



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

VALDEIR AREIA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
HANSENÍASE. ARIQUEMES – RONDÔNIA –
BRASIL**

ARIQUEMES – RO

2016

Valdeir Areia Santos

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
HANSENÍASE. ARIQUEMES – RONDÔNIA –
BRASIL**

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

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

Ariquemes – RO

2016

Valdeir Areia Santos

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
HANSENÍASE. ARIQUEMES – RONDÔNIA - BRASIL**

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

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador (a): Prof.^a Ms. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Prof. Ms. Vera Lúcia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Prof.^a Esp. Fernanda Torres
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 21 de novembro de 2016.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus. A minha família, pela força e apoio e por estar no meu lado na conquista dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, saúde, força e determinação que ter me dado durante toda minha, para alcançar meu objetivo e sonho tão almejado.

Também agradeço a minha mãe Maria e meu pai Valdir que auxiliou nos momentos difíceis dessa caminhada, foram muitas dificuldades que passamos, e também pela força e por acredita em mim, onde consegui vencer mais uma luta.

À Prof.^a Ms. Sonia Carvalho de Santana pela orientação, pela competência, dedicação e colaboração prestada para construção desta monografia.

A todos os professores, alunos e amigos, especialmente aos que estão ligados ao curso de farmácia, pela força durante toda esta caminhada. Obrigado à todos.

RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa, causado pelo *Mycobacterium leprae*, que leva a grande impacto socioeconômico, traumas psicológicos e grandes incapacidades físicas. Considerada uma das doenças mais antiga acometidas ao homem, principalmente pelas referências bíblicas. Na idade média a lepra era tratada como impureza, pecado e desonra ou seja era considerada castigo divino, levando a preconceito e o isolamento social. O *Mycobacterium leprae* possui predileção para pele e nervos periféricos e quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode evoluir para diferentes tipos e graus de incapacidade física. Classificada nas formas Paucibalar e Multibacilar. A transmissão ocorre principalmente pelas vias respiratórias superiores de pacientes Multibacilares não tratados. Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, através de dados obtido pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2011 à 2015. Foram notificados 226 casos novos, no período de 2011 à 2015, destes a maioria homens, com faixa etária predominante jovem, pardos e residentes na zona urbana. Foram observados que 18, 19% dos casos corresponderam a pacientes com maior grau de instrução. A classificação operacional que prevaleceu foi Paucibacilar com 53,09%. Ao traçarmos o perfil dos doentes de hanseníase no município de Ariquemes-RO tentamos contribuir com a meta de controle da doença e contribuir para os gestores tracem metas e organizem um planejamento de ações de controle para eliminar a doença.

Palavras-chave: Hanseníase; *Mycobacterium leprae*; Lepra; Etiologia; Diagnósticos.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, which causes great socioeconomic impact, psychological trauma and major physical disabilities. It is considered one of the oldest diseases affected to man, mainly by the biblical references. In the Middle Ages, leprosy was treated as impurity, sin, and dishonor, or was considered divine punishment, leading to prejudice and social isolation. *Mycobacterium leprae* has a predilection for skin and peripheral nerves, and when undiagnosed and treated early, can evolve into different types and degrees of physical disability. Classified in the Paucibalar and Multibacillary forms. Transmission occurs primarily through the upper respiratory tract of untreated Multibacillary patients. This is a retrospective and descriptive study, using data obtained from the National Information System on Aging (SINAN) from 2011 to 2015. A total of 226 new cases were reported in the period 2011-2015, the majority of them were Predominantly young, brown And residents of the urban area. It was observed that 18, 19% of the cases corresponded to patients with higher schooling. The operational classification that prevailed was Paucibacilar with 53.09%. When tracing the profile of patients with leprosy in the city of Ariquemes-RO we try to contribute to the goal of disease control and contribute to the goals of the managers and organize a planning of control actions to eliminate the disease.

Key word: Leprosy, *Mycobacterium leprae*, Leprosy, Etiology; Diagnoses.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por sexo de casos novos diagnosticado com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	31
Gráfico 2 - Distribuição por raça/cor de casos novos diagnosticado com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	32
Gráfico 3 - Distribuição por faixa etária de casos novos diagnosticado com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	33
Gráfico 4 - Distribuição por escolaridade de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	34
Gráfico 5 - Distribuição por residência de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 201.....	35
Gráfico 6 - Distribuição por classificação operacional de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	36
Gráfico 7 - Distribuição por forma clínica de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	37
Gráfico 8 - Distribuição da avaliação de grau de incapacidade no momento admissão e da alta no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	39
Gráfico 9 - Distribuição por modo de detecção de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.....	41

LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

AGEVISA	Agência Estadual de Vigilância em Saúde
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
°C	Graus celsius
FIN	Ficha Individual de Notificação
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
GIF	Grau de Incapacidade Físicas
HI	Hanseníase Indeterminada
HD	Hanseníase Dimorfa
HV	Hanseníase Virchowiana
HT	Hanseníase Tuberculóide
IB	Índice Baciloscópico
IDH	Índice de Desenvolvimento humano
MS	Ministério da Saúde
MB	Multibacilar
<i>M. Leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
RR	Reação Reversa
Sesau	Secretária de Estadual de Saúde
SES	Secretária Estaduais de Saúde
SVS	Secretária de Vigilância à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1 HANSENÍASE: Contexto histórico	14
3.2 HANSENÍASE: A doença	16
3.2.1 Agente etiológico, Transmissão e Formas clínicas	17
3.2.2 Reações Hansenicas	20
3.3 QUADRO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE: Brasil e Mundo	21
3.3.1 Rondônia	22
3.3.2 Ariquemes-RO	23
3.3 DIAGNOSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL DA HANSENIASE	24
3.4.1 Diagnostico Clínico	24
3.4.2 Diagnósticos laboratorial: Baciloscopia, Histopatológico e Intradermorreação ..	25
3.5 TRATAMENTOS	26
4 OBJETIVO	28
4.1 OBJETIVO GERAL	28
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	28
5 METODOLOGIA	29
5.1 TIPO DE ESTUDO	29
5.2 VARIÁVEIS ESTUDAS	29
5.3 SINAN	29
5.4 LOCAL ESTUDO	30
5.5. CRITÉRIO DE INCLUSÃO	30
5.6 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	30
5.7 ANÁLISE DO DADOS	30
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31

CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIA.....	43
ANEXO I	58
ANEXO II	59
ANEXO III	60
ANEXO IV	61
ANEXO V.....	62
ANEXO VI.....	63

INTRODUÇÃO

A hanseníase é um grande enigma para a saúde pública, carecido pela sua condição infectocontagiosa, impacto socioeconômico e repercussão psicológica, sucedida de deformações e incapacidade física frequentes no processo do adoecimento. (OLIVEIRA, et al., 2015). A hanseníase é uma doença de caráter crônico causado pelo *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*), que possui predileção para pele e nervos periféricos confere característica peculiar a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples na maioria dos casos. (ARAÚJO, 2003).

Quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode levar a evolução com diferentes tipos e graus de incapacidade física (MONTEIRO, 2013). A transmissão ocorre predominantemente através do trato respiratório superior de paciente Multibacilares. (MELÃO et al., 2011).

As condições individuais e socioeconômicas como estado nutricional, imunidade, situação de higiene e, sobretudo, a moradia da população parecem influenciar na transmissão. (AQUINO et al., 2003). A hanseníase atinge a população economicamente ativa, faixa etária entre 13 e 50 anos. Apesar de acometer ambos os sexos, porém observa-se maior predominância do sexo masculino. (BATISTA et al., 2011).

O diagnóstico precoce contínuo sendo a principal forma de prevenção de incapacidade física, devendo ser associado ao tratamento com a Poliquimioterapia (PQT), recomendada para todos os pacientes. (BRASIL, 2010 a).

O diagnóstico de hanseníase é basicamente clínico e epidemiológicos, na qual busca obter informações de sinais e sintomas e a condição de vida dos pacientes. Em situações que envolva o raciocínio em diagnóstico diferencial, outros exames entram em evidência, tais como; baciloscopia, biópsia do nervo, eletroneuromiografia e reação de Mitsuda. (BRASIL, 2016b).

O tratamento para pacientes portadores da hanseníase é padronizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecida como Poliquimioterapia (PQT) constituída pelos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014c).

A taxa de coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil em 2012, foi de 1,51 casos/10 mil habitantes, o que representa uma diminuição de 12% em relação ao valor do coeficiente comparado ao ano de 2004 (1,71 casos/ 10 mil habitantes). Os estados de Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Pará e Maranhão foram classificados como hiperendêmicos em 2011, ou seja, apresentaram mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2013). Entre os 53 municípios de Rondônia, 23 são classificados como hiperendêmicos, mesmo que 12 localidades tenham apresentado menos de 10 casos novos em 2010. Neste mesmo ano, a Unidade Federada citada apresentou coeficiente de detecção de 58,8 casos/100 mil habitantes e já para os menores foi de 15 anos de 10,6 casos/100 mil habitantes, sendo que o estado alcançou um percentual de cura em torno de 84,1%, em 2010. (BRASIL, 2011).

Este estudo justifica-se, devido ao alto número de casos de hanseníase no estado de Rondônia, principalmente na cidade de Ariquemes, município alvo desta pesquisa. Além de acarretar grandes perdas na qualidade de vida dos pacientes, devido ao seu alto potencial incapacitante, originando muitas vezes, agravo tanto âmbito social quanto no psicológico. Muitas vezes a hanseníase pode trazer prejuízos físicos, ou seja, limitado nas atividades de vida diárias dos pacientes, levando a perdas econômicas.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 HANSENÍASE: Contexto histórico

A hanseníase configura-se uma das mais antigas doenças que afeta o homem. Citações mais remotas (600 a.C.), considera continente asiático e africano como o berço da doença. (BRASIL, 2014a; DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007). Ainda a dúvidas se o surgimento se deu na África ou Ásia. Há conhecimento a mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão, já existia no Egito quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II. (BRASIL, 1960; EIDT, 2004).

A lepra, conhecida hoje como hanseníase recebeu inúmeras designações diferentes no decorrer de sua longa história como zaraath, mal de São Lázaro, morféia, micobacteriose neurocutânea e mal de hansen, anteriormente a doença era associados ao pecado, à impureza, à desonra. Ainda por falta de conhecimento, a hanseníase era confundida com outras enfermidades, como por exemplo as de peles e venéreas. (NASCIMENTO, 2001).

A impureza era evidenciada fisicamente por meio de manchas que apareciam na pele dos pecadores. Essas manchas eram consideradas sinais divinos, além disso revelavam ações e pecados morais e representavam o castigo divino. (BÍBLIA SAGRADA, 1993).

No período da cruzada, no final do século XI o número de infectados parece ter aumentados. Foi neste momento, onde ouvem também o início da perseguição aos leprosos. Na França, milhares de leprosos foram queimados nas fogueiras e outros foram excluídos das comunidades, sendo obrigados a mendigarem nas zonas podres das cidades, a serem internados em leprosários. (GINZBURG, 1991).

Os leprosos quando não eram mandados para os leprosários, ficavam abandonados pela sociedade, os adoentados não podiam entrar em igrejas, tinham que usar roupas especiais, carregar sinetas ou matracas que anunciasse sua presença e, para pedir esmola, precisavam colocar um saco amarrado na ponta de uma longa vara. (CAVALIERE, 2016).

A hanseníase era considerada doenças dos pobres, principalmente por afetar mendigos, vagabundos e prostitutas, mais chegou alcançar também príncipes, nobres, bispos e abades, passando obter maior atenção, por parte da autoridade daquela época, em relação à doença. O interesse sobre a etiologia e tratamento da hanseníase, começou a se evidenciar na Europa por volta do século XVI a XVII, quando foram construídos os primeiros leprosários: pequenos hospitais ou casas para hansenianos. (CUNHA, 1997).

Na idade média a moradia do leproso eram os leprosários muito numerosos na Europa, onde se contava cerca de 19 mil estabelecimentos voltados para a separação dos leproso. (CUNHA, 2005).

Para entrar nos leprosários, os doentes precisavam de uma autorização da Igreja e de um laudo médico que confirmasse a doença, além de fazer uma doação de todos os seus bens e rendas ao hospital. Dentro das residências, cada doente tinha direito a uma cama, um baú ou arca para guardar seus pertences e um lugar para acender sua vela. Além disso, os doentes tinham direito a receber a visita médica, pelo menos uma vez ao ano, porém alguns chegaram a ficar até onze anos sem uma visita médica. O isolamento dos hansenianos se deu também por questões biológica relacionadas à própria doença, pelo fato de que na época, não conhecia o tratamento e estava sem controle. O isolamento tornou-se mais importante que o próprio tratamento. (CUNHA, 2002).

Durante muito tempo acreditou-se que o isolamento social do portador da hanseníase fosse o bastante para garantir a rompimento do ciclo de transmissão, pois se partia da hipótese de que a internação compulsória livrar a sociedade sadia de contrair a doença. (RIBEIRO, 2012).

A hanseníase deve ter chegado nas américas entre os séculos XVI e XVII com os colonizadores, pois não há evidências da existência da doença entre as tribos indígenas do Novo Mundo. (OPROMOLLA, 2000 apud EIDT, 2004).

No Brasil, é provável que a hanseníase tenha sido introduzida com a chegada dos primeiros europeus, ainda no período colônia. (EIDT, 2004). Os primeiros casos no Brasil, foram notificados por volta de 1600, no Rio de Janeiro, onde em 1737 os dados mostraram a existência de 300 doentes. As primeiras ações para cuidar dos atingidos por ela começaram em 1714, em Recife, com a fundação de um asilo para doentes e também, em 1763, com a inauguração do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, sendo a primeira das instituições

construídas com a finalidade de isolar e cuidar dos portadores de hanseníase. (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

No Brasil o isolamento foi considerado extinto, através da aprovação do decreto nº 968, de 7 de maio de 1962. (SA; SIQUEIRA, 2013). O Brasil foi primeiro a substituir o termo lepra para hanseníase em 1974, através de iniciativa do Dr. Abrahão, afim de tentar livrar a doença do estigma. (VIEIRA et al., 2008).

O cientista Oswaldo Cruz em 1904, realizou a primeira grande reforma sanitária no país, passando a doença a ter notificação compulsória. Sendo reafirmado no ano de 1923, pelo Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro, artigo 445, inciso X, do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, tornado a notificação obrigatória. (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

A lepra isolava permanentemente os doentes em leprosários. Em 1940 isso passou a mudar com o tratamento do óleo de chaulmoogra, medicamento fitoterápico natural da Índia, por meio da aplicação de injeções ou por via oral. Este medicamento, aliado ao isolamento, eram a única forma de se trata a hanseníase. (CAVALEIRE; NASCIMENTO, 2008).

As sulfonas surgiram na década 1940, na qual, contribuiu no tratamento ambulatorial que teve início na década de 60. Com o surgimento da clofazimina na década 1970 e a rifampicina com sua capacidade bactericida, obteve-se, o conceito da cura da doença. Porém, somente a partir de 1989 a poliquimioterapia foi introduzida no Brasil, constituindo-se em instrumento fundamental na eliminação da hanseníase. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007).

3.2 HANSENÍASE: A doença

A hanseníase consisti em uma doença infecto-contagiosa, originada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, de evolução crônica. (LASTÓRIAS; ABREU, 2012). A doença abrange pele e nervos periféricos podendo levar sérias incapacidades físicas (BRASIL, 2014a). Demora de 2 a 5 anos para que ocorra os primeiros sintomas, podendo atingir homens e mulheres, adultos e crianças, de todas as classes sociais. Poder observar maior predominância do sexo masculino. (BRASIL, 2008a; BATISTA et al., 2011).

Qualquer indivíduo que exponha manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas na pele, pele secas e com falta de suor, queda de pelos, perda ou ausência de sensibilidade, formigamentos ou diminuição da sensibilidade ao calor, a dor e a tato, dor e sensação de choque, fisgadas e agulhas ao longo do nervos do braços e das pernas, inchaços de mãos e pés, diminuição da força do músculos das mãos, dos pés e da face, úlceras de pernas e nódulos no corpo, precisa ser considerado como um caso de hanseníase. Estes sinais e sintomas podem estar em qualquer parte do corpo, principalmente nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, no tronco, nas nádegas e nas pernas. (BRASIL, 2007a, BRASIL, 2008 b).

A problemática da hanseníase não se limita apenas, pelo fato dos altos índices de casos, mas também por ter um alto potencial incapacitante, levando a grandes transtornos no trabalho e na vida social dos pacientes, além de perdas econômicas e traumas psicológicos. Essas incapacidades têm sido responsáveis pelo estigma e discriminação dos doentes. (OMS, 2007).

Quando não tratada, a hanseníase pode deixar grave sequelas no organismo do portador, comprometendo tato, olfato, visão e locomoção. (LOPES; RAGEL, 2014). A manifestação dos sinais e sintoma ocorre através das lesões na pele com perda de sensibilidade, devido a o processo inflamatório. As neurites aparecem no processo agudo, seguido de intensa dor e edema. (LUNA, et al., 2010).

Define-se um caso de hanseníase quando uma pessoa apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer tratamento com poliquimioterápico: uma lesão ou mais lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervos com espessamento neural e baciloscopia positiva. (BRASIL, 2010 b).

3.2.1 Agente etiológico, Transmissão e Formas clínicas

O *M. leprae*, também conhecido como bacilo de Hansen, foi descoberto por Gerhard Henrick Armauer Hansen em 1873 na Noruega, sendo a primeira bactéria apontada como agente causador de uma doença infecciosa. (LIMA, 2010). É um bacilo álcool-ácido resistente, em forma de bastonete, sendo um

parasita intracelular obrigatório, uma espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente células de Schwann. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo permanecer, em média, de 11 a 16 dias. O *M. leprae* tem alta efetividade e baixa patogenicidade, isto é infecta muitas pessoas no entanto só poucas adoecem. (BRASIL, 2002; LUNA et al., 2010). Apresenta-se sob a forma de bastonete reto ou ligeiramente encurvados, com extremidades arredondadas, medindo de aproximadamente 1 a 8 mm de comprimento e 0,3 µm de diâmetro. (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

O bacilo de Hansen pode ficar viável por até 10 dias, sob temperatura de 4 °C, fora do organismo humano, em fragmentos de biópsia. O bacilo é um microorganismo na qual tem seu desenvolvimento em temperatura em torno de 35 °C, por este motivo é encontrado em regiões que mantêm a sua temperatura inferior a 37 °C, como o nariz (nas secreções nasais, o bacilo pode sobreviver por até sete dias à temperatura de 21 °C), testículos e ainda nos nervos periféricos, próximos da pele e também pode observar em grande quantidade na pele e nas vísceras. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

Taxonomicamente, o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) pertence à ordem Actinomycetales e família Mycobacteriaceae. A reprodução ocorre pelo processo de divisão binária, é Gram-positivo e fortemente álcool-ácido resistente quando submetido à coloração de Ziehl-Neelsen, na qual apresentam-se, na maioria deles, corados de forma irregular ou granular. (OPROMOLLA, 2002).

Apesar que bacilo tenha a capacidade de infectar grande número de indivíduos, poucos adoecem devido sua baixa patogenicidade, característica esta que não é função apenas de suas propriedades intrínsecas, mas que estar sujeito, sobretudo, de sua relação com hospedeiro e do grau de endemicidade do meio. (LASTÓRIA; MACHARELLI; PUTINA, 2003; SANTOS; CASTRO; FLAQUETO, 2008).

Uma das principais características marcantes do bacilo é de não ser possível a reprodução em meios de cultura artificiais ou celulares, mostrando que o *M. leprae* parece estar tão bem adaptado à vida intracelular. A multiplicação limita nas inoculações em alguns modelos animais como tatu e camundongos imunocompetentes ou imunodificientes. O não cultivo em meios de cultura ainda é um empecilho para progredir estudos relacionados à microbiologia do patógeno. (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014; SCOLLARD et al., 2006).

A transmissão da hanseníase ocorre através de paciente que ainda não iniciou o tratamento, por meio das gotas eliminadas no ar pela tosse, pela fala e pelo espirro. O contato direto e prolongado com a pessoa doente em ambiente fechado, com pouca ventilação, e ausência de luz solar, aumenta possibilidade de se infectar com bacilo. (BRASIL, 2008a).

A transmissão ocorre principalmente pelas vias respiratórias superiores de pacientes Multibacilares não tratados, sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada do *M. leprae* no corpo. (PITO NETO et. al, 2002).

O homem é considerado o único reservatório natural do bacilo de Hansen. Foi relatada a presença de animais silvestres naturalmente infectados, como tatus, chimpanzés e macacos, embora esses animais não pareçam desempenhar papel importante na cadeia de transmissão. (BRASIL, 2002; DEPS, 2001).

Segundo o mistério da saúde, os portadores da hanseníase são classificados como Paucibacilares e Multibacilares. Os Paucibacilares (Indeterminada e Tuberculóides), apresentam um número menor ou igual a 5 lesões cutânea e Multibacilares (Vischovianos e Dimorfos), apresentam mais de 5 lesões. Os pacientes portadores das formas Multibacilares da hanseníase são considerados a principal fonte de infecção. (BRASIL, 2010 b).

A forma clínica da hanseníase Indeterminada (HI), caracteriza-se por máculas hipocrômicas ou áreas circulares de pele aparentemente normal, com distúrbios de sensibilidade. As lesões são em pequenos números e podem se localizada em qualquer área da pele, além não há comprometimento de troncos nervosos e, portanto, não há ocorrência de incapacidades e deformidades. (OPROMOLLA, 2002; ARAÚJO, 2003). E a primeira manifestação da doença, que após um extenso período de tempos que variam de meses até anos, onde pode levar a evolução para as demais formas clínicas ou a cura. (BRASIL, 2010c).

A forma clínica da hanseníase Tuberculóide (HT), manifesta lesões bem delimitadas, além disso em número reduzido, com distribuição assimétrica e anestésica ao longo da pele. Ocorrem lesões em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas eritematosas. (QUINTAS, 2009). Apresenta queda de pelos e alteração das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. Há alterações acentuadas de sensibilidade nas lesões e pode haver acometimento de troncos nervos superficiais ou profundos, mas, geralmente, em pequeno número, também

comprometimentos neurológicos que são específicos para essa forma clínica. (BRASIL, 2010c; OPROMOLLA, 2002; LASTÓRIAS; ABREU, 2012).

A forma clínica Virchowiana (HV) é a forma multibacilar da doença e manifesta-se nos indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o bacilo. Sua característica são as lesões cutâneas, múltiplas e simétricas, caracterizam-se por máculas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com bordas mal definidas, geralmente sem anestesia. (LASTÓRIAS; ABREU, 2012). A evolução crônica é caracterizada por infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, linfonodos, fígado, baço e nervos como o nervo facial, nervo trigêmeo, nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial. (ARAÚJO, 2003; SOUZA 1997; BRASIL, 2010 c).

A forma clínica hanseníase Dimorfa (HD), caracteriza-se por instabilidade imunológica, causando grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nervos ou de forma sistêmica. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de hanseníase HV e HD, podendo predominar ora de um tipo ora de outro. Quando numerosas são chamadas de lesões em renda ou queijo suíço, além disso a alterações faciais mostrar-se elementos sugestivos desta forma clínica que pode ocasionar a incapacidades físicas. (QUINTAS, 2009; ARAÚZO, 2003; SOUZA 1997).

3.2.2 Reações Hansenicas

De acordo com a portaria nº 3125 de 7 de outubro de 2010, Reações Hansenicas são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, podendo acontecer em qualquer paciente, contudo são mais frequentes nos pacientes MB. Elas podem surgir antes, durante ou depois do tratamento PQT. Reações hansenicas podem ser do tipo 1 e 2. (BRASIL, 2010b).

A Reação Tipo 1, conhecida também como a Reação Reversa (RR) é distinguida pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). Já a Reação Tipo 2 a

manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, seguidos ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). (BRASIL, 2016).

3.3 QUADRO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE: **Brasil e Mundo**

Desde 1985, a prevalência relatada da hanseníase se reduziu em mais de 90%, e mais de 15 milhões de pacientes foram curados. Dos 122 países considerados endêmicos para lepra, 119 eliminaram a doença como problema de saúde pública. Em 2008, apenas 17 países relataram mais de mil novos casos representaram 94% dos casos detectados em todo o mundo, já no início de 2009, existia 213.036 casos registrados em todo o mundo. (OMS, 2010)

No mundo 16 países notificaram mil ou mais casos em 2009, onde a Ásia apresentou a maior de detecção de casos de hanseníase, com 9,39, seguida das Américas com 4,58 casos por 100.000 habitantes. Este resultado dá-se pelo número de casos notificados pela Índia com 133.717 casos e pelo Brasil com 37.610 casos. Dos 40.474 casos novos nas Américas 93% são casos notificados no Brasil. O Coeficiente de detecção de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos foi de 5,89 por 100.000 habitantes em 2008, baixou para 5,43 por 100.000 em 2009, representando uma redução de 7,8%. (OMS, 2012).

Segundo dados oficiais a prevalência global de hanseníase no final de 2014, foi de 175,554 casos (0,24 casos/10000 habitantes) dos 121 países de todas regiões da OMS, menos a Europa e o número de caso novos notificados em todos o mundo foi de 213.899 (0,3 casos/10.000 habitantes). Já em 2013, dos 103 países das 5 regiões da OMS a prevalência global registrados foi 180,168 casos, enquanto número de casos novos notificados no mundo foi de 215.656 em comparação com 2012 e 2011 foi registrado 232.857 e 226.629 casos, respectivamente (OMS, 2016 a).

94 % dos pacientes com hanseníase notificados em 2014 eram habitantes de 13 países: Bangladesh, Brasil, República Democrática do Congo, Etiópia,

Índia, Indonésia, Madagascar, Mianmar, Nepal, Nigéria, Filipinas, Sri Lanka e República Unida da Tanzânia. A OMS apresentou em 2016 uma nova estratégia global para hanseníase 2016- 2020, visando um mundo sem hanseníase e tendo como objetivo reduzir ainda mais a carga global e local de hanseníase. As principais metas são eliminação da IG2 (Incapacidade de grau 2) entre os pacientes pediátricos com hanseníase, redução de novos casos de hanseníase com IG2 a menos de um caso por milhão de habitantes e nenhum país terá leis que permitam a discriminação por hanseníase. (OMS, 2016 b).

A taxa de prevalência de hanseníase no Brasil caiu 68% nos últimos 10 anos, passando de 4,42, em 2003, para 1,42 por 10 mil habitantes, em 2013. Esta queda se dá pelo resultado das ações de combate à doença, intensificada nos últimos anos. (BRASIL, 2014).

No Brasil a taxa de prevalência de hanseníase em 2012 foi de 1,51 caso/ 10 mil habitantes, o que representa uma redução de 12% em relação ao valor do coeficiente no ano de 2004 (1,71 caso/ 10 mil habitantes), aonde cinco estados (Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Pará e Rondônia) apresentaram coeficiente de prevalência acima de três casos por 10 mil habitantes, sendo considerando em 2011 como hiperendêmicos, com mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes. Foram diagnosticados 33.303 casos novos, 2.246 (7%), em menores de 15 anos, em 2012. Neste mesmo ano, apresentou um coeficiente geral de detecção (17,2/100 mil habitantes), sendo considerado o mais alto. (BRASIL, 2013).

Segundo dados preliminares divulgados pelo MS, a taxa de detecção geral de hanseníase em 2014, foi de 12,14 (por 100 mil habitantes), correspondendo a 24.612 casos novos. Já na população de menores de 15 anos, foi registrado 1.793 casos. Se os números forem confirmados, o Brasil terá tido prevalência de 1,56 casos por 10 mil habitantes em 2014. (RODRIGUEZ, 2015).

3.3.1 Rondônia

No estado de Rondônia em 2005, foram diagnosticados 1.145 casos, deste total, 831 estavam em curso de tratamento. Dentre os casos novos 7,69%

(87 casos), foram acometidas em menores de 15 anos. O estado apresentou um percentual de cura de 66,9% em 2005. (BRASIL, 2006).

Entre os 53 municípios de Rondônia, 23 são considerados hiperendêmicos, ainda que 12 localidades possuam menos de 10 casos novos em 2010. O estado apresentou queda significativa no coeficiente geral de detecção de 2,9 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos. Em 2010, apresentou coeficiente de detecção de 58,8 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de foi 10,6 casos/100 mil habitantes, com percentual de cura em torno de 84,1%. (BRASIL, 2011).

O estado apresentou uma considerada queda na incidência de casos notificados em 2010, 2011 e 2012 com 854, 859, 828 casos receptivamente em comparação de 2008 e 2009 com 1.064 e 1.072 casos, receptivamente (SANTOS, 2014). Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (Sesau), em 2014, foram notificados 706 casos de hanseníase em Rondônia. Deste total, 46% diagnosticados em menores de cinco a 15 anos, de acordo com a projeções nacional da doença. (RONDÔNIA, 2015).

3.3.2 Ariquemes-RO

Ariquemes está localizada no estado de Rondônia na região norte do país, fica cerca de 203 km da capital porto velho. Ocupam uma área de 4.426,571 km² e soma uma população estimada em 105.896 habitantes em 2016, o que corresponder a uma densidade demográfica de 20,41 habitantes/km². A agropecuária é a principal atividade econômica de Ariquemes. Em 2010, a cidade apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da ordem de 0,702 e não possui com rede de esgoto tratado. Seu território conta com um clima tropical chuvoso, tendo como principal bacia hidrográfica, três grandes rios: o Jamari que é responsável pelo abastecimento de água no município, o Canaã, Rio Branco e outros pequenos igarapés. (BRASIL, 2016c).

3.3 DIAGNOSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL DA HANSENIASE

3.4.1 Diagnóstico Clínico

Segundo o Ministério da Saúde o diagnóstico de hanseníase é basicamente clínico e epidemiológicos. O diagnóstico clínico é realizado seguindo um roteiro clínico que consistir por alguns procedimentos. Primeiramente são realizados a anamnese, na qual busca obter informações de sinais e sintomas e condições de vida dos pacientes. (BRASIL, 2010b).

Em seguida vem a avaliação dermatológicas, onde procura identificar lesões de pele com alteração de sensibilidade. Deve ser examinado toda a superfície corporal, no sentido crânio-caudal, seguimento por seguimento, procurando identificar as áreas acometidas por lesões de pele. As áreas mais acometidas pelas lesões são: face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas. Já a pesquisas de sensibilidade nas lesões devem ser térmica, dolorosa, e tátil (BRASIL, 2002).

Posteriormente segue a avaliação neurológicas, onde procura a identificação de neurites, incapacidades e deformidades. Para o teste de sensibilidade indica utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (0,05 g, 0,2 g, 2g, 4 g, 10 g e 300 g) para a avaliação de sensibilidade em mãos e pés e já para os olhos é usado o fio dental sem sabor. Já avaliação da força motora aconselha o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. A integridade da função neural, recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada. (BRASIL, 2014c, BRASIL 2016b).

Segundo o MS, a classificação do grau de incapacidades causada pela hanseníase é determinando, de acordo com as limitações apresentadas no olhos, mãos e pés dos pacientes, no grau 0,1 e 2. (BRASIL,2010B).

3.4.2 Diagnósticos laboratorial: Baciloscopia, Histopatológico e Intradermorreação

O exame de baciloscopia é utilizado com diagnóstico complementar e deve ser solicitado pelo médico da unidade básica de saúde (UBS), nas seguintes situações, no caso de dúvida na classificação operacional para início da poliquimioterapia, diagnóstico diferencial de outras doenças dermatoneurológica e casos suspeitos de reincidência. O exame é de fácil execução e de baixo custo, permitindo que qualquer laboratório da UBS possa executá-la. (BRASIL, 2010b).

O material a ser examinado é colhido através de raspado de tecido dérmico nos lóbulos da orelha direita e esquerda, cotovelo direito e esquerdo e em lesão, caso apresenta lesões visíveis. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen é apresenta-se resultado sob a forma de Índice Baciloscópio (IB), numa escala que vai de 0 a 6+. A baciloscopia, apresenta-se negativa nas formas Tuberculóide e Indeterminada, fortemente positiva na forma Virchowiana e revela resultados variável na forma Dimorfa. (ARAUJO, 2003; BRASIL, 2010c).

O exame hepatológico é realizado em caso, onde a dúvidas sobre o diagnóstico ou classificação. É indicado para pacientes Paucibacilares, sendo realizado biópsia, através da coleta na borda da lesão e fixada sempre em formol 10% e deve ser atingir a hipodorme. São feitas colorações de hematoxilina-eosina e Faraco-Fite, que evidencia bacilos álcool-ácido-resistentes. A forma indeterminada, nota-se infiltrado inflamatório inespecífico, com predomínio de linfócitos, perianexial e perineural. Na forma Tuberculóide exibe granulomas tuberculoides, estendendo-se da derme profunda à camada basal, constituídos por células epitelioides e gigantes multinucleadas de Langhans, e contornados por linfócitos. Já forma Virchowiana demonstra granulomas histiocitários e células de Virchow. (OBADIA; VERARDINO; ALVES, 2011; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A intradermorreação ou reação de Mitsuda é um teste de aplicação intradérmica, onde busca observar a resposta imunológica do indivíduo através de reação retardada do tipo celular, de alta especificidade, frente ao bacilo *Mycobacterium leprae*. Auxiliar na classificação dos grupos indeterminados e dimorfos. A leitura é feita 21º e 28º dia após a inoculação. A ausência de respostas clínicas é considerado negativo. A reação é positiva quando à presença de pápula ou nódulo, igual ou superior a 5 mm ou presença de ulceração. A

reação de Mitsuda é positivo em portadores Paucibacilares e negativo em Multibacilares. (BEIGUELMAN, 2002; ARAÚJO, 2003; CPPI, 2008).

3.5 TRATAMENTOS

O tratamento para pacientes portadores da hanseníase é padronizado pela Organização mundial da saúde (OMS), conhecida como poliquimioterapia (PQT), devendo ser realizado nas unidades básicas de saúde. A utilização da PQT, torna o bacilo de Hansen inviável, ou seja, evitando a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela e levando à cura. A PQT, torna o bacilo é incapaz de infectar outras pessoas, quebrado a cadeia epidemiológica da doença. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014c).

O tratamento do indivíduo com hanseníase é essencial na estratégia de controle da doença, enquanto problema de saúde pública, tendo o propósito de curar o seu portador e, também, de interromper a transmissão da doença. Quando o indivíduo é diagnosticado com hanseníase deve ter um acompanhamento mensalmente pela equipe da UBS, deve ser feito a avaliação do paciente na tomada mensal do medicamento, para observar a evolução de suas lesões na pele, comprometimento neural e verificar se há presença de estado reacionais. (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2014c).

A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico. A PQT é constituída pelos seguintes medicamentos rifampicina, dapsona e clofazimina, são acondicionados numa cartela, para administração mensal de 28 em 28 dias, ou seja, com acompanhamento ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional, conforme o quadro 1. (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2016b).

Faixa	Paucibacilares: 6 cartelas	Multibacilares: 12 cartelas
Adultos	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
Crianças	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.
<p>Duração: 6 meses</p> <p>Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas em até 9 (nove) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.</p>		<p>Duração: 12 meses</p> <p>Critério de alta: tratamento estará concluído com 12 cartelas em até 18 meses. Na 12ª dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura</p>

Fonte: BRASIL, 2016b.

Quadro 1- Esquema terapêuticos para casos PB e MB.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVOS GERAL

Caracterizar o perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em Ariquemes, RO, no período 2011 à 2015.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Analisar os aspectos clínico-epidemiológicos, traçando um perfil epidemiológico da doença no município de Ariquemes-RO.
- Identificar a frequência do sexo dos pacientes com hanseníase no município, no referido período;
- Avaliar o tempo de escolaridade dos pacientes com hanseníase no município;
- Identificar a distribuição das formas clínica e classificação operacional;
- Relacionar o grau de incapacidade no diagnóstico e na cura.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado estudo retrospectivo e descritivo, através de dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 até 2015. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, sendo analisada e aprovada conforme parecer consubstanciado de nº 1.654.767 e Certificado de Apresentação para Apresentação Ética (CAAE) de nº 57096116.5.0000.5601

A revisão bibliográfica utilizou como fonte de pesquisa as bases de dados disponíveis pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed, SBU (Sistema de Bibliotecas da Unicamp) e Biblioteca Digital USP.

5.2 VARIÁVEIS ESTUDAS

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, raça/cor, zona de residência, escolaridade, forma clínica, classificação operacional, grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta, modo de entrada, modo de detecção de casos novos, número de contatos registrados e examinados e tipo de saída

5.3 SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007b).

Os dados são coletados a partir da Ficha Individual de Notificação (FIN) que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando a ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (BRASIL, 2016).

5.4 LOCAL ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade saúde do setor 02, Ariquemes – RO.

5.5. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Inclusão dos dados disponíveis pelo SINAN referentes ao período selecionado (2011 à 2015) e com notificação no município de Ariquemes-RO

5.6 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram os casos que não pertenciam ao período de estudo selecionado e pertencente a outros municípios.

5.7 ANÁLISES DO DADOS

Para análise dados foram utilizados o programa Programa TABWIN (Versão 3.6b) e Microsoft Excel 2010.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2011 à 2015, foram notificados 226 casos novos de hanseníase no município de Ariquemes-RO, sendo maior prevalência para sexo masculino, em comparação ao sexo feminino, com 54,87% (124 casos) e 45,32% (102 casos), respectivamente (gráfico 1).

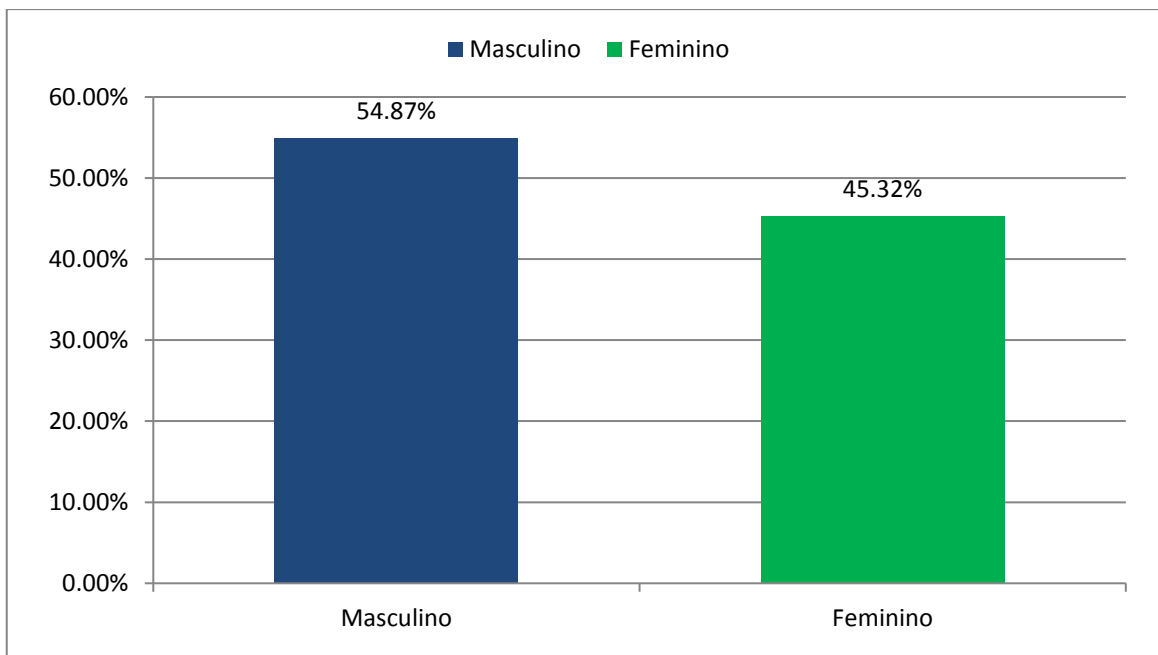


Gráfico 1 - Distribuição por sexo de casos novos diagnosticado com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

Em relação a maior prevalência no sexo masculino pode-se dar pelo fato dos homens possuírem maior risco de exposição, principalmente por ter maior contanto social e menor preocupação com o corpo e a estética em relação com a mulheres. Além das mulheres participar ativamente de consultas de rotina, por este motivo em alguns estudos as mulheres obter maior predomínio. (LIMA et al., 2010; MELÃO et al., 2011). Silva et al. (2014), observou no seu estudo maior predominância no sexo feminino, apresentado 58,5%, também notado por Santos, Castro e Falqueto (2008), com 51,50 % para o sexo feminino e 49,9% para o masculino. Por outro lado Vieira et al (2008), Miranzi et al. (2010) e Oliart-Guzman et al. (2011), em seus estudos observaram maior índice em homens em relação as mulheres, conforme observado neste estudo. De acordo com relatório OMS, a

hanseníase na maior parte do mundo o sexo masculino é mais afetado do que as mulheres, embora a doença atinja ambos os sexos, porém não deve considerar a predominância masculina universal. (BRITO et al., 2014).

Na avaliação da raça/cor, os pardos foram o que apresentou maior índice dos casos, com 45,13%, seguidos pelos brancos com 41,19%. Os amarelos apresentaram a menor proporção dentre os casos quando comparada às outras, conforme é notado no gráfico 2.

Barbosa, Almeida e Santos (2014), em seu estudo realizado no estado do Maranhão, observaram 52,57% dos indivíduos eram pardos, 17,61% brancos e 15,85% pretos. Os amarelos e indígenas representaram, respectivamente, 2,01% e 0,38%. Já Batista et al. (2011), em seu estudo houve maior predominância da cor branca com 53,4%, seguida pelos pacientes da cor negra com 31,5%, com menor perceptual da cor parda com 15,1%.

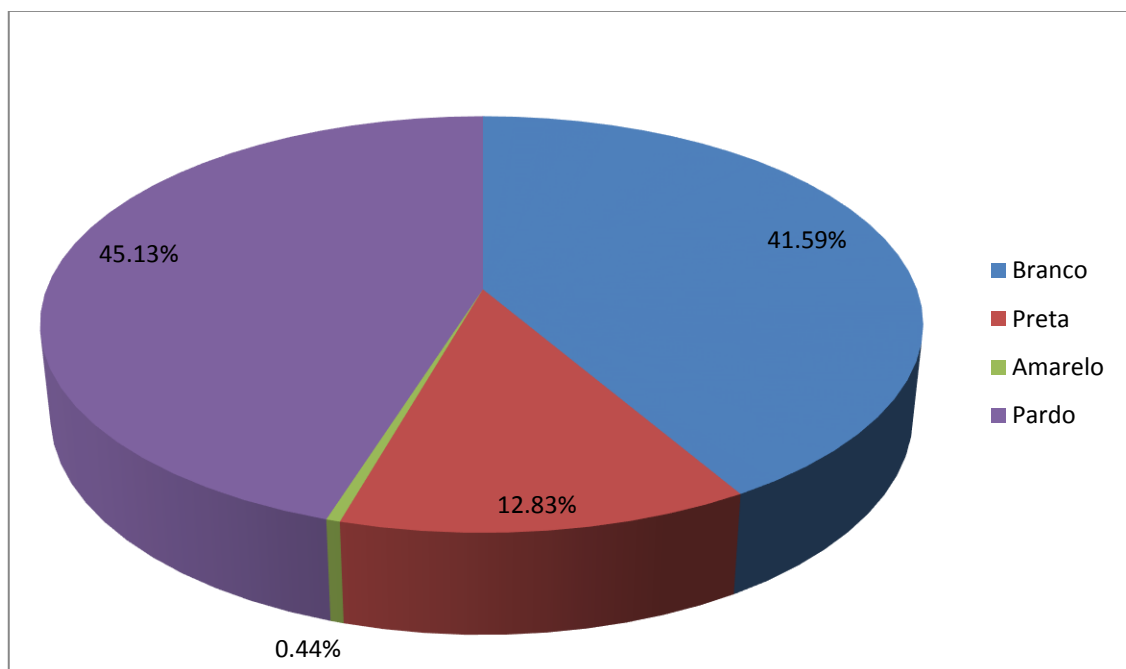


Gráfico 2- Distribuição por raça/cor de casos novos diagnosticado com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

Foram avaliadas as seguintes faixas etárias, a saber: 05 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e >80 anos. Como é demonstrado no gráfico 3, a faixa etária com maior número de casos foi entre 30 e 39 anos e 40 a 49 anos, com 22,57% e

21,68% do total, respectivamente. As faixas etárias de 20 a 29 anos e a de 50 a anos demonstraram 12,83% e 14,60%, respectivamente dos casos. A menor prevalência foi registrada em pacientes de 5 a 9 anos e de >80 anos de idade, ambas com 1,77%. Estudo semelhante, conduzido por Barbosa et al. (2014) apresentou uma maior prevalência na faixa etária de 20 a 39 anos de idade (33,95%), a segunda maior prevalência se deu em indivíduos entre 40 e 59 anos (31,22%). Ainda no gráfico 3, podemos observar que a faixa com maior produção econômica (20 a 59 anos), representou 71,68 % dos casos. Já a faixa de menores 15 anos, representou um total de 7,52 %.

De acordo com a literatura a hanseníase é encontrada com menor frequência em menores de 15 anos, pelo fato de seu longo período de incubação que varia em média de dois a sete anos, havendo um aumento no número de caso com evolução da idade, por outro lado o alto número de casos em menores de 15 anos é indicativo de aumento de portadores bacíferos sem tratamento na região, ou seja, são comuns em regiões endêmica, mostrado falhas nas ações de controle da doença. (PAES, SANTOS, PENHA, 2010; FILHO, 2012; LIMA et al., 2010, LANZA et al., 2012.).

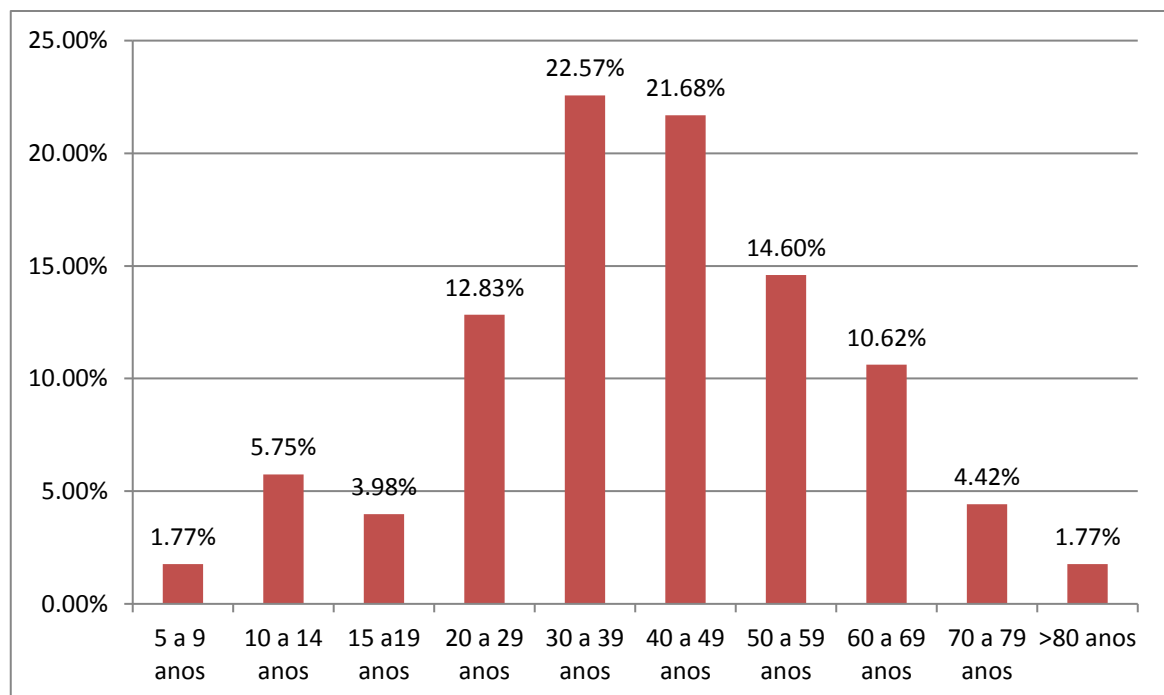


Gráfico 3 - Distribuição por faixa etária de casos novos diagnosticado com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

Em relação a escolaridade dentre os casos, foram encontrados que maior parte possui ensino fundamental incompleto com 71,85% e cerca de 12,85% (29 casos) correspondem aos analfabetos. A distribuição dos casos em pacientes com maior grau de instrução foi 18,19%, sendo que 4,42 % correspondem pacientes com ensino superior incompleto e completo e o restante (13,27%) ao ensino médio completo, conforme apresentado no gráfico 4.

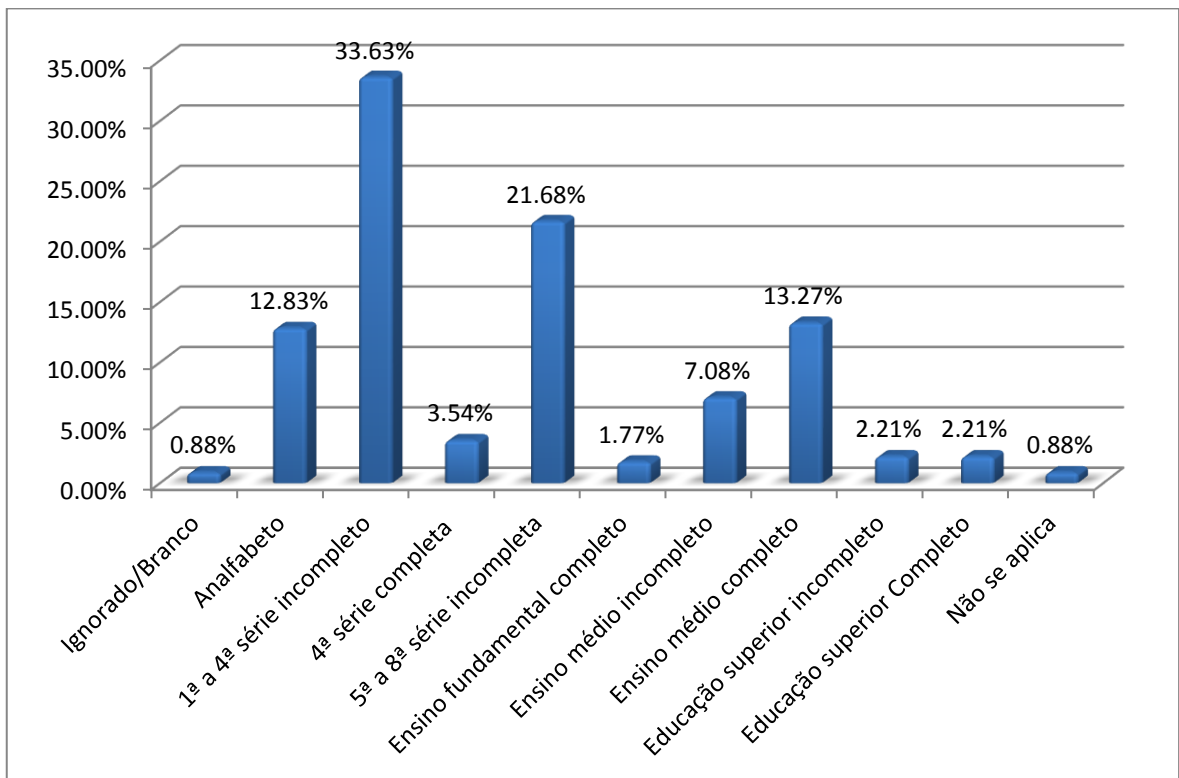


Gráfico 4 - Distribuição por escolaridade de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: Xinane, AGEVISA /RO (2016).

Na zona de residência 73% (165) dos casos são da zona urbana e 24,42% (51 casos) são da zona rural, conforme demonstrado no gráfico 5. Pinto et al. (2010), notou maior índice de casos na zona urbana com 63,3% e já a zona rural representou 6,3%. Segundo Monteiro et al. (2013), o fato do alto totalidade residir na zona urbana proporciona, pelo menos em tese, melhores condições para acesso aos serviços de saúde.

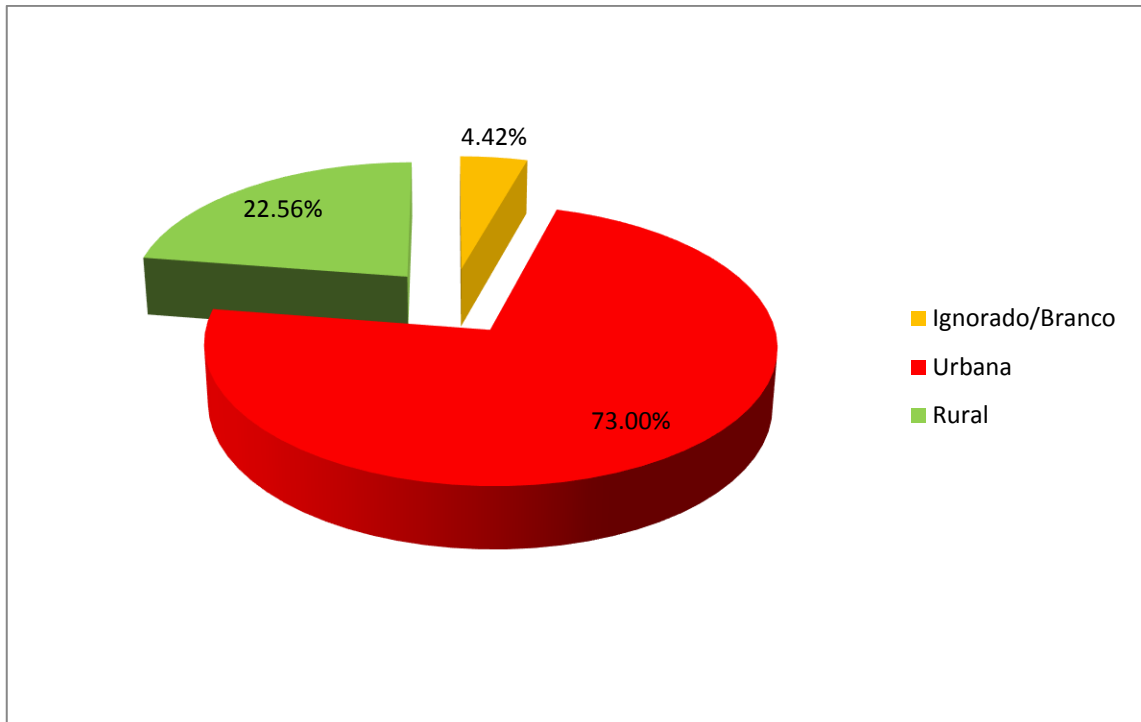


Gráfico 5 - Distribuição por residência de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

Em conformidades com as projeções nacionais é possível observar que a hanseníase atingi a população residente em zona urbana, com atividade econômica ativa, o que pode proporcionar grande prejuízo econômico, devido a doença apresentar alto grau de incapacidade e com escolaridade inferior ao ensino médio (LANZA et al., 2012; SOUZA et al, 2013). Salienta-se que baixa escolaridade da população, é um reflexo dos aspectos sociais e econômicos precários, que influenciam no acesso aos serviços de saúde e na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de contribuir na falta de conhecimento ou informações sobre os sinais e sintomas e na dificuldade de adesão ao tratamento da doença, muitas vezes com medo de preconceito e rejeição, ou até mesmo por dificuldade no entendimento do tratamento. (SANTOS; CASTRO, FALQUETO, 2008; JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Em relação a classificação operacional dos pacientes com hanseníase no município de Ariquemes-RO, observa-se que não houve uma diferença significativa entre as formas (Multibacilar e Paucibacilar), porém predominou Paucibacilar, com 53,09 %, tendo com características na fase inicial da doença (120 casos). Como podemos observar no gráfico 6, a diferença da Paucibacilar

em relação Multibacilar, com 46,90% (106 casos), foi de 6,19%, ou seja, apesar de esta tendo diagnósticos na fase inicial da doença, ainda demonstra diagnósticos tardio.

Segundo as literaturas a forma MB, são considera a principal fonte infecções e são os mais susceptíveis ao adoecimento. O alto número de MB é indicativo de diagnóstico tardio. (LANA; AMARAL; SALDANHA, 2008; SOUZA, et al., 2013). A classificação operacional é importante para define o esquema terapêutico.

Simpson, Fonsêca e Santos (2010), em seu estudo encontraram maior predominância da classificação PB, também observado por Lastória e Putinatti (2004) e Monteiro et al. (2013). Já Lana, Carvalho e Davi (2011), encontraram maior números de casos Multibacilares, diferentemente observado neste estudo e concordado com outras literaturas.

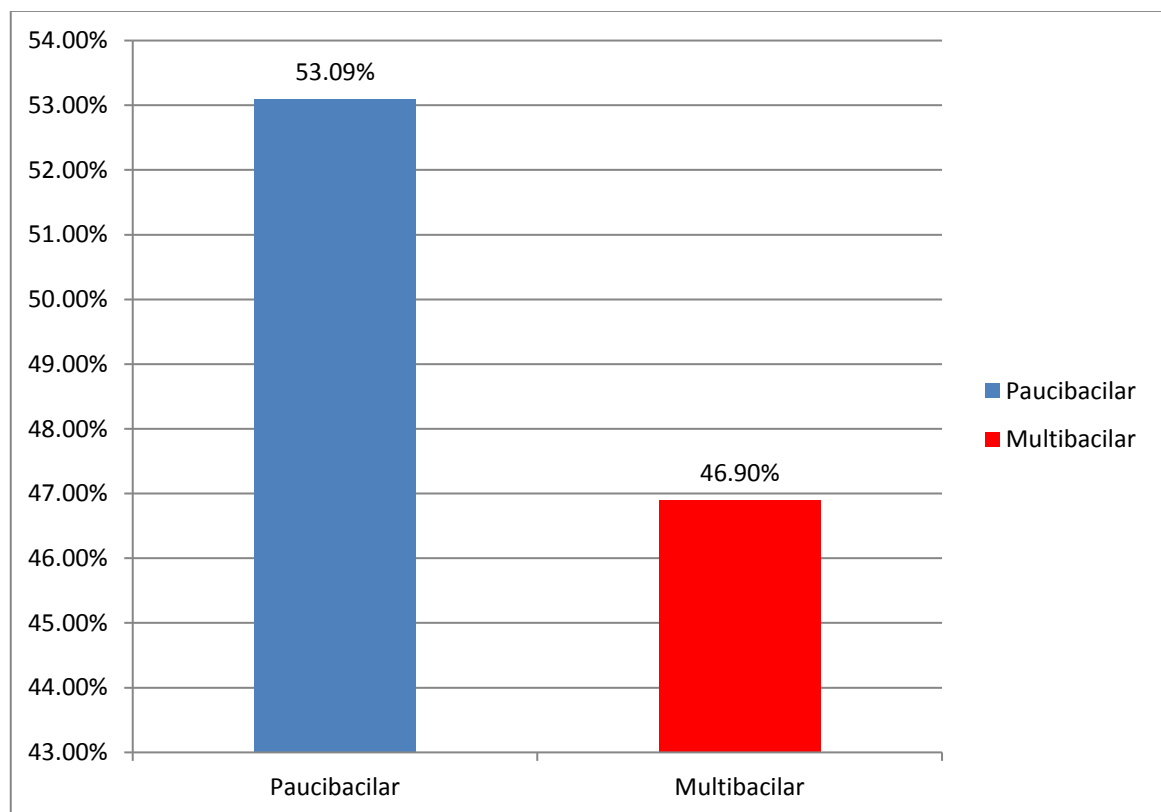


Gráfico 6 - Distribuição por classificação operacional de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

Quando analisamos a distribuição segundo a forma clínica, foi evidenciado uma predominância da forma clínica Tuberculóide com 38,05% (86 casos), seguido pela forma Diforma com 31,86% (72 casos), conforme e observando no gráfico 7. A forma Virchowiana e Indeterminada ambas apresentaram 15,4 % dos casos.

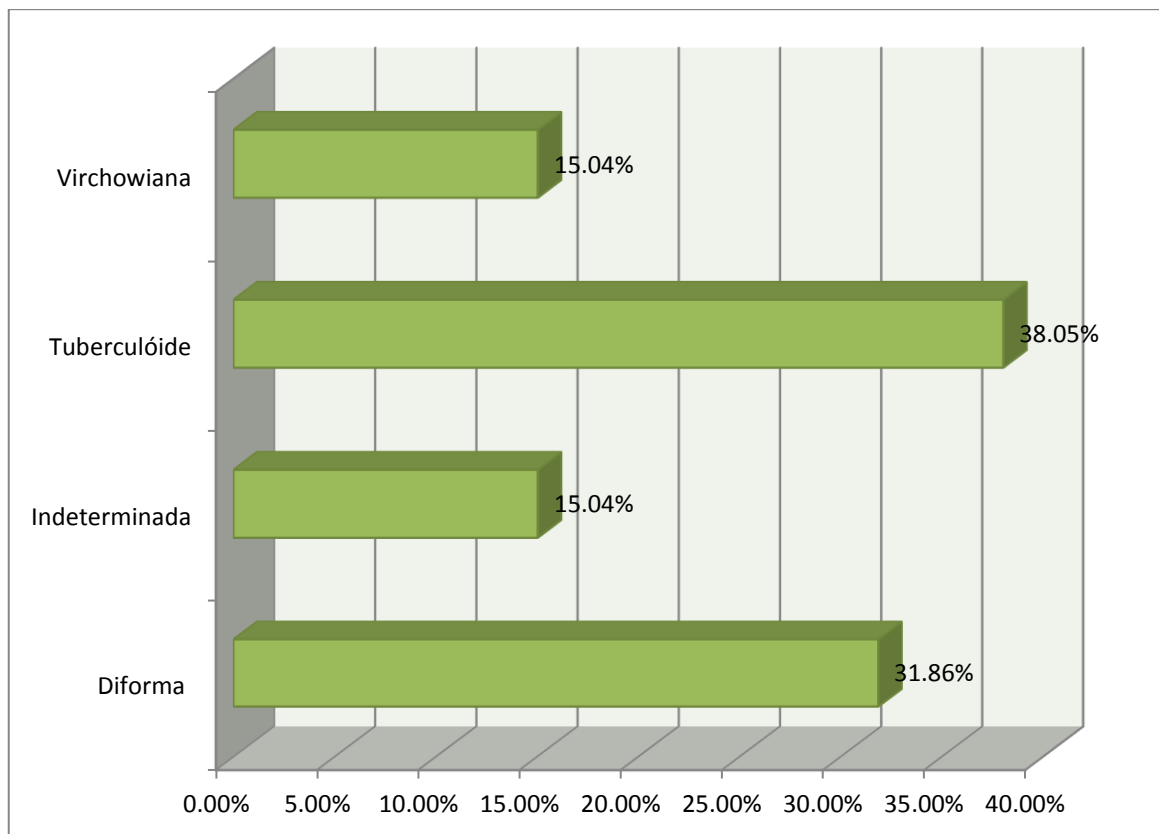


Gráfico 7 – Distribuição por forma clínica de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

A forma Diforma e Virchowiana, apresentam alto poder de transmissibilidade e elevado índice de incapacidade física. Já forma Intederminada e Tuberculoide são caracterizadas na fase inicial, onde o próprio sistema imune poder desencadear a cura ou a evolução para fase polarizada. A forma HI e HT, é frequentemente vista em regiões endêmica ou hiperendêmica. (JÚNIOR, VIEIRA, CALDEIRA, 2012; ROMÃO, MAZZONI, 2013; MACIEL, 2013; NETO et al., 2010)

A maior predominância forma HT, mostra um possível diagnóstico precoce, porém após a evolução da fase inicial da doença, no entanto não ouvem

evolução para fases polarizadas. Bastista et al. (2011), em seu estudo relatou que o diagnóstico foi feito após a evolução inicial da doença, porém antes da evolução para as formas Multibacilares, sendo observado neste estudo. Porém a baixa porcentagem de forma Indeterminada e o alto perceptual de Dimorfa, permitir supor que o diagnóstico na fase inicial ainda não está muito eficiente, ou seja dificuldade na quebra da cadeia de transmissão da doença.

Na análise do grau de incapacidade no diagnóstico durante o período de 2011 à 2015 (gráfico 8), verificou-se que dos 226 casos notificados, 99,56% (225 casos) foram avaliados, deste 80,44% representou a de grau 0. 18,55% dos pacientes diagnosticados apresentaram incapacidade (I e II), sendo que 8,50% correspondem a de grau II, considerado médio (5 a 9,9%), segundo os indicadores epidemiológicos propostos pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009). Segundo critério MS, o grau 0 é quando não há comprometimento, grau I que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade e grau II, que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagofalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entres outros. (SOBRINHO et al., 2007).

No estudo de Pacheco et al. (2014), quanto ao GIF no diagnóstico, 33 pacientes (57,89%), apresentaram GIF 0, 17 pacientes (29,82%) apresentaram GIF 1 e 7 pacientes (12,28%) GIF 2, ou seja, dos referidos casos 24 pacientes (42,1%) apresentaram alguma alteração quanto ao grau de incapacidade.

Já na avaliação do grau de incapacidade momento da cura (gráfico 8), foi de 81,63% (200 casos), deste 79% (158 casos), apresentaram grau 0. Os pacientes que apresentaram incapacidade (I e II), foi de 21 % (42 casos), em relação período entre o diagnóstico e a alta, teve aumento 2,45%, ou seja, não apresentou melhora. Essa circunstância encontrar-se como possivelmente condicionada pelo diagnóstico tardio das neuropatias, ou pela fragilidade das ações de prevenção de incapacidades. Como podemos observar no (gráfico 8), 18, 36% (45 casos), não foram avaliados, o que torna preocupante pelo fato de não sabe a condição na qual estes pacientes apresentaram no momento da cura, o que reafirma falhas no acompanhamento e na frequência avaliação neurológica nestes pacientes.

No modo geral evidenciou-se que houve piora no grau de incapacidade físicas no momento do diagnóstico e em comparação a alta. Monteiro et al. (2014), em seu estudo realizado em um município de Norte do Brasil, observou-

se que entre o momento do diagnóstico e da alta da poliquimioterapia, houve piora do grau em 19 (6,7%) pessoas, e outras 19 (6,7%) permaneceram com o mesmo grau, outras 25 (8,5%) tiveram melhora das incapacidades de grau 1 e/ou 2 para grau 0.

Já Gonçalves, Sampaio e Antunes (2009), na comparação entre o grau de incapacidade na admissão e na alta, percebeu-se melhora importante com predominância da evolução para o grau zero de incapacidade. A maioria dos pacientes melhorou ou manteve-se no mesmo grau de incapacidade quando do diagnóstico.

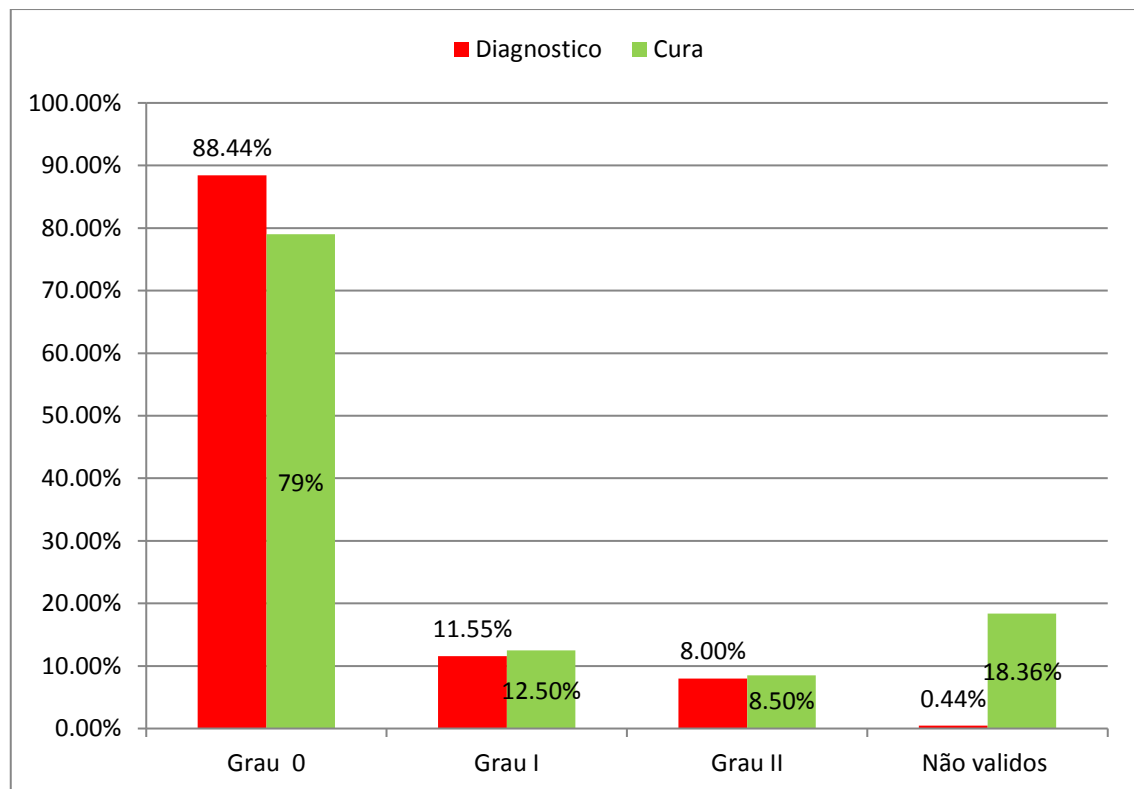


Gráfico 8 - Distribuição da avaliação de grau de incapacidade no momento de admissão e da alta no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

A distribuição do modo de entrada (Tabela 1) 83,70%, foram representados por casos novos. Destes, 90,26% (204 casos) foram descobertos através de detecção passiva (encaminhamentos e demanda espontânea), contra apenas 8,85% (20 casos) nas formas ativas (exame de contatos e de coletividade), conforme distribuindo gráfico 9. Em relação ao modo como o

usuário saiu do serviço de saúde (tabela 1), 234 (95,51%), mostrando a efetividade do tratamento PQT e o abandono representou 2,86% (7 casos), considerado bom segundo o MS (<10), evidenciando a qualidade na atenção e no acompanhamento dos casos novos. Segundo Souza et al. (2013), óbito por complicações hanseníacas é um fato raro, pelo fato de ter tratamento e cura, o que foi reafirmado neste estudo.

Tabela 1- Distribuição por motivo de entrada e saída dos pacientes diagnosticados com hanseníase do período de 2011-2015.

Variável	N	%
Modo entrada		
Casos novos	226	83,70
Transferência	12	4,44%
Recidiva	4	1,48%
Outros ingressos	28	10,37%
Total	270	100%
Modo de saída		
Branco	3	1,22%
Cura	234	95,5%
Transferência	1	1%
Óbito	0	0%
Abandono	7	2,86%
Total	245	100%

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

Silva, Toletto e Gelatti (2015), em seu estudo realizado em Uruaçu-GO, observou no modo de detecção, que 61% dos casos, foram por demanda espontânea, 28 % dos casos sob forma de encaminhamento e 2% através de exame de coletividade. Já Pinto et al. (2011) e Melão et al. (2011), observaram maior admissão através de encaminhamento, conforme observado neste estudo (gráfico 8).

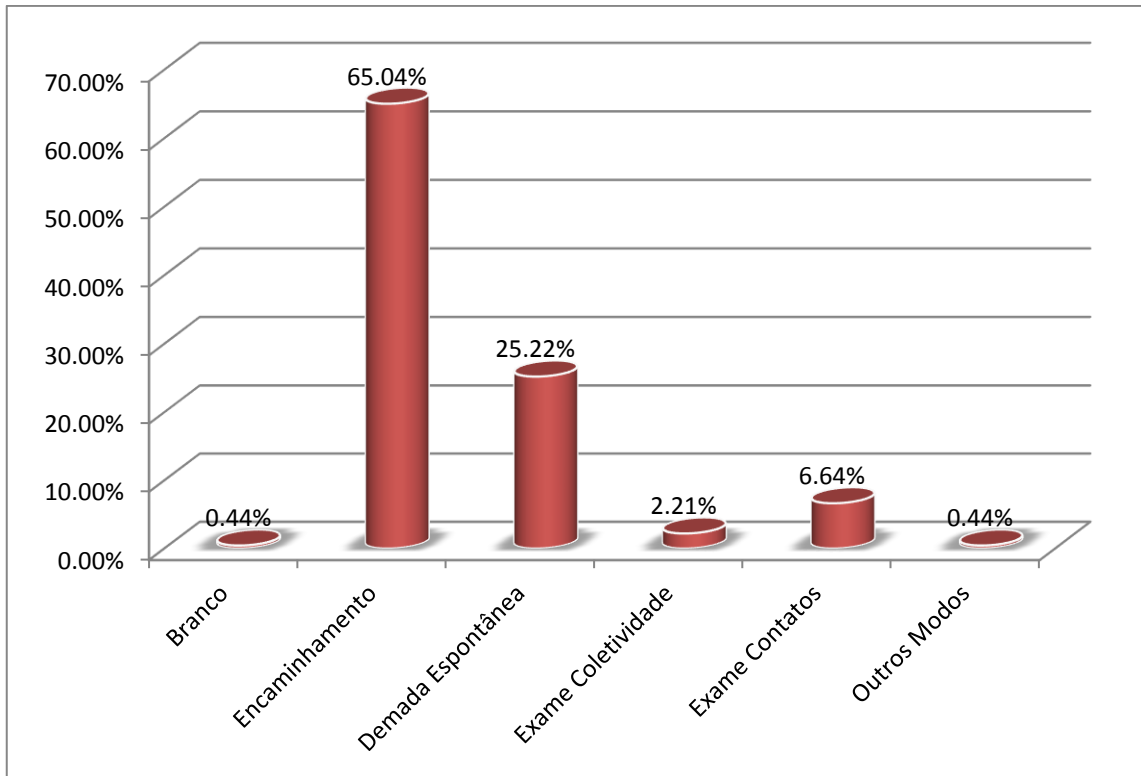


Gráfico 9 - Distribuição por modo de detecção de casos novos diagnosticados com hanseníase no município de Ariquemes-RO, no período de 2011 à 2015.

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016).

O número de contato registrado (Quadro 1), neste período de 2011 a 2015, foram 538 casos, sendo deste 89,6% (484 casos), foram examinados. O contato examinado é considerado um parâmetro importante para avaliar a capacidade do serviço de saúde em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase aumentando a detecção oportuna de casos novos. Segundo parâmetro do MS, o exame de contatos examinados foi considerado regular ($\geq 75\%$ a 89,99%).

Tabela 2 - Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados nos anos da coorte no município de Ariquemes entre os anos de 2011-2015.

Contatos registrados	538
Contato examinados	484
% contato examinados	89,6%

Fonte: SinanNet, AGEVISA /RO (2016)

CONCLUSÃO

Ao traçarmos o perfil dos doentes de hanseníase no município de Ariquemes-RO tentamos colaborar com o enfrentamento da doença e cooperar para que os gestores tracem metas e organizem planejamento de ações de controle para eliminar a doença. O presente estudo evidenciou as características clínico-epidemiológica dos pacientes com hanseníase os seguintes perfis: maior incidência no sexo masculino, predominando na faixa economicamente ativa, nos de cor parda, residentes na zona urbana, com baixo nível de escolaridade, prevalência da forma clínica Tuberculóide, classificação operacional Paucibacilar e elevada taxa de cura. Notou-se maior predominância de Grau Zero de incapacidade física no diagnóstico, sendo possível observar piora GIF no momento cura entre os GIF I e II. Além disso 18,36% dos pacientes não foram avaliados o GIF no momento da cura, em tese pode-se se aventar dificuldade no acompanhamento e ou na frequência avaliação neurológica nestes pacientes.

Conclui-se que apesar de apresentar diagnóstico precoce, ainda possui alto número de diagnóstico tardio, ou seja, não se tem atuado tão eficientemente na perspectiva de prevenir a cadeia de transmissibilidade na comunidade. Sendo assim é de suma importância a inserção de vários profissionais no controle das doenças negligenciadas, exclusivamente o profissional de farmácia, para que possa contribuir no controle e prevenção desta doença para fim de eliminar esta enfermidade como impactante problema de saúde pública. Este estudo reforça a importância da realização de pesquisas regionais, para conhecer melhor da doença a nível local e trazer contribuições nas ações de controles e prevenção.

REFERÊNCIA

ARAUJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, MG, v. 36, n. 3, p.373-382, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 março 2016.

ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. **Hanseníase: avanços e desafios**. NESPROM/Unb: Brasília, DF, 492 p., 2014. Disponível em: <<http://www.tecsoma.br/Janeiro2015/Hanseniasse%20Avan%C3%A7os%20e%20Desafios-colorido.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.

AQUINO, D. M. C. de et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, MG, v. 36, n. 1, p. 57-64, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 agosto 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Leprosia. Manual de leprologia. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Leprosia Brasil, p.11, 1960.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle da Hanseníase na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 86, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 89, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniasse.pdf>. Acesso em: 30 março 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação- Rondônia. Brasília, DF: Ministério da

Saúde, 2. d., 24p., 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_snvs_ro_2ed.pdf>. Acesso em: 29 setembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_1120_P.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2ª d., 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 72 p., 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Como ajudar no controle da hanseníase?. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 60 p., 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2ª d., n. 21, p.199, 2008 c. disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 27 setembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 125 de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20p., 2009. Disponível em: <<http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/PORTARIA%20N>

%C2%BA%20125%20SVS%20SAS%2C%20DE%2026%20DE%20MAR%C3%87
O%20DE%202009.pdf >. Acesso em: 07 novembro 2016

_____. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 44 p. 2010a. disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniose.pdf>. Acesso 20 abril 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3125 de 7 de Outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 35p., 2010b. Disponível em: <
http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseniose_2010.pdf> Acesso em: Acesso em: 11 março 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase. Brasília DF: Ministério da Saúde, 1 ed. 54p., 2010c. disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_cortico_steroides_hanseniose.pdf>. Acesso em: 22 abril 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação- Rondônia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5 d., 35p., 2011. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_ro_5ed.pdf>. Acesso em: 29 setembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 44, n. 11, p. 11, 2013. Disponível em: <
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--11----Hanseniose.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2016.

____. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Descrição da doença. Porta da saúde, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseniose/11294-descricao-da-doenca>>. Acesso em: Acesso 20 março 2016.

____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase. Portal Brasil, 2014b. disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-hanseniose>>. Acesso em: 24 setembro 2016.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.812, 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf> . Acesso em: 27 setembro 2016.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. IBGE, 2016a. disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>>. Acesso em: 30 março 2016.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. 58 p. disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniose-4fev16-web.pdf>>. Acesso 25 agosto 2016.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. IBGE, 2016c. disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=110002>> . Acesso em: 23 setembro 2016.

Bíblia Sagrada: Antigo e Novo testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2ª.Edição. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993, p. 80-83.

BATISTA, E S. et al. Perfil sócio- demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-106, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acesso: 11 abril 2016.

BARBOSA, D. R. M; ALMEIDA, M. G.; SANTOS, A. G. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 4, p. 347-356, dec. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/89579>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2011. **Revista Rede de Cuidado em Saúde**, v. 8, n.1, p.1-13, 2014. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rccs/article/view/1983/1090>>. Acesso em 23 outubro 2016.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Rev. Virtual Quim.** v. 4, n.3, p. 247-25, 2012. Disponível em: <<http://rvq.s bq.org.br/index.php/rvq>>. Acesso 28 outubro.

BEIGUELMAN, B. Genética e hanseníase. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, SP, v.7, n.1, p.117-128, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso 02 Novembro 2016.

BRITO, K.K.G. et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, PE, v.8, n.8, p. 2686-93, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/./9990>>. Acesso em: 28 outubro 2016.

CAVALIERE, I. Hanseníase na história. FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7>>. Acesso em 20 março 2016.

CAVALIERE, L. A. I.; NASCIMENTO, do R. D. Depoimento orais sobre a repercussão da mudança do termo “lepra” para hanseníase. **Oralidades**, v. 2, n. 4, p. 111-127, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/oralidades/article/viewFile/107045/105610>>. 15 maio 2016.

CUNHA, V. S. O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17n4/06.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2016.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, SP. v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abril 2016.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: a história de um problema de saúde pública. Universidade de Santa Cruz do Sul- U N I S C. p. 88, 1997. Disponível em: <<http://btd.unisc.br/Dissertacoes/AnaZoe.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2016.

CPPI. Centro de produção e pesquisa de imunobiológicos. Antígeno de Mitsuda para intradermoreação. CPPI, Piraquara, PR, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CPPI/bulas/ag_mitsuda.pdf>. Acesso em: 18 outubro 2016.

DEPS, D. P. Como o *Mycobacterium leprae* é transmitido? **Hansen Int.**, 2001, vol. 26 (1): 31-36 p.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP. v. 15, n. spe, p. 774-779, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Maio 2016.

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. **Saude soc.**, São Paulo, SP, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2016.

FILHO, R. C.S. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Irecê-Bahia, período 2001 a 2011. (Monografia) - Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)), Salvador, BA, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8105>>. Acesso em: 28 outubro 2016.

GONCALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 267-274, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Novembro 2016.

GINZBURG, C. **História nortuna: decifrando o sabá**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

JUNIOR, A. F. R.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em um cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 272-277, 2012. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>. Acesso em: 24 de setembro de 2016.

LANA, F. C. F. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de arauaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 outubro 2016.

LANZA, F. M. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. **REUFMS**, Minas Gerais, MG, v.2, n.2, p. 365-374, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925343>. Acesso em: 29 setembro 2016.

LASTORIA, J.C.; ABREU, M.A.M.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn. Tratamento**. v. 17, n. 4 p. 173-179, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>. Acesso em: 23 setembro 2016.

LASTORIA, J. C.; PUTINATTI, M. S. M. A. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. **Hansen int.** v.29, n. 1, p. 6-11, 2004. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/hansenint/v21aov29/2004/PDF/v29n1/v29n1a01.pdf>. Acesso em: 07 novembro. 2016

LASTORIA, J. C.; MACHARELLI, C. A.; PUTINATTI, M. S. M. A. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, SP, v. 28, n. 1, 2003. Disponível em

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2016.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em centros de saúde em São Luis, MA. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Luis, MA, V.8, N. 4, p. 323-327, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>>. Acesso em: 12 março 2016.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400817&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 agosto 2016.

LUNA, T.L. et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. bras. enferm.** Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 983-990, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso 12 março 2016.

MACIEL, L. B. Frequência do gênero dos pacientes com hanseníase em relação à baciloscopia nos municípios do estado do Espírito Santo. (Monografia)- centro da ciência da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2013. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_6620_LEO%20FINAL%20corre%E7%E3o%201.pdf>. Acesso em: 28 outubro 2016.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, MG. v. 44, n. 1, p. 79-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2016.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município de brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 43, n.1, p. 62-67, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1>>. Acesso em: 25 outubro 2016.

MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ. v. 29, n.5, p. 909-920, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500009>. Acesso em 01 novembro 2016.

NASCIMENTO, H. B. lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941). Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFMT. 178p. 2001. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/historiadahansenia/se/media/DissertacaoNascimento.pdf>>. Acesso 19 maio 2016.

NETO, F. R. G. X. et al. Epidemiologia da hanseníase no município de Caribé-Ceará, 2001 a 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 04, n., p.829-842, 2013. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/480/pdf_1>. Acesso em: 02 novembro 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Guia técnico sobre reabilitação baseada na comunidade e hanseníase: atendendo as necessidades de reabilitação de pessoas afetadas pela hanseníase e promovendo. OMS/ILEP, 2007.

_____. Organização Mundial da Saúde. Boletim epidemiológicos. Genebra: Organização Mundial da Saúde, n. 35, p. 85, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2010/wer8535.pdf> >. Acesso em: 25 setembro 2016.

_____. Organização mundial da saúde. Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais: Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. OMS, 2012, p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/primeiro_relatorio_oms_doencas_tropicais.pdf>. Acesso em: 18 setembro 2016.

_____. Organização Mundial de Saúde. Lepra. OMS/ Centro de Mídia, 2016b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>>. Acesso em: 02 setembro 2016.

_____. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global para Hanseníase 2016–2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Organização Mundial da Saúde p. 21, 2016b, Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 14 setembro 2016.

OLIVEIRA, K. S. et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 507-516, 2015. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2016.

OPROMOLLA, D.V. **Atlas de Hanseníase**. Instituto Lauro de Souza Lima: Bauru, 2002.

OBADIA, D.L.; VERARDINO, G.; ALVES, M. F.G.S. Hanseníase: correlação clínico-histopatológica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.10, n. 1, p. 20-23, 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=133>. Acesso em: 26 setembro 2016.

Oliart-Guzman, H. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Assis Brasil, Acre, no período de 2003 a 2010.

Hansen. Int. v. 36, n.1, p: 39-45, 2011. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11561>. Acesso em: 06 novembro 2016.

PACHECO, M. A. B.; AIRES, M. L. L.; SEIXAS, E. S. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 23-30, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/690/602>>. Acesso em: 02 novembro 2016.

PAES, A. L. V. et al. Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hanseníase. **Revista Paraense de Medicina**, v. 24, n. 3/4, p. 29-33, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n3-4/a2341.pdf>>. Acesso em: 27 outubro 2016.

PINTO NETO, J.M. et al. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. **Hansen. Int.**,v. 27, n.1, p. 23-28, 2002. Disponível em:< http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10618#>. Acesso em: 20 abril 2016.

PINTO, R. A. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Rev B.S.Publica**, v.34, n. 4, p. 906-918, 2010. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/82>>. Acesso em 31 outubro 2016.

QUINTAS, V. G. et al. Achados fonoaudiológicos na hanseníase: considerações teóricas. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** São Paulo, SP, v. 14, n. 4, p. 560-564, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril 2016.

Rondônia. Governo do Estado de Rondônia. Agência Estadual de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Agevisa realiza oficina preparatória para combater hanseníase, verminose e tracoma em 24 municípios de Rondônia. Porto velho: AGENVISA, 2015. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/2015/08/77344/>>. Acesso em: 25 setembro 2016.

RIBEIRO, G. C. Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais. Escola de Enfermagem da UFMG: Belo Horizonte, MG, p. 123, 2012. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/721M.PDF>>. Acesso em: 19 maio 2016.

RODRIGUEZ, B. Problema persistente: Prevalência cai, mas Brasil é o único no mundo que não conseguiu eliminar propagação da doença. **Revista Radis/ FRIOCRUZ**, n.150, 36p., 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_150.pdf>. Acesso 2 outubro 2016.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3344>>. Acesso em: 03 novembro 2016.

SCOLLARD, D.M. et al. The Continuing Challenges of Leprosy. Clin. **Microbiol. Rev.**, 2006, vol.19 (2): 338-381 p.

SA, M. B.; SIQUEIRA, V. H. F. Hanseníase, preconceito e parrhesia: contribuições para se pensar saúde, educação e educação em saúde. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru, SP, v. 19, n. 1, p. 231-247, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2016.

SANTOS, L. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Rev. bras. estud.**

popul., São Paulo, SP, v. 25, n. 1, p. 167-190, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 11 Maio 2016.

SANTOS, C. L. **Avaliação do usuário no período pós-alta da hanseníase: utilização das escalas SALSA e participação social.** Dissertação [Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde]. Porto Velho: Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2014. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.unir.br/downloads/5128_2___dissertacao_cleidilene_luiza_dos_santos.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2016.

SANTOS, A.S.; CASTRO, D.S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v, 61, p. 738-743, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf>>. Acesso em: 28 agosto 2016.

SILVA, E. O. et al. Perfil epidemiológico e clínico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contatos no município de cacoal no período de 2009 a 2013. **FACIMED**, Cacoal-RO, 2014. Disponível em: <<http://www.facimed.com.br/site/revista/?onChange=Ler&ID=69>>. Acesso em 23 outubro 2016.

SILVA, M. N.; TOLEDO, J. B.; GELATTI. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-GO. **Revista Eletrônicas de Ciências Humanas, Saúde e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 18-28, 2015. Disponível em: <<http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/75/116>>. Acesso em: 07 novembro 2016.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C. Perfil dos doentes de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansen. Int.** v. 35, n.2, p. 33-40, 2010. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244#>. Acesso em: 02 novembro 2016.

SOBRINHO, R. A. S. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1125-1130, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Novembro 2016.

SOUZA, V.B. et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p.110-116, 2013. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2641/pdf>>. Acesso em 29 setembro 2016.

SOUZA, CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 325-334, 1997. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniase_formas_clinicas_diagnostico_diferencial..pdf>. Acesso em: 24 março 2016.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. bras. enferm.** Brasília, DF, v. 61, n. spe, p. 682-688, Nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de abril 2016.

ANEXO I

FICHA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE HANSENIASE SINAN BRASIL

ANEXO II

PORTARIA Nº 149, DE FEVEREIRO DE 2016

ANEXO III

CARTA DE ANUÊNCIA

ANEXO IV

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – TCLE**

ANEXO V

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE
PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA**

ANEXO VI

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP