a classe multibacilar passou a ser predominante. Sanches et al. (2007), apresentaram a classe operacional multibacilar como

sendo, a forma predominante de hanseníase no município de Prudentópolis/RJ, no período de 1998 a 2005, com 63% dos casos enquanto a classe paucibacilar representou 37% dos casos.

No período de 2003 a 2010, em Assis, no estado do Acre, 32% dos casos notificados com hanseníase foram paucibacilares e 68% multibacilares (OLIART-GUZMAN et al., 2011). Segundo Norman e Joseph (2004), a predominância da hanseníase multibacilar sobre a paucibacilar pode ser atribuída pelas diferentes composições da população estudada, como na possibilidade de haver uma estrutura comprometida com o combate da doença.

As formas clínicas da hanseníase, (Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana), demonstradas no período deste estudo, tornaram evidente que a hanseníase Dimorfa foi predominante, resultando em 37% das ocorrências, seguida da Indeterminada com 33%. Porém é necessário considerar que até o ano de 2009 a hanseníase Indeterminada havia sido predominante e o aumento expressivo de 2010 a 2013, alterou esse resultado, fazendo com que a Dimorfa liderasse o total de formas clínicas da hanseníase em Juína/MT. Observa-se que a forma Virchowiana que é uma das mais graves manifestações da doença e também é contagiante (BRASIL, 2009), aparece em pequenas proporções, porém ao longo de quase todos os anos.

Considerando que a hanseníase indeterminada é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase (SOUZA, 1997), nota-se que está sendo efetivo o combate da doença nesse município, em sua fase inicial. Observamos que a alta detecção de hanseníase dimorfa a partir de 2010 veio justificar o predomínio da indeterminada em anos anteriores e com isso, podemos notar que havia muitos casos ocultos em nosso município, e que passaram a ser identificados, ainda que tardiamente.

Na região Sul do estado de Santa Catarina (1999 a 2003), a forma clínica, que aparece em primeiro lugar em número de casos é a hanseníase dimorfa (36,8%), a hanseníase indeterminada aparece em terceiro lugar (17,5%), perdendo para a virchowiana que apresentou 35,1% dos casos (MELLO, POPOASKI e NUNES, 2006). Lana et al. (2000), verificaram que a forma clínica dimorfa obteve 65,5% e a indeterminada com apenas 3,9% dos casos. Miranzi, Pereira e Nunes (2010), apresentaram a situação dos doentes de acordo com a forma clínica, onde notamos o nítido predomínio das formas multibacilares, dimorfa (69,7%), virchowiana (17,1%), sobre as formas paucibacilares, tuberculóide (7,9%) e indeterminada (5,3%).

No estado de Mato Grosso, observou-se uma estabilização da forma Indeterminada, e o gradativo aumento de até 64% na hanseníase dimorfa, em todo o período (1996 a 2007), já no município de Juína evidencia-se que durante os primeiros anos predominaram as formas indeterminadas e tuberculóides, as quais se reduziram nos últimos anos da pesquisa aumentando a proporção da dimorfa (QUEIRÓZ, 2009). Com exceção ao estudo de Queiróz (2009), houve divergência de resultados apresentados sobre as formas clínicas, com os demais autores, pois os mesmos apresentaram predomínio das formas clínicas das multibacilares, dimorfa e virchowiana, no entanto, enquanto nesta pesquisa observou-se dimorfa e indeterminada, sendo uma classe multibacilar seguida de uma paucibacilar.

Quanto às formas de encerramento dos casos de hanseníase, ao longo do ano de 2004 a 2013, observa-se que a cura predominou em 84 % dos casos, ignorados foram 6% e abandono 3%. O declínio da cura demonstrado nos últimos anos deste estudo pode ser justificado pela alta em notificações de hanseníase multibacilar e com isso o período de tratamento é mais longo, retardando a cura, ao contrário do que vinha ocorrendo na forma indeterminada que geralmente são 6 meses de tratamento. É necessário ressaltar que houve em 2013 um aumento no campo ignorado, que também se justifica pelo fato dos pacientes encontrar-se em tratamento no período da pesquisa.

Não podemos deixar de observar que mesmo em quantidades pequenas houve abandono de tratamento em quase todos os anos, principalmente em 2012, e isso não é aceitável na prevenção primária, demonstrando que as equipes de saúde precisam oferecer um melhor acompanhamento ao paciente e precisam ainda buscá-los novamente para estarem prevenindo as incapacidades e quebrarem o ciclo de transmissão da doença. Nota-se ainda, que houve óbitos de pacientes ao longo do período, porém não é possível afirmar com este estudo se os óbitos foram em consequência da doença.

Cunha et al. (2009), na apresentação do modo de alta, identificou a alta por cura em 80% dos casos, transferências significaram 9%, em tratamento 8% e abandono 4% dos casos. No estudo realizado por Aquino, Santos e Costa (2003), em Buriticupu/MA, encontraram o percentual de 58,4% de cura entre os casos novos notificados. Para Miranzi, Pereira e Nunes, (2010), a porcentagem de pacientes que obtiveram cura foi de 83,9%. De acordo com Brasil (1999) “os parâmetros de cura são: Bom  $\geq 90\%$ , Regular de 75 a 89,9% e Precário  $< 75\%$ ”, assim o percentual apresentado nesse estudo (84%) é considerado pelo MS como regular.

A distribuição de casos de hanseníase por bairros evidenciou o predomínio do bairro Módulo 05 ao longo de toda a série histórica, porém acredita-se que este seja o maior e mais populoso bairro do município de Juína/MT. Dentre as composições estruturais do bairro destaca-se 1 praça central, 1 escola estadual, 2 escolas municipais e ainda 2 creches municipais e 3 unidades de saúde da família. Possui setor comercial diversificado, entretanto a maioria de sua extensão é residencial, considerando que aglomerado de pessoas, pode favorecer a transmissão do *M. leprae*, acredita-se que este possa ser um dos fatores que contribuem para a alta infectividade no bairro Módulo 05, necessitando assim de atenção especial em ações preventivas e de busca ativa que intensifiquem o diagnóstico de novos casos.

## 7 CONCLUSÃO

O município de Juína se encontra em situação hiperendêmica de hanseníase, pois ultrapassa as taxas aceitáveis da doença, principalmente no ano de 2013, quando houve um aumento expressivo no número de casos notificados em comparação aos demais anos deste estudo. No entanto, a população está buscando os serviços de saúde, colocando a atenção básica como porta de entrada de diagnóstico de hanseníase em Juína e a detecção por exame de contatos contribuiu para o aumento na detecção de novos casos, demonstrando a atuação equipes de saúde estão comprometidas na busca do controle da doença.

Em relação às características sociodemográficas, nota-se que houve predomínio de ocorrência da hanseníase no sexo masculino, na raça/cor brancos, com nível de ensino de até a 4ª série, em relação a faixa etária a média de idade foi 41,1 anos e a zona de residência que apresentou maior proporção foi a urbana no período de 2004 a 2013.

Quanto à classificação operacional a Multibacilar obteve predomínio das ocorrências e apesar do alto número de hanseníase indeterminada ter sido detectado, a forma clínica dimorfa foi predominante, isso é indicativo de diagnóstico tardio comprovando que ainda existe uma grande circulação do bacilo no município, propiciando possivelmente a novas ocorrências e a casos ocultos.

Quanto à distribuição de casos por bairros, quem apresentou a maior ocorrência de hanseníase ao longo dos anos foi o bairro mais populoso do município, o Módulo 05. Considerando que este bairro contém 3 Unidades Básicas de Saúde com a estratégia de saúde da família, acredita-se que isso possa ter auxiliado na detecção de casos, contudo acredita-se que no bairro e município em geral, ainda possam existir muitos casos ocultos, que necessitem de empenho das equipes de unidades de saúde para detectar a doença devendo-se efetivar ações que identifiquem a doença precocemente e quebrem a cadeia de transmissão do bacilo. Constata-se o alto índice de alta por cura, porém ainda existe abandono de tratamento, indicando fragilidades no sistema de saúde local.

Espera-se que, esse estudo através das informações levantadas sobre a realidade local, possa contribuir na conscientização e sensibilização da importância do diagnóstico precoce, na formulação de medidas estratégicas, com ações a nível municipal no combate a hanseníase em Juína/MT em busca de alcançar os índices propostos pela Organização Mundial de Saúde e livrar a comunidade juinense desta doença incapacitante.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE V. L. G.; MILITÃO A. M. D. F.; CHAGASTELLES S. P. The importance of operational factors for the interpretation of indicators in the Hansen's disease endemic in Brazil. *Acta Leprológica* 1997; 10(3): p.131–139.

ANDRADE V.; SABROZA P. C.; ARAUJO, A. J. G. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase. Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10 (2) p. 281-292.

AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J.; COSTA, LOPES J. M. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 119-125. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100013>> Acesso em: 21 out. 2014.

ARAUJO, M. G. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. v. 36, n. 3, p. 373-382, mai-jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

ARAUJO, S. H. **História da Lepra no Brasil** – Período Republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

ATLAS IDHM. **Perfil do Município de Juína, MT**. 2013. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/juina\\_mt](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/juina_mt)> Acesso em 29 out. 2014.

BATISTA, E. S.; CAMPOS, R. X.; QUEIROZ R. C. G.; SIQUEIRA S. L.; PEREIRA S. MONTEIRO; PACHECO, T. J.; PESSANHA T. O.; FERNANDES T. G.; PELLEGRINI E.; MENDONÇA S. B. Perfil sociodemográficos e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ *Rev Bras Clin Med. São Paulo*, 2011 mar-abr; 9 (2): p.101-106. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>> Acesso em: 21 out. 2014.

BÍBLIA SAGRADA. 82 . ed. São Paulo: Editora Ave Maria, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde / 1 - **Departamento de Informática do SUS - 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd03.htm/>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3.125, de 07 de outubro de 2010a.** Aprova as Diretrizes para Vigilância, define a sistemática de Atenção e Controle da Hanseníase e dá providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 out. 2010. p. 02. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hanseniase\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseniase_2010.pdf)> Acesso em: 26 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/124235-1271.html>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

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: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase\\_atencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_atencao.pdf)> Acesso em: 05 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111) 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseniase](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase)>. Acesso em: 13 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. IV. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. V. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para implantar / implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde** / Pereira, Gerson Fernando Mendes, 1999, p.11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde**, 8. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. p. 206.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. **Guia de Procedimentos Técnicos Para Baciloscopia Em Hanseníase.** Brasília, 2009. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento De Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional De Eliminação Da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010.** Brasília, 2006. p.31.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. Dia Mundial da Hanseníase. 2014. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5092>> Acesso em: 21 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: **Relatório de situação: Paraíba**. 5ª ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=510515&search=juina>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=510515&search=|info gr%E1ficos:-hist%F3rico>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_pu\\_hom\\_mul.php?codigo=510515](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_pu_hom_mul.php?codigo=510515)>. Acesso em: 15 out. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010 - Mato Grosso. Juína, Evolução populacional 2014**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=510515&search=mato-grosso|juina|info gr%E1ficos:-evol%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em 13 out. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Características Étnico-raciais da População – Classificação e Identidades. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas\\_raciais/pcerp\\_classificacoes\\_e\\_identidades.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2014.

BROWNE, G. M. **Lepra na Bíblia – estigma e realidade**. São Paulo: Ed. Ultimato, 2003. p. 35.

BUDEL, A. R.; RAYMUNDO A. R.; COSTA C. F.; GERHARDT C.; PEDRI L. E. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba **An. Bras. Dermatol.** vol.86 n.5 Rio de Janeiro Set./Out. 2011 ISSN 0365-0596 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000500012>> Acesso em: 21 out. 2014.

CAMPOS, S. S. L.; RAMOS JR, A. N.; KERR-PONTES, L. R. S.; HEUKELBACH, J. Epidemiologia da hanseníase no município de Sobral, estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. **Hansenol. int. (Online)** [online]. 2005, vol.30, n.2, p. 167-173. ISSN 1982-5161. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198251612005000200003&lng=en&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198251612005000200003&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 12 out. 2014.

CASTRO, P. C.; SARAIVA, A. K. M. **Panorama dos casos de hanseníase na zona urbana e rural do município de Mossoró entre os anos de 2004 e 2009**. Em: 62 Reunião Anual da SBPC, 2010, Natal. Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/3931.htm>> Acesso em: 21 out. 2014.

CASTRO, S. M. S.; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos**. 2009, vol. 16, n.2, p. 449-487. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000200010>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CORREA, C. M. J.; IVO M. L.; HONER M. R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansenol. Int** 2006; 31(2): p. 21-28.

CUNHA M. D.; CAVALIERE F. A. M.; HÉRCULES F. M.; OLIVEIRA M. L. W.; MATOS H. J. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2007; 23(5): 1187-1197.

CUNHA M. H. C. M.; MACEDO G.M. M.; BATISTA K. N. M.; XAVIER M. B.; SA, N. S., NASCIMENTO F. S. N. Avaliação clínico epidemiológica em pacientes multibacilares em uma unidade de referência de hansenologia da amazônia. **Hansenol. int.** 2009; 33 (2): p. 9-16. Disponível em: <[http://www.ils.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10943](http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10943)> Acesso em: 16 out. 2014.

CUNHA S.S.; RODRIGUES L.C.; MOREIRA S.; CARVALHO L.C. Upward trend in the rate of detection of new cases of leprosy in the state of Bahia, Brazil. **International Journal of Leprosy**. 2001; 69 (4): p.308-316.

CURTO, M.; BARBOZA, D. B.; PASCHOAL, V. D. A. Avaliação da importância do diagnóstico e tratamento precoce da Hanseníase em relação ao custo do tratamento. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 153-160, 2007.

FAUSTO, C. A. S.; RICARDO, S. Y.; RAMOS. R. D.; LOPES. H. L. Análise clínica, epidemiológica e espacial de pacientes com Hanseníase em Lagoa Grande/PE, por meio de tecnologias da geoinformação. **III simpósio brasileiro de ciências geodésicas e tecnologias da geoinformação**. Recife, p. 001-006, 2010.

FERREIRA, J. C. V. Mato Grosso e seus Municípios. Editora Buriti, 2001.

GIL, A. C.; **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição - São Paulo: Atlas, 2008.

HINRICHSEN S. L.; PINHEIRO M. R. S.; JUCÁ M. B.; ROLIM H.; DANDA G. J. N.; DANDA D. M. R. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **An Bras Dermatol** 2004; 79 (4): p.413-421. versão online: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962004000400003>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962004000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962004000400003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18/10/2014.

KAZDA, J.; IRGENS, L. M.; KOLK, A. M. Acid fast bacilli found in sphangnum vegetation of coastal Norway containing *Mycobacterium leprae*- specific phenolic glycolipid-I. 1990 **International Journal of Leprosy**; 1990;58: p.353-357.

LANA F. C. F.; VELÁSQUEZ-MELENDEZ J. G.; LANZA F. M.; BRANCO A. C.; TEIXEIRA S.; MALAQUIAS L. C. Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG – Período de 1990 a 2000. **Hansen Int.**, 27(2): p. 83-92, 2002. Disponível em: <[http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10631](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10631)> Acesso em: 28 out. 2014.

LANA, F. C. F.; LIMA, R. F.; ARAUJO, M. G.; FONSECA, P. T. S. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 1990-1997 **Hansen Int.**, 25(2): p. 121-132, 2000. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/658-2312-1-PB.pdf>> Acesso em: 18 out. 2014.

MAGALHÃES M. C. C.; ROJAS, L. I. Evolución de la endemia de la lepra en Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2005; 8(4): p.342-355

MAGALHAES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Spatial differentiation of leprosy in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, June 2007, vol.16, n.2, p.75-84.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 6ª Edição, 3ª reimpr – São Paulo: Atlas 2006.

MARTINS, E. G. **Geologia e Recursos Minerais da Folha de Juína\* SC.21-Y-C**. 2007. Disponível em: <[http://www.cprm.gov.br/publique/media/rel\\_juina.pdf](http://www.cprm.gov.br/publique/media/rel_juina.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MAURANO, F. **História da lepra em São Paulo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1939. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000117&pid=S0034891020110001002200016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0034891020110001002200016&lng=en)>. Acesso em: 03 ago. 2014.

MAURANO, F. **Tratado de leprologia**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1944. v. 1 – História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica.

MELÃO, S.; BLANCO, 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. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 44 (1): p.79-84, jan-fev, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>> Acesso em: 15 set.2014.

MELLO, R. S.; POPOASKI, M. C. P.; NUNES D. H. **Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, n 30 o. 1, de 2006.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: Atlas, 2005.

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. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 43 (1): p.62-67, jan-fev, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>> Acesso dia 14 out. 2014.

MONOT, M.; HONORÉ, N.; GARNIER, T.; ARAOZ, R.; COPPÉE, J. Y.; LACROIX, C. **On the origin of leprosy**. *Science*. 2005. 308 (5724) : 1040-2. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000119&pid=S00348910201100010002200017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000119&pid=S00348910201100010002200017&lng=en)>. Acesso em: 03 ago. 2014.

NORMAN G, JOSEPH GA, UDAYASURIYAN P, et al. Leprosy case detection using schoolchildren. *Lepr Rev*. 2004; 75(1): p.34-39.

OLIART-GUZMAN, H.; MARTINS, A. C.; MANTOVANI, S. A. S.; PEREIRA, T. M.; DELFINO, B. M.; BRANCO, F. L. C. C.; BRAÑA, A. M.; CAMPOS, R. G.; OLIVEIRA, C. S. M.; NUNES, M. S. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Assis Brasil, Acre, no período de 2003 a 2010. *Hansenol. int. (Online)* [online]. 2011, vol.36, n.1, p. 39-45. ISSN 1982-5161. Disponível em:<[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198251612011000100006&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198251612011000100006&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 08 out. 2014.

OLIVEIRA S. N, HENNEMANN G.V, FERREIRA F. L. **Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto-SP no ano de 1992.** Medicina (Ribeirão Preto) 1996; 29 (1): p. 114-122.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro - oeste do Paraná. *SaBios: Rev. Saúde e Biol.*, v.7, n.1, p.45-51, jan./abr., 2012 Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/966>> Acesso em: 14 out. 2014.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia.** Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

OPROMOLLA, P. A.; MARTELLI, A. C. C. A terminologia relativa à hanseníase. *An. Bras. Dermatol.* 2005, vol.80, n.3, pp. 293-294. ISSN 1806-4841. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000300011>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Definição do caso de lepra. *Bol Epidemiol* 2002; p.23. n 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015.** / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. p.34: il.

PARRA M. C. **Caracterización sócio-econômica de los leprosos atendidos em la unidade de dermatologia sanitaria de Maracaibo, Venezuela: um estudio de casos.** Cad Saúde Pública 1996; 12 (2): 225-231.

PENNA, M. L. F., OLIVEIRA, M. L. W., PENNA, G. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 41, p. 6-10, jan. 2008.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M.; SOUZA, A. G. C.; VIEIRA, S. M. S. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, p.774-780, 2008.

PORTAL MUNICIPAL. **Associação Mato-Grossense Dos Municípios. 2005.** Disponível em:<<http://www.portalmunicipal.org.br/entidades/amm/municipio/historia.asp?iIdEnt=5523&iIdMun=100151054>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

QUEIROZ, M. L. A **Hanseníase no Estado de Mato Grosso.** 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/suvs/a/arquivo/500/producao-cientifica>> Acesso em: 18 out. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, V. V. **Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no município de Teófilo Otoni, MG: uma análise de 2001 a 2008.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberlândia, 2010. 35f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SANCHES, L. A. T.; PITTNER, E.; SANCHES, H. F.; MONTEIRO, M. C. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 a 2005. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2007, vol.40, n.5, p. 541-545. ISSN 0037-8682. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822007000500010>>. Acesso em: 01 out. 2014.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008; 61 (esp): p.738-743 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf>> Acesso em: 21 out. 2014.

SANTOS, L. P.; RABAY, F. O. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Taubaté-SP. *Hansen Int* 2001; 26: 112-116.

SOUZA, C. S. *Simpósio: Hanseníase*, Medicina, Ribeirão Preto, 1997, 30, p. 325.

TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia: Microbactérias**. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 2008, 56: p.431-432.

VIEIRA, G. D.; ARAGOSO, I.; CARVALHO, R. M. B. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2014, vol.23, no.2, p. 269-275. ISSN 1679-4974. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742014000200008&lng=pt&nrm=is](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000200008&lng=pt&nrm=is)>. Acesso em: 16 out. 2014.

WHO. World Health Organization. **Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities: (Plan period: 2006-2010)**. Washington, DC; 2005. Disponível em: <[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Guidelines\\_1-Global\\_Strategy\\_Plan\\_period\\_06-10.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Guidelines_1-Global_Strategy_Plan_period_06-10.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2014.

**APÊNDICES**





**ANEXO**

