

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

**HANSENÍASE:
Um estudo epidemiológico em um Município no Noroeste do Mato Grosso**

Brunna Contini

**JUÍNA- MT
2015**

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

HANSENÍASE:

Um estudo epidemiológico em um Município no Noroeste do Mato Grosso

Brunna Contini

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

Sob a orientação da Profª Dra. Nádie Christina Ferreira Machado Spence

JUÍNA- MT

2015

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Nádie Christina Ferreira Machado Spence . - (ORIENTADORA)
AJES FACULDADE DO VALE DO JURUENA – JUINA MT

Ma. Chayene Hackbarth - (Membro da banca)
AJES FACULDADE DO VALE DO JURUENA – JUINA MT

Drª Alice de Carvalho Lino (Membro da banca)
AJES FACULDADE DO VALE DO JURUENA – JUINA MT

Aprovado em 11/12/15

DEDICATÓRIA

Quero dedicar este trabalho ao meu Deus, por tudo, por cada sorriso, cada lágrima, pois foram os altos e baixos que me fizeram crescer, e que trouxeram um gosto inexplicável de vitória nesse momento. Obrigada Senhor por me proteger e me guiar como a menina dos teus olhos. Deste-mes olhos de águia para que eu pudesse ver além dos meus limites. Foi o Senhor que me conduziu e me fez lembrar que os seus projetos são maiores do que os meus. Obrigada por não deixar eu desistir do meu sonho. Usarei minhas mãos com a sua ajuda, e cuidarei com todo amor e carinho desse Dom que senhor me concedeu.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo fim de mais essa etapa, pelos sonhos que se concretizam.

Aos meus pais, Salete Contini e Acilino Contini, meu abrigo seguro, de onde recebi apoio incondicional nessa etapa de minha vida, pois foram os primeiros a sonhar com tudo isso, agradeço por acreditarem sempre no meu potencial. Mãezinha, obrigada por ser minha companheira e confidente, minha principal incentivadora, “inspiração de meus sonhos”, sempre me apoiando e buscando compreender minhas idéias e escolhas, acreditou nos meus devaneios e projetos, principalmente quando nem eu mais acreditava.

Aos meus irmãos Angelita e Rafael que tanto amo e me apoiaram até o final dessa jornada.

A todos os meus amigos, em especial, a Edna e Jamille, que estavam do meu lado, me fazendo lembrar das promessas que Deus tem para minha vida, me incentivaram, ajudaram e oraram para que eu chegasse até a conclusão deste sonho.

Agradeço a minha Orientadora Dra Nádie, que com toda dedicação, sabedoria e paciência soube me orientar tanto meus passos com meus pensamentos, e me prestou auxílio para alcançar meus objetivos.

Agradeço por fim, a todo corpo docente da Faculdade do Vale do Juruena - Ajes e meus colegas que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

“Porque Dele, e por meio Dele, e para Ele são todas as coisas”.

Agradeço-te por nunca me deixar esquecer mesmo em meio as dificuldades que eu venceria.

“A maior doença hoje não é a lepra ou a tuberculose, é, antes, o sentimento de não ser desejado”.

Madre Teresa de Calcutá

LISTA DE QUADROS/GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição geral de casos (por ano)	26
Gráfico 2 – Distribuição Geográfica 2012 Identificação por bairros do município	28
Gráfico 3 - Distribuição Geográfica 2013 Identificação por bairros do município.....	28
Gráfico 4 - Distribuição Geográfica 2014 Identificação por bairros do município estudado ..	29
Gráfico 5 – Sexo	30
Gráfico 6 – Forma Clínica/Grupo Etário (Masculino)	30
Gráfico 7 - Forma clínica/grupo etário –feminino.....	31
Gráfico 8- Distribuição de pessoas contaminadas definidas por Classificação Operacional ...	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagens sinais e sintomas da hanseníase	16
Figura 2 – Remédios usados no tratamento da hanseníase.....	20

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa e contagiosa, seu período de incubação é lento, tem, em seus contatos intradomiciliares, um importante meio para a manutenção da endemia. Sendo considerado como relevante problema de saúde pública na maioria dos estados brasileiros, apesar dos esforços do Ministério da Saúde na tentativa de controlar a infecção. É uma doença de fácil tratamento e cura tem como fator agravante à repercussão sócio psicológico gerado pelas incapacidades físicas que podem ocorrer na evolução da doença e que é a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade. No Brasil, como consequência das políticas adotadas pelo Ministério da Saúde, houve uma redução do número de casos, de 19 para, aproximadamente, cinco por 10.000 habitantes. **Objetivo Geral:** Foi identificar a ocorrência de hanseníase em um município do noroeste de Mato Grosso no período de 2012 a 2014. Já os objetivos específicos foram: Mapear a distribuição geográfica da doença no município estudado; Identificar a faixa etária e o sexo dos indivíduos que são mais afetados pela doença; Mencionar direitos e deveres dos pacientes com hanseníase. **Método:** O método de pesquisa foi o quantitativo, pois nas pesquisas documentais de cunho quantitativo, sobretudo naquelas que utilizam processamento eletrônico, os dados são organizados em tabelas e permitem o teste das hipóteses estatísticas. **Resultados:** houve um aumento significativo e preocupante nos anos apresentados, pois no ano de 2012 teve a representatividade de 14%, já nos anos 2013 e 2014 são representados com 43% de pessoas com a doença. Isso corresponde a um aumento de 29% de novos infectados. O município infelizmente esta dentro do quadro apresentado pelo Estado com índices elevados de pessoas com hanseníase. **Conclusão:** Sendo assim, conclui-se que a confrontação da doença necessita de estruturação continua e permanente da rede básica de saúde, com o fortalecimento das ações vigilância epidemiológica na busca ativa de contaminados, ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, prevenindo incapacidades e promovendo a reabilitação em todos os níveis da atenção à saúde, buscando assim o ajustamento de todos os setores garantindo as ações de Controle do Programa da Hanseníase com o conhecimento e esclarecimento chegando a toda a população do município.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase. Nervos Periféricos. Contaminação.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is an infectious and contagious disease, its incubation period is slow, have in their household contacts, an important means for maintaining endemic. It is considered as an important public health problem in most Brazilian states, despite the Ministry of Health's efforts in trying to control the infection. It is a disease of easy care and healing has as an aggravating factor to the psychological impact socio generated by the physical disabilities that can occur in the course of the disease and that is the major cause of stigma and patient isolation in society. In Brazil, as a result of the policies adopted by the Ministry of Health, there was a reduction in the number of cases from 19 to approximately five per 10,000 population. **General purpose :** It was to identify the occurrence of leprosy in a city in the northwest of Mato Grosso in the 2012 period to 2014. The specific objectives were to map the geographical distribution of the disease in the city studied ; Identify the age and sex of the individuals who are most affected by the disease ; Mention rights and duties of leprosy patients .**Method:** The research method was quantitative, as in documentary research quantitative nature, particularly those that use electronic processing, data is organized in tables and allow the testing of statistical hypotheses. **Results:** there was a significant and worrying increase in the years presented, as in the year 2012 had the representativeness of 14%, as in the years 2013 and 2014 are represented with 43% of people with the disease. This corresponds to a 29% increase in new infections. The municipality unfortunately this within the context presented by the State with high rates of people with leprosy. **Conclusion:** Therefore, it is concluded that the confrontation of the disease requires structuring continuous and permanent of basic health services, with the strengthening of epidemiological surveillance actions in the active search for contaminated, expanding access to diagnosis and treatment, preventing disabilities and promoting rehabilitation at all levels of health care, thus seeking the adjustment of all sectors ensuring the actions of Leprosy Control Program with the knowledge and enlightenment reaching all the city's population.

KEY WORDS: Leprosy. Peripheral Nerves. Contamination.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	12
1.1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 DEFINIÇÃO	13
2.2 HISTÓRICO DA HANSENÍASE	14
2.3 MODO DE TRANSMISSÃO	15
2.4 SINAIS E SINTOMAS.....	15
2.5 DIAGNÓSTICO	16
2.6 TRATAMENTO DA HANSENÍASE	18
2.6.1 CASOS PAUCIBACILARES.....	19
2.6.2 CASOS MULTIBACILARES	19
2.6.3 DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE	20
3 METODOLOGIA: ESTUDO DOCUMENTAL	23
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
3.2 MÉTODO DE ESTUDO	23
3.3 TRATAMENTO DOS DADOS.....	25
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	26
5 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO – 1.....	38
ANEXO - 2 FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN.....	39

1 INTRODUÇÃO

Na antiguidade a hanseníase (Lepra), era considerada como castigo divino por muitas religiões, assim os “leprosos” eram condenados a viver fora das cidades, em isolamentos ou em leprosários (colônias) até que a doença os mata-se (MARGARIDO; RIVITTI, 2007).

Mesmo após o desenvolvimento da cura não se sabe ao certo a origem da hanseníase, conhecida

como doença de Hansen ou Lepra, morféia, mal morfétrico, mal de São Lázaro e peste negra. Pois existem vários relatos históricos antigos ao redor do mundo, a possibilidade de uma origem de muitos focos não pode ser afastada (MARGARIDO; RIVITTI, 2007).

Acredita-se que a doença chegou ao Brasil trazida pelos colonizadores portugueses. Os primeiros casos apareceram no Rio de Janeiro (RJ), em Salvador (BA) e Recife (PE). Em 1740, o Rei de Portugal, Dom João V, criou o primeiro plano para conter a Hansen em terras brasileiras. No ano de 1958, os cientistas chegaram à conclusão de que a doença não era hereditária e poderia ser curada com antibióticos (BRASIL, 2008).

O médico Adolfo Lutz foi o pai dos estudos em medicina tropical no Brasil. Em 1962, deu-se oficialmente a extinção do isolamento dos doentes. No entanto, o isolamento compulsório funcionou desde a década de 20 até 1986. Em 1976, o país trocou o nome lepra para hanseníase, sendo proibido a utilização do nome Lepra em homenagem ao médico norueguês que descobriu micro-organismo, Gerhard Hansen. Em 1982, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) passou a usar a poliquimioterapia. Com o fim da Ditadura Militar, em 1986 os leprosários foram transformados em hospitais gerais; os muros derrubados e os portões abertos. (BRASIL, 2008).

A hanseníase, é uma doença infecciosa e contagiosa, seu período de incubação é lenta, tem, em seus contatos intradomiciliares, um importante meio para a manutenção da endemia. Sendo considerado como relevante problema de saúde pública na maioria dos estados brasileiros, apesar dos esforços do Ministério da Saúde na tentativa de controlar a infecção. (DESSUNTI; SOUBHIA; ARANDA; BARRO, 2008).

É uma doença de fácil tratamento e cura, contudo tem como fator agravante à repercussão sócio psicológico gerado pelas incapacidades físicas que podem ocorrer na evolução da doença e que é a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade. No Brasil, como consequência das políticas adotadas pelo Ministério da Saúde, houve uma

redução do número de casos, de 19 para, aproximadamente, cinco por 10.000 habitantes no período de 1985 a 1999. Entretanto, ainda não se conseguiu atingir o índice aceito pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, de menos de um caso para cada 10.000 habitantes (DESSUNTI, *et al*, 2008).

Uma das maiores dificuldades dos profissionais da saúde é que o diagnóstico da doença é tardio, pois as pessoas por medo e até mesmo preconceito demoram a procurar ajuda, fator que contribui para disseminação da doença, aumentando as chances de o paciente desenvolver incapacidades físicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO, 2015).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a ocorrência de hanseníase em um município do noroeste de Mato Grosso no período de 2012 a 2014.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Mapear a distribuição geográfica da doença no município estudado;
- b) Identificar a faixa etária e o sexo dos indivíduos que são mais afetados pela doença;
- c) Mencionar direitos e deveres dos pacientes com hanseníase.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEFINIÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica¹, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007, pag. 70):

É uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também manifesta-se como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico.

O bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 a 16 dias. O *Mycobacterium leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é infecta muitas pessoas, no entanto só poucas adoecem. O homem é reconhecido como única fonte de infecção (reservatório), embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, a limitação da vida social e problemas psicológicos. Sendo responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. Por isso mesmo ratifica-se que a hanseníase é doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, mais rapidamente se cura o paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

¹ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseniasse>

2.2 HISTÓRICO DA HANSENÍASE

O agente causador da hanseníase *Mycobacterium leprae*, foi descrito em 1873 pelo norueguês Gerhard Armauer Hansen, notável pesquisador sobre a doença, a qual teve seu nome mudado para hanseníase em homenagem ao seu descobridor (ARAÚJO, 2003; GOMES, 2000).

A hanseníase é uma doença muito antiga com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade e vem sendo desde a antiguidade, considerada uma doença contagiosa, provocando uma atitude de rejeição e discriminação do doente e a sua exclusão da sociedade (BRASIL, 2001).

Tida como umas das doenças mais antiga do mundo:

E, eis que veio um leproso, e o adorou, dizendo: Senhor, se quiseres, podes tornar-me limpo. E Jesus, estendendo a mão, tocou-o, dizendo: Quero; sê limpo. E logo ficou purificado da lepra. Disse-lhe então Jesus: Olha, não o digas a alguém, mas vai, mostra-te ao sacerdote, e apresenta a oferta que Moisés determinou para lhes servir de testemunho (BIBLIA, 2011 p. 1007).

No ano de 2014, o Brasil teve 24.612 novos casos de hanseníase, segundo o Ministério da Saúde. Segundo o governo federal. Em 2013, foram detectados 31.044 novos casos. A porcentagem de cura nos dois últimos anos foi de 83,4% e 84%, respectivamente. (AMARAL, 2015)

Apesar da melhora, o Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase, atrás somente da Índia. A prevalência da doença no país que inclui casos novos e o total de pessoas com casos já contabilizados em anos anteriores e em tratamento tiveram um aumento significativo de 2013 para 2014. Em 2013, o índice foi de 1,42 casos por 10 mil habitantes. No ano passado, dados preliminares indicam 1,56 casos por 10 mil habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Estado de Mato Grosso registrou 2.557 novos casos de hanseníase até novembro de 2014, conforme o fechamento do banco de dados do Programa Estadual de Controle da Hanseníase, da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT). Em 2013, o número registrado foi de 2.934, com detecção de 94,18 casos por 100 mil habitantes. Esse índice embora hiperendêmico, pode ser compreendido como resultado das ações de busca ativa e intensificação do exame de contatos, realizado pelas equipes de saúde. (CARVALHO, 2015).

2.3 MODO DE TRANSMISSÃO

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio da - se por meio de uma pessoa infectada pelo bacilo de Hansen sem tratamento, sendo eliminado pelo aparelho respiratório (vias áreas) da pessoa doente na forma de aerossol durante o ato de falar, espirrar, tossir ou beijar pessoas suscetíveis ao contágio. Quase sempre ocorrem entre contatos domiciliares, geralmente indivíduos que dormem num mesmo quarto (ARAÚJO, 2003).

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia se referem às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, aumentam o risco de adoecer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Dentre as pessoas que adoecem, algumas apresentam resistência ao bacilo, constituindo os casos Paucibacilares (PB), que abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas. Os casos Paucibacilares, portanto, não são consideradas importantes fontes de transmissão da doença devido à sua baixa carga bacilar. Algumas pessoas podem até curar-se espontaneamente (BRASIL, 2002).

Um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo, que se multiplica no seu organismo passando a ser eliminado para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas. Estas pessoas constituem os casos Multibacilares (MB), que são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. Quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, torna-os incapazes de infectar outras pessoas (ALMEIDA, 2012).

2.4 SINAIS E SINTOMAS

De acordo com o Guia de Hanseníase do Ministério da Saúde (2015), a hanseníase manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade. As lesões mais comuns são:

- **Nódulo:** lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É processo patológico que se localiza na epiderme, derme e/ou hipoderme. Pode ser lesão mais palpável que visível. Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem, também, acometer a mucosa nasal e a cavidade oral. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas.
- **Manchas pigmentares ou discrômicas:** resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele;
- **Placa:** é lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de placas;
- **Infiltração:** aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite. Resulta da presença na derme de infiltrado celular, às vezes com edema e vasodilatação;
- **Tubérculo:** designação em desuso significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz;

Na hanseníase, as lesões de pele sempre apresentam alteração de sensibilidade (FIG.1). Esta é uma característica que as diferencia das lesões de pele provocadas por outras doenças dermatológicas.

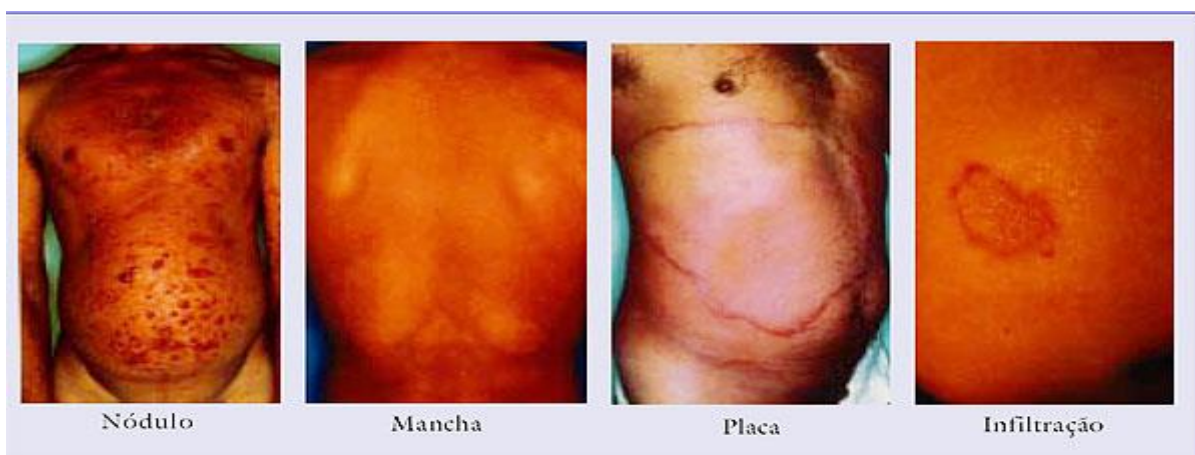


Figura 1 – Imagens sinais e sintomas da hanseníase

Fonte: Internet Disponível em: http://www.savk.org.br/fique_hanseníase.htm.

2.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológicos para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou

autônomo). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo o guia de controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, o diagnóstico da doença ocorre quando uma pessoa apresenta uma ou mais das seguintes características: uma ou mais lesões de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo(s) com espessamento neural; baciloscopia positiva. Além da avaliação dermato-neurológica é muito importante também colher informações sobre sua história epidemiológica, ou seja, sobre sua fonte de infecção. A investigação epidemiológica é muito importante para se descobrir a origem da hanseníase e para o diagnóstico precoce de novos casos da doença (BRASIL, 2002).

Apesar de a maioria dos pacientes de hanseníase apresentar lesões cutâneas visíveis, profissionais experientes sabem que existe uma grande variedade de lesões cutâneas que se manifestam em casos da doença. Algumas lesões cutâneas são bastante difusas e difíceis de distinguir da pele normal. Nesses casos, outros sintomas e sinais tornam-se importantes para o diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No Brasil, adota-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 ($\geq 4,0$). Taxas elevadas refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. A detecção de casos está associada à capacidade operacional do sistema de vigilância da hanseníase. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com Araújo (2003) a hanseníase pode ser diagnosticada pelas seguintes formas clínicas:

Hanseníase indeterminada (HI): As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. A HI é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica.

Hanseníase tuberculóide (HT): Nesta forma clínica, encontram-se lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas papulosas, e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão, que pode, ainda, assumir aspecto tricotóide, com descamação das bordas. A baciloscopia resulta negativa. A HT, juntamente com a HI constituem as formas paucibacilares da hanseníase. Apesar da possibilidade de cura espontânea na HT, a orientação é de que os casos sejam tratados para reduzir o tempo de evolução da doença e o risco de dano neural.

Hanseníase virchowiana (HV): Trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Portanto, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a HV possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A HV apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença.

Hanseníase dimorfa (HD): Este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares) Quando numerosas, são chamadas lesões *em renda* ou *queijo suíço*. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica.

2.6 TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Após o indivíduo receber o diagnóstico de que tem a hanseníase é fornecido para o mesmo as orientações necessárias para o tratamento que deve seguir. Na grande maioria a pessoa tem que ter um tempo para entender o diagnóstico, ter conhecimento sobre a doença,

compreender e enfrentar o tratamento, entender que é necessário o comprometimento com o tratamento para se curar. Por meio de uma equipe multidisciplinar sobre a adesão ao tratamento o indivíduo consegue atingir a cura. O tratamento é realizado por meio da poliquimioterapia (PQT), seguindo esquemas de acordo com a classificação do paciente (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde (2015), diz que a hanseníase é uma doença muito variável, afetando diferentes pessoas de diferentes formas, pois cada indivíduo tem uma reação em seu organismo de acordo com as respostas imunológicas dos indivíduos. Aqueles em um dos polos do espectro, com um elevado nível de imunidade hospedam um pequeno número de bacilos e são chamados paucibacilares ou pacientes PB.

Já as pessoas que desenvolvem muitos bacilos no corpo recebem a denominação de multibacilares ou casos MB. O paciente MB precisa de um tratamento, mais longo e intensivo do que os pacientes PB – precisam de três, ao invés de duas drogas anti-hansênicas, tornando assim o tratamento mais longo. A classificação em programas de rotina é, portanto, um passo prático que categoriza os pacientes de hanseníase em dois grupos para fins de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

2.6.1 CASOS PAUCIBACILARES

Tratar com 06 blisters de paucibacilar sendo: - Blister de Adulto Dose supervisionada com 600 mg de Rifampicina e 100 mg de Dapsona, a cada 28 dias, num total de 06 doses num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com 100 mg de Dapsona diárias, num total de 27 comprimidos. – Blister Infantil Dose supervisionada com 300 a 450 mg de Rifampicina, 50 mg de Dapsona, a cada 28 dias num total de 06 doses, num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos (BRASIL, 2007).

2.6.2 CASOS MULTIBACILARES

Tratar com 12 blisters de multibacilar sendo: - Blister de Adulto: Dose supervisionada com 600 mg de Rifampicina, 300 mg de Clofazimina e 100 mg de Dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses; Dose auto-administrada com 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina, diárias, num total de 27

unidades de cada uma - Blister infantil: Dose supervisionada com 300 a 450 mg de Rifampicina, 150 mg de Clofazimina e 50 mg de Dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses; Dose auto-administrada com 50 mg de Dapsona diária, num total de 27 unidades, e 150 mg de Clofazimina por semana, num total de 13 unidades. Crianças com menos de 30 quilos deverão ter a dose ajustada por quilo de peso corporal: • Dapsona 1,5 mg/kg/dia • Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada • Rifampicina 10 a 20 mg/kg Os esquemas alternativos utilizam medicamentos de 2ª linha como Ofloxacina e Minociclina. (BRASIL, 2007).

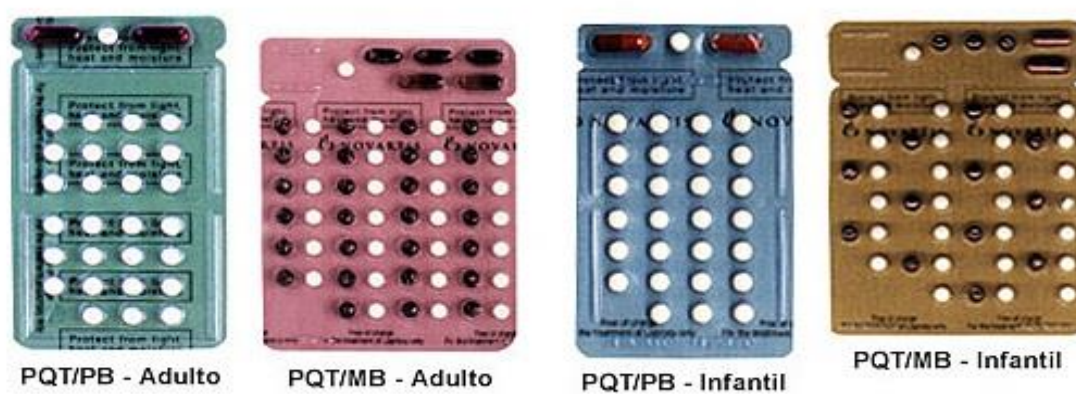


Figura 2 – Remédios usados no tratamento da hanseníase

Fonte: Disponível em: http://www.fundacaohanseniasse.org.br/album_detalhe.asp?id_album=15.

A medicação é administrada através de esquema-padrão de acordo com a classificação operacional baseada no número de lesões do doente. A garantia à privacidade e confidencialidade e ao tratamento com dignidade são particularmente importantes. Os profissionais que trabalham nos serviços de saúde são capacitados em conscientizar os pacientes sobre a importância da continuidade do tratamento. A estratégia é convencer os pacientes sobre a importância de não interromper o tratamento e sempre retornar ao centro de saúde na data marcada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

2.6.3 DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

Os pacientes que estão em tratamento de hanseníase têm todos os direitos assegurados como qualquer cidadão. Toda pessoa afetada tem diagnóstico e tratamento gratuito com a poliquimioterapia dentro de uma estrutura integrada que inclui uma rede eficaz

de referência que aborda de forma eficiente as complicações relacionadas à hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tendo também seus diretos garantidos pelas portarias ministeriais, que são os seguintes:

1) Portaria no 724/eM, de 6/7/93, que instituiu o Comitê Técnico-Assessor de Dermatologia Sanitária, onde o Morhan participa como membro integrante. O Morhan é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 6 de Junho de 1981. Suas atividades são voltadas para a eliminação da Hanseníase, através de atividades de conscientização e foco na construção de políticas públicas eficazes para a população.

O Morhan luta pela garantia e respeito aos Direitos Humanos das pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares, temos no voluntariado nossa maior força de luta.

2) Portaria nº 8141CM, de 22/07/93, que regulamenta o tratamento da hanseníase no país (D.O. 4/8/93).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. No uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição.

Considerando que o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares;

Considerando que essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde - SUS e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário;

Considerando a existência de transmissão ativa da hanseníase no Brasil, com ocorrência de novos casos em todas as unidades federadas, predominantemente nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, resolve:

Art. 1º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase, constantes do Anexo I a esta Portaria, estabelecidas de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS têm a finalidade de orientar os gestores e profissionais dos serviços de saúde.

Parágrafo único. As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social.

Art. 2º Os Formulários das Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase consistem em instrumentos destinados à implementação das ações de controle da hanseníase.

Quanto aos deveres, os pacientes também devem ser alertados quanto á sua parcela de responsabilidade no tratamento, pois sem isso não haverá controle da infecção, nem cura da doença e nem eliminação do problema no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3 METODOLOGIA: ESTUDO DOCUMENTAL

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada, através de informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (Centro de Epidemiologia), do Município que fica localizado na região Centro Oeste do Mato Grosso com a autorização do responsável. Optou-se por não mencionar o nome do município, já que o mesmo representa a realidade da maioria dos municípios do Estado do Mato Grosso que vem enfrentando problemas com a disseminação do vírus da Hanseníase.

Para a elaboração e desenvolvimento do trabalho optou-se pela pesquisa documental, pois através dela a análise dos documentos é 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, etc (GIL, 2008).

A pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar (PIMENTEL, 2001).

3.2 MÉTODO DE ESTUDO

O método de pesquisa foi o quantitativo, pois nas pesquisas documentais de cunho quantitativo, sobretudo naquelas que utilizam processamento eletrônico, os dados são organizados em tabelas e permitem o teste das hipóteses estatísticas.

A pesquisa quantitativa tem por objetivo quantificar os dados e é fundamentada em grandes amostras representativas, aplicando uma análise estatística (MALHOTRA, 2005).

Sendo importante para garantir a precisão dos resultados, evitando assim, distorções, permitindo uma margem de segurança com relação a possíveis interferências, buscando analisar o comportamento de uma população através da amostra.

Dessa forma, a ordenação lógica do trabalho fica facilitada e pode-se partir facilmente para a redação do relatório (GIL, 2002).

Os dados são preenchidos inicialmente em uma ficha do SINAN (Sistema de informação de agravos de notificação ficha de notificação/ investigação hanseníase). No centro de saúde ao qual o paciente é atendido, após a confirmação de suspeita a ficha é repassada ao Centro de Epidemiologia que fica responsável por transcrever as informações em uma planilha do Excel.

O fluxo de informações em hanseníase deverá ser construído segundo a lógica do envio sistemático dos dados e atualização permanente do sistema de informações, desde o nível municipal até a esfera federal. Todos os casos detectados deverão ser notificados utilizando-se a Ficha de Notificação e Investigação (Anexo I). Esta ficha deve ser enviada semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde para inserção no SINAN e em seguida encaminhada à Secretaria Estadual, conforme normas e rotinas estabelecidas pela Gerência Técnica do SINAN (GT - Sinan) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O Município é responsável por imprimir e enviar mensalmente às unidades de saúde, o Boletim de Acompanhamento para atualização das informações. Após atualização, as unidades de saúde deverão devolvê-lo à vigilância epidemiológica para a digitação no SINAN. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para a análise e desenvolvimento deste trabalho optou-se somente pelos seguintes variáveis disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (Centro de Epidemiologia).

- 1) Ano: 2012, 2013, 2014
- 2) Idade (anos completos)
- 3) Sexo (Feminino, Masculino)
- 4) Bairro
- 5) Forma Clínica: 1 – Indeterminada; 2 – Tuberculóide; 3 – Dimorfa; 4 – Vishowiana; 5 – Não Classificado.
- 6) Classificação Operacional – 1 – Palcibacilar; 2 – Multibacilar

Foram excluídos 34 (trinta e quatro) (ANEXO 2) variáveis, pois na base de dados do Sistema de registro do município não há informações disponíveis para acesso e transcrição dos mesmos.

3.3 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram recebidos em uma planilha do Excel e posteriormente, após a codificação das variáveis, foram importados no software estatístico da IBM (SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20), onde foram geradas as tabelas e gráficos a partir das frequências e cruzamentos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde, nos anos de 2012 a 2014, foram registrados no Município localizado no Centro Oeste do Mato Grosso, 442 casos da doença, de hanseníase, sendo 60 casos em 2012, 192 em 2013 e 190 em 2014.

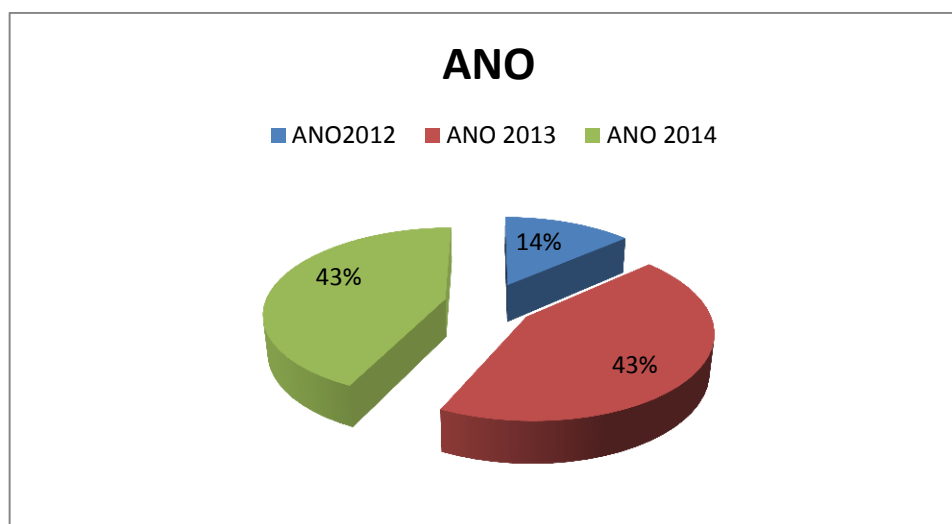
O ANEXO 1 demonstra de forma geral o cruzamento de dados e informações utilizadas para desenvolver os gráficos com os dados apresentados nos anos de 2012 a 2014. Estima-se o risco de ocorrência de casos novos de hanseníase, em qualquer de suas formas clínicas, indicando exposição ao bacilo *Mycobacterium leprae*. O método de cálculo utilizado pelo Ministério da Saúde (2002) é feito por meio do cálculo da taxa de detecção de hanseníase representada:

$$\frac{\text{Numero casos de hanseníase (todas as formas) confirmados em residentes}}{\text{População total residente}} \times 10.000$$

No Brasil, adota-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 ($\geq 4,0$).

Taxas elevadas refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. A detecção de casos está associada à capacidade operacional do sistema de vigilância da hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Gráfico 1 – Distribuição geral de casos (por ano)



Fonte: (SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

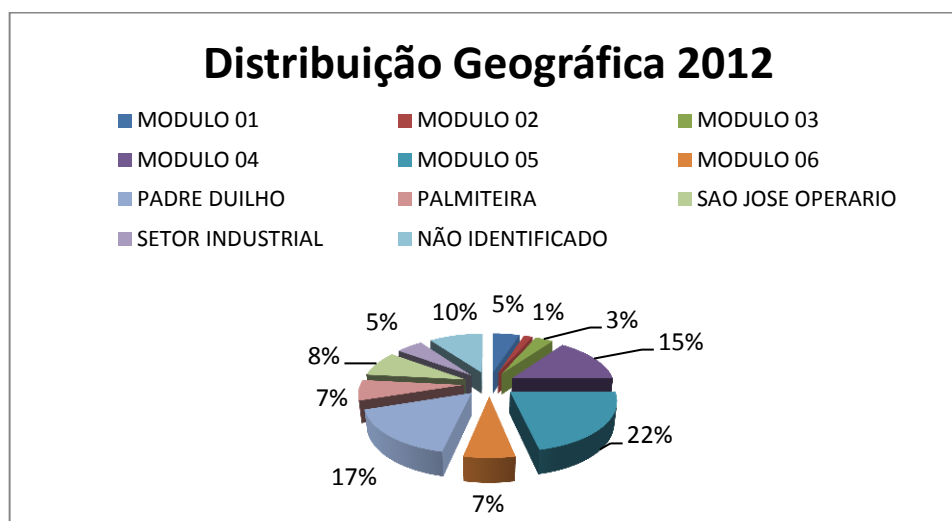
De acordo com os dados apresentados pelo Graf. 1, houve um aumento significativo e preocupante nos anos apresentados, pois no ano de 2012 teve a representatividade de 14%, já nos anos 2013 e 2014 são representados com 43% de pessoas com a doença. Isso corresponde a um aumento de 29% de novos infectados. O município infelizmente está dentro do quadro apresentado pelo Estado com índices elevados de pessoas com hanseníase.

O Estado de Mato Grosso em 2013 registrou o número de 2.934, novos casos, com detecção de 94,18 casos por 100 mil habitantes. Esse índice embora hiperendêmico, pode ser compreendido como resultado das ações de busca ativa e intensificação do exame de contatos, realizado pelas equipes de saúde.

Até novembro de 2014 foram registrados 2.557 novos casos de hanseníase, conforme o fechamento do banco de dados do Programa Estadual de Controle da Hanseníase, do SES/MT (CARVALHO, 2015).

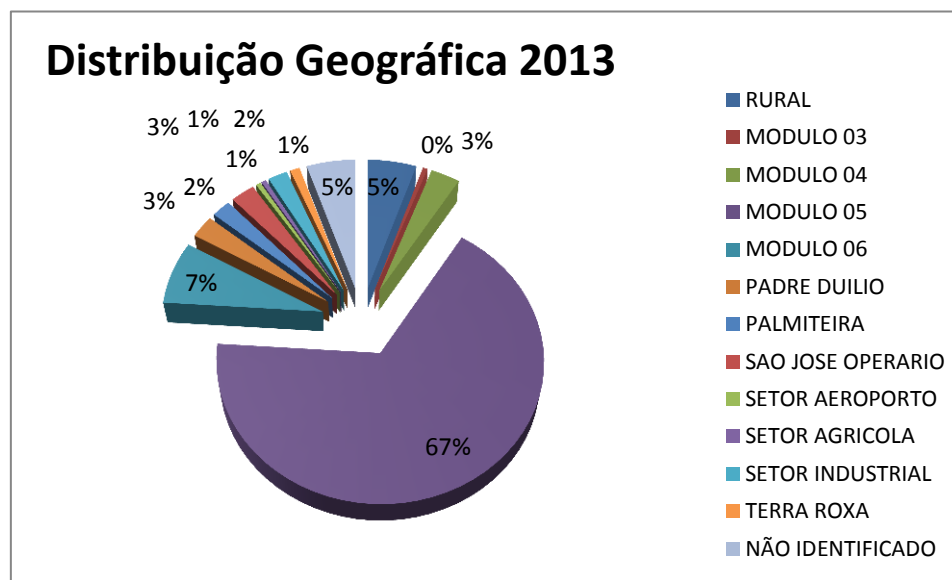
Uma das maiores dificuldades dos profissionais da saúde é que o diagnóstico da doença é tardio, pois as pessoas por medo e até mesmo preconceito demoram a procurar ajuda, fator que contribui para disseminação da doença, aumentando as chances de o paciente desenvolver incapacidades físicas. (MEC, 2015).

Segundo o guia de controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, o diagnóstico da doença ocorre quando uma pessoa apresenta uma ou mais das seguintes características: uma ou mais lesões de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo(s) com espessamento neural; baciloscopia positiva. Além da avaliação dermato-neurológica é muito importante também colher informações sobre sua história epidemiológica, ou seja, sobre sua fonte de infecção. A investigação epidemiológica é muito importante para se descobrir a origem da hanseníase e para o diagnóstico precoce de novos casos da doença (BRASIL, 2002).

Gráfico 2 – Distribuição Geográfica 2012 Identificação por bairros do município

Fonte: SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

No ano de 2012 o Módulo 05 ficou com a maior concentração de pessoas infectadas sendo 22% da representatividade, seguida do Bairro Padre Duílio com 17% dos casos, depois o Módulo 04 com 15% , sendo estes bairros representados por 54% do total dos casos no município.

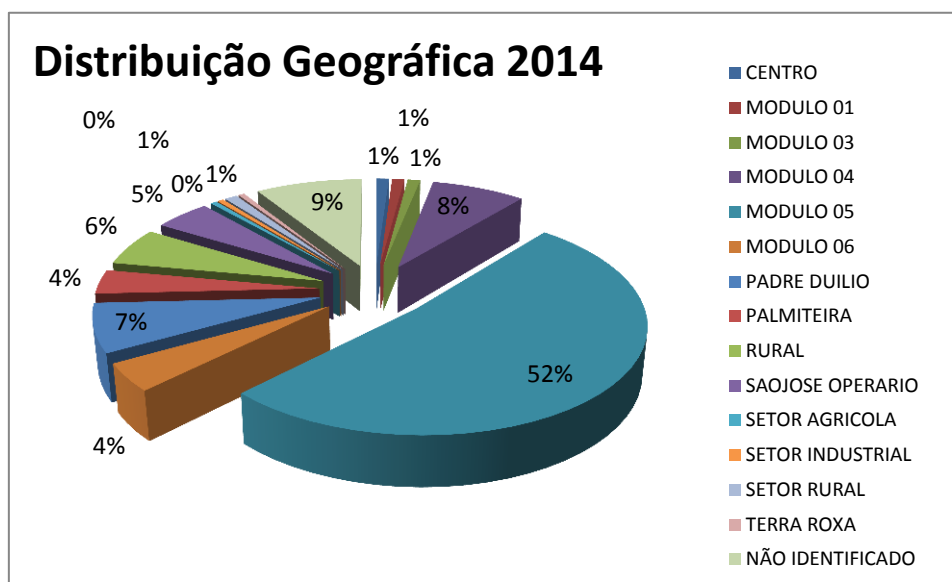
Gráfico 3 - Distribuição Geográfica 2013 Identificação por bairros do município

Fonte: SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

No ano de 2013 o Módulo 05 teve um aumento hiperindêmico de novos casos. O mesmo ficou representado por 67% das pessoas que estavam com a doença no município, os

dados são alarmantes tanto para município quanto para o bairro que foram detectados os casos. Sendo representados todos com o total de 33% dos casos de contaminação.

Gráfico 4 - Distribuição Geográfica 2014 Identificação por bairros do município estudado

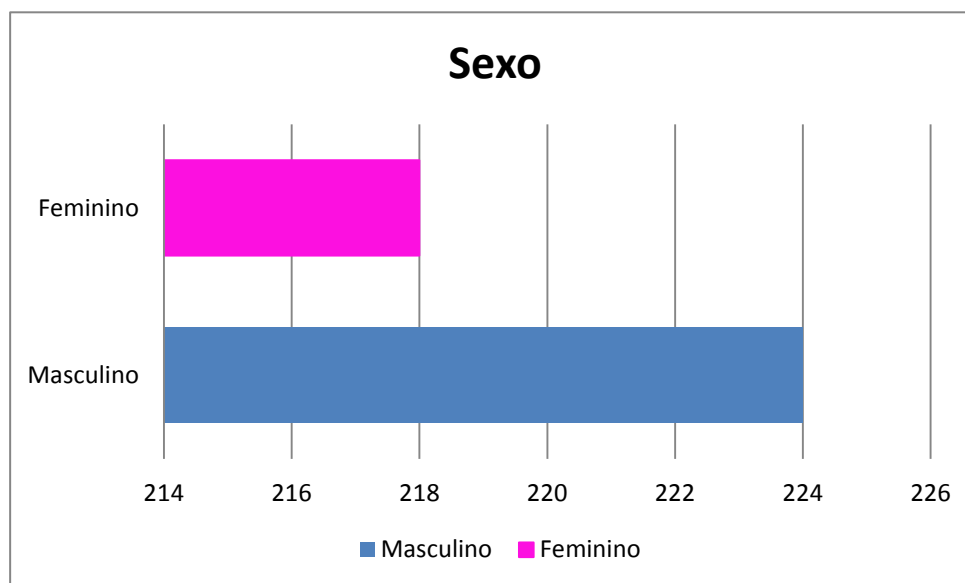


Fonte: SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

O Graf. 4 que representa o ano de 2014 demonstra que o Modulo 05 ainda esta sendo o foco da doença no município. De acordo com o Senso do IBGE de 2012 o municipio estudado tem uma população média de 39.442 habitantes, e conforme a Secretaria de Saúde o maior numero de pessoas cadastradas para atendimento nos PSFs, Postos de Saúde e Agentes de saúde, consta que o bairro é o mais populoso do município com mais de 12 mil habitantes, dessa forma concentra a maior parte dos munícipes. Assim o cálculo da taxa de detecção da hanseníase o município no ano de 2014 representa hiperindemia:

$$\frac{190}{39.442} \times 10.000 = 48,17$$

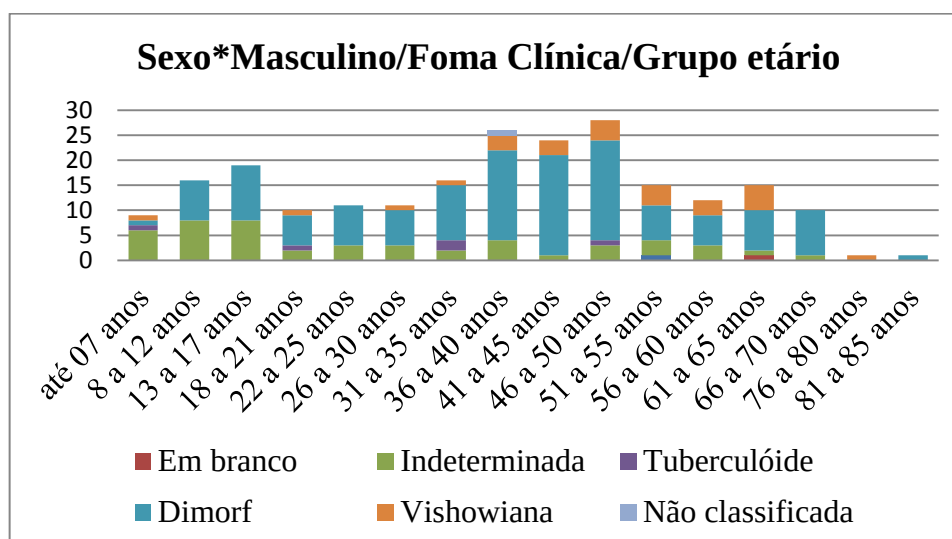
Dessa forma o município é representado por uma hiperendemia já que esta 48 vezes acima do índice aceito pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, de menos de um caso para cada 10.000 habitantes (DESSUNTI, *et al*, 2008).

Gráfico 5 – Sexo

Fonte: (SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

O Gráf. 5, mostra que o município nos anos de 2012 a 2014 tiveram 218 casos de mulheres contaminadas e 224 homens, demonstrando que os homens são os mais afetados.

Confirmando os dados do Ministério da Saúde (2002) de que há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo. Além das condições individuais, outros fatores estão relacionados aos níveis de endemia, como às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente os quais aumentam o risco de adoecer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

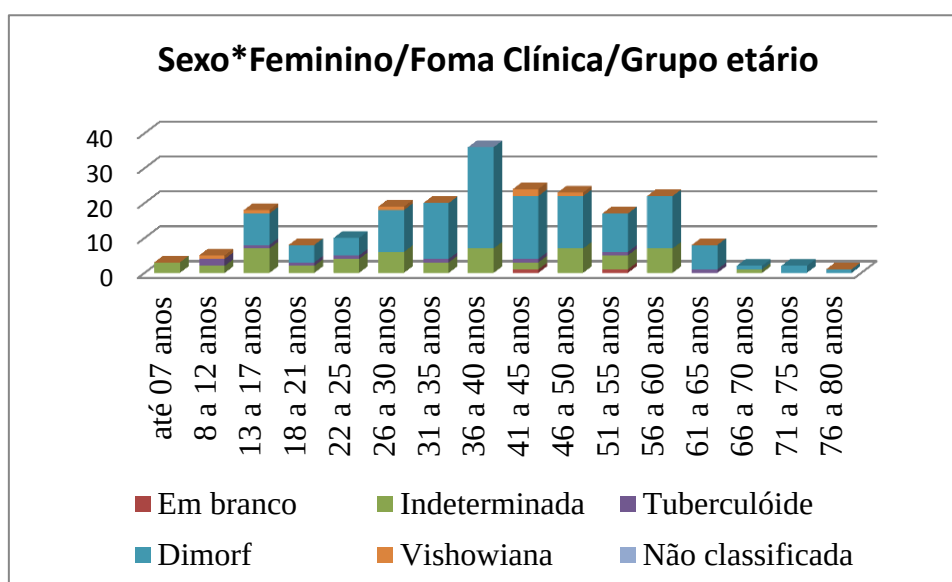
Gráfico 6 – Forma Clínica/Grupo Etário (Masculino)

Fonte: (SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

O Gráf. 6 demonstra que no município estudado há um maior índice de forma clínica dimorfa, afetando homens em idade de até 07 a 85 anos. Todavia em sua maioria afetou homens em idade entre 46 a 50 anos, seguidos de idades 41 a 45.

Podemos verificar que houveram 9 crianças contaminadas com idade inferior a 15 anos o que torna-se os dados mais preocupantes sugestionando que o município já vem apresentando endemidade nos casos. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica.

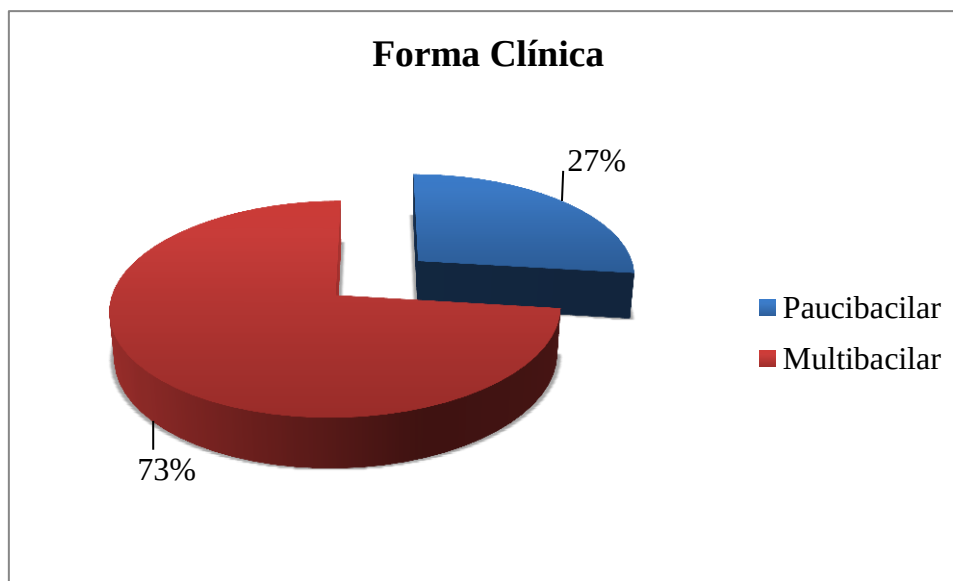
Gráfico 7 - Forma clínica/grupo etário –feminino



Fonte: (SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

Já o Gráf. 7 representa forma clínica/grupo etário –feminino. As mulheres mais afetadas têm idade média entre 36 a 40 anos, seguida das com idade entre 41 a 45 anos, e as mesmas apresentam em sua maioria a forma clínica Dimorfa da mesma forma que os homens.

Gráfico 8- Distribuição de pessoas contaminadas definidas por Classificação Operacional



Fonte: (SPSS - Statistical Package for Social Science, versão 20)

O Gráf. 8 demonstra os casos multibacelares (MB), que representam o maior número de contaminados com 73% dos casos, os mesmos são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença, o que se torna mais preocupante, pois quanto mais tempo a pessoa infectada demorar a procurar a ajuda irá contaminar um número maior de pessoas.

5 CONCLUSÃO

Os coeficientes de detecção da doença por sexo mostraram-se predominantemente maiores no sexo masculino podendo indicar um baixo diagnóstico no sexo feminino, o que pode estar relacionado à maior procura pelos serviços de saúde pelos homens ou à ineficiência desses serviços em alcançar a população feminina, local para o diagnóstico da doença ou mesmo revelar um comportamento típico da patologia no local em estudo.

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, aumentam o risco de adoecer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os dados apresentados na pesquisa mostram o predomínio da forma clínica multibacilar que sugerem uma alta transmissibilidade da doença por portadores da forma clínica Dimorfa em razão de seu alto potencial de disseminação do bacilo. Os coeficientes de detecção são maiores para a forma MB na maioria dos anos analisados, sendo esses casos a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. Também foram encontrados casos da doença em menores de 15 anos no período do estudo. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença.

O número registrado foi de 442, com detecção de 48,17 casos por 10 mil habitantes. Esse índice embora hiperendêmico, pode ser compreendido como resultado das ações de busca ativa e intensificação do exame de contatos, realizado pelas equipes de saúde realizadas pela Secretária de Saúde do Município. Dessa forma torna-se necessário processo de monitoramento da doença deve ser fundamentado em informações que preconizem os aspectos operacionais, propiciando discussão e reformulação de processos de trabalho nos serviços.

Sendo assim, conclui-se que a confrontação da doença necessita de estruturação contínua e permanente da rede básica de saúde, com o fortalecimento das ações vigilância epidemiológica na busca ativa de contaminados, ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, prevenindo incapacidades e promovendo a reabilitação em todos os níveis da atenção à saúde, buscando assim o ajustamento de todos os setores garantindo as ações de

Controle do Programa da Hanseníase com o conhecimento e esclarecimento chegando a toda a população do município.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. Do G1 DF. Globo. **Bem Estar**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/01/brasil-teve-24612-novos-casos-de-hanseníase-em-2014-diz-ministerio.html>> Acesso em: 26 Set. 15

ALMEIDA, J. Ferreira. **A Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblia do Brasi, 2011.

ALMEIDA, L. Moura de. **As moradias e as condições sociais dos casos de hanseníase: estudo para campos dos Goytacazes entre 2002 e 2011**. Universidade Candido Mendes – UCAM. Campos dos Goytacazes - RJ, 2012.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003.

ARAÚJO, M. Leprosy in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** .v..36, n.3, Uberaba Maio/Jun 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hanseníase e Direitos Humanos**. Brasília 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Controle da Hanseníase: Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília, DF, 2001.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. **Hanseníase: Protocolo de Atendimento** – Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde, 2007.

CARVALHO, L. **Assessoria/SES-MT** Secretaria do Estado do Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/noticia/3787>> Acesso em: 26 Set. 2015.

DESSUNTI, E. Matias; SOUBHIA, Zeneide; Elaine Alves; ARANDA Cristina Maria; BARRO, Maria Priscila Amed Ali. **Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos**. Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Enfermagem. Londrina, PR 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700006> Acesso em: 15 set. 2015.

EIDT, L. M. **Breve história da hanseníase:** sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 13, n. 2, ago. 2004.

GIL, A. Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia.** São Paulo: Atheneu, 2007.

MALHOTRA, Naresh. K. **Introdução à pesquisa de marketing.** Tradução: Robert Brian Taylor. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

MEC. Ministério da Saúde e Educação. **Campanha tenta encontrar casos de hanseníase e outras doenças nas escolas.** Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/2015/08/campanha-tenta-encontrar-casos-de-hanseníase-e-outras-doencas-nas-escolas>> Acesso em: 24 ago. 2015.

SECRETARIA. do Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto:** Hanseníase. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica, Guia para o Controle da Hanseníase.** Brasília, DF 2002.

_____. Secretária de Vigilância em Saúde PORTARIA CONJUNTA Nº 125, DE 26 DE MARÇO DE 2009. **Define ações de controle da hanseníase.** 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html> Acesso em: 03 Out. 2015.

_____. Cadernos Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília DF. 2014.

_____. **Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) Diretrizes Operacionais (Atualizadas).** Organização Pan-Americana da Saúde – Representação BRASIL Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 Brasília/DF – Brasil – 2015.

ORGANIZAÇÃO. Mundial da Saúde. **CID-10; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.** 1. 3ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

PIMENTEL, A. O método **da análise documental**: seu uso numa pesquisa histórica. Cadernos de Pesquisa, n.114, p.179-195, nov., 2001.

PORTAL. da Saúde. **SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseniose>> Acesso em: 06 set. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à **pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXO – 1

Grupo etário			Forma Clínica							Total
				Em branco	Indeterminada	Tuberculóide	Dimorf	Vishowiana	Não classificada	
Crianças até 07 anos	Sexo	Masculino			6	1	1	1		9
		Feminino			3	0	0	0		3
	Total				9	1	1	1		12
8 a 12 anos	Sexo	Masculino			8	0	8	0		16
		Feminino			2	2	0	1		5
	Total				10	2	8	1		21
13 a 17 anos	Sexo	Masculino			8	0	11	0		19
		Feminino			7	1	9	1		18
	Total				15	1	20	1		37
18 a 21 anos	Sexo	Masculino			2	1	6	1		10
		Feminino			2	1	5	0		8
	Total				4	2	11	1		18
22 a 25 anos	Sexo	Masculino			3	0	8			11
		Feminino			4	1	5			10
	Total				7	1	13			21
26 a 30 anos	Sexo	Masculino			3		7	1		11
		Feminino			6		12	1		19
	Total				9		19	2		30
31 a 35 anos	Sexo	Masculino			2	2	11	1		16
		Feminino			3	1	16	0		20
	Total				5	3	27	1		36
36 a 40 anos	Sexo	Masculino			4		18	3	1	26
		Feminino			7		29	0	0	36
	Total				11		47	3	1	62
41 a 45 anos	Sexo	Masculino		0	1	0	20	3		24
		Feminino		1	2	1	18	2		24
	Total		1		3	1	38	5		48
46 a 50 anos	Sexo	Masculino			3	1	20	4		28
		Feminino			7	0	15	1		23
	Total				10	1	35	5		51
51 a 55 anos	Sexo	Masculino	1	0	3	0	7	4		15
		Feminino	0	1	4	1	11	0		17
	Total	1	1		7	1	18	4		32
56 a 60 anos	Sexo	Masculino			3		6	3		12
		Feminino			7		15	0		22
	Total				10		21	3		34
61 a 65 anos	Sexo	Masculino		1	1	0	8	5		15
		Feminino		0	0	1	7	0		8
	Total		1		1	1	15	5		23
66 a 70 anos	Sexo	Masculino			1		9			10
		Feminino			1		1			2
	Total				2		10			12
71 a 75 anos	Sexo	Feminino					2			2
	Total						2			2
76 a 80 anos	Sexo	Masculino					0	1		1
		Feminino					1	0		1
	Total						1	1		2
81 a 85 anos	Sexo	Masculino					1			1
	Total						1			1
Total	Sexo	Masculino	1	1	48	5	141	27	1	224
		Feminino	0	2	55	9	146	6	0	218
	Total		1	3	103	14	287	33	1	442

ANEXO - 2 Ficha de Notificação SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENIASE				
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		HANSENIASE
	3	Código (CID10)	Data da Notificação	
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (IBGE)
	7	Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Gestante	13	
Notificação Individual	14	Escolaridade		15
	16	Número do Cartão SUS		17
	18	Município de Residência		19
Dados de Residência	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)
	24	Geo campo 1		25
Dados de Residência	26	Ponto de Referência		27
	28	(DDD) Telefone		29
	30	País (se residente fora do Brasil)		31
Dados Complementares do Caso				
Dados Clínicos	32	Nº do Prontuário		33
	34	Forma Clínica		35
	36	Classificação Operacional		37
Atendimento	38	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		39
	40	Modo de Entrada		41
	42	Modo de Detecção do Caso Novo		43
Dados Lab.	44	Baciloscopia		45
	46	Data do Início do Tratamento		47
	48	Esquema Terapêutico Inicial		49
Med. Contr.	50	Número de Contatos Registrados		51
	Observações adicionais:			
	Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde
Nome		Assinatura		
Função		Assinatura		

Hanseníase

Sinan NET

SVS 30/10/2007