

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR NO PERÍODO DE 2010 A 2016

BRAGANHOLI, Thauana<sup>1</sup>

GRIEP, Rubens<sup>2</sup>

CAVALLI, Luciana Osório<sup>3</sup>

## RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica que tem por agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, esse bacilo é responsável por infectar uma grande quantidade de indivíduos. Essa doença atinge principalmente pele e nervos periféricos, causando incapacidades físicas. Se trata de uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo o território nacional. Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo epidemiológico de natureza quantitativa. Os dados estudados compreenderam notificações dos casos de hanseníase da cidade Cascavel entre os anos de 2010 e 2016. As variáveis utilizadas para esse estudo foram Perfil Sócio Demográfico da População Estudada, Classificação Operacional, Forma Clínica, Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico, Exame Baciloscópico, Esquema Terapêutico Inicial, Episódios Reacionais Durante o Tratamento e Desfecho Terapêutico.

**PALAVRAS-CHAVE:** hanseníase; epidemiologia; doença dermatológica.

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH HANSENÍASE IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL-PR IN THE PERIOD FROM 2010 TO 2016

## ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease that has the etiological agent *Mycobacterium leprae*, this bacillus is responsible for infecting a large number of individuals. This disease mainly affects the skin and peripheral nerves, causing physical incapacities. It is a compulsory notification disease and mandatory research throughout the national territory. This research was characterized as a quantitative epidemiological study. The data used included reports of leprosy cases in the city of Cascavel between 2010 and 2016. The variables used for this study were the Socio-Demographic Profile of the Population, Operational Classification, Clinical Form, Physical Impairment in the Diagnosis, Bacilloscopic Examination, Initial Therapeutic Outline, Reactions During Treatment and Therapeutic Outcome.

**KEYWORDS:** leprosy; epidemiology; dermatological disease.

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica que tem por agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, esse bacilo é responsável por infectar uma grande quantidade de indivíduos, porém poucos são os que adoecem. Essa doença atinge principalmente pele e nervos periféricos, causando incapacidades físicas. Se trata de uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo o território nacional (BRASIL, 2014).

Os casos diagnosticados têm por obrigatoriedade a notificação, utilizando a ficha de notificação e investigação do SINAN (Sistema de Informação de Notificação e Agravos). O fluxo

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Medicina da FAG. E-mail: [thau99\\_braganholi@hotmail.com](mailto:thau99_braganholi@hotmail.com)

<sup>2</sup> Orientador, Professor do Curso de Medicina da FAG, Doutorando em Saúde Coletiva UEL, [rgriep@gmail.com](mailto:rgriep@gmail.com)

<sup>3</sup> Coorientadora, Professora do Curso de Medicina da FAG, Doutoranda em Saúde Coletiva UEL, [losoriocavalli@yahoo.com](mailto:losoriocavalli@yahoo.com)

de informações deverá ser construído através da atualização do sistema de informações e do envio de dados. Todos os casos detectados devem ser notificados através da ficha de notificação, a qual deve ser enviada toda semana para a Secretaria Municipal de Saúde (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) tem por estratégia integrar os diagnósticos e o tratamento da doença na atenção básica, sendo assim o programa saúde da família faz parte da rede de atendimento ao paciente, facilitando o acesso, diagnóstico e tratamento da doença (LIMA *et al*, 2010).

A Portaria nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000, que se refere ao controle e eliminação de hanseníase, dispõe que a vigilância dos contatos é uma das principais medidas para detectar precocemente os casos, sendo assim devem ser considerados como contato intradomiciliar todas as pessoas que residam ou residiram nos últimos cinco anos com o doente, devem ser submetidos a exames e orientados quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da doença, assim como serem vacinados com duas doses da BCG-ID, com intervalo de seis meses entre as duas doses (NETO, 2002).

O MS fornece subsídios para que os profissionais de saúde se mantenham atualizados com os mais importantes conhecimentos para a abordagem do paciente, visando que ele possa contribuir para a eliminação da doença no país (BRASIL, 2002).

Assim, o objetivo desse artigo foi o levantamento do número de casos Hanseníase notificados de entre os anos de 2010 e 2016 na cidade de Cascavel, Paraná.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A atenção primária no Brasil, que está concentrado na Estratégia Saúde da Família (ESF), possui importante papel na modificação do modelo assistencial e consolidação das diretrizes do SUS. A ESF tem como princípios a abordagem, território definido, equipe de trabalho multidisciplinar, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo da participação social.

A Norma Operacional da Assistência a Saúde garante a universalidade e a descentralização da assistência a saúde, é responsável também, pela regulamentação e ampliação das responsabilidades municipais para o acesso igualitário dos usuários em todos os níveis de atenção a saúde. Dentro da atenção primária define como área estratégica a eliminação da Hanseníase. (NOAS/SUS 01/2001).

No Brasil a Hanseníase segue como um problema de saúde pública, sendo o segundo país com número absoluto de casos detectados em 2009 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As ações preventivas e o controle da doença se baseiam na detecção de novos casos precocemente, no

tratamento, na vigilância dos contatos familiares, na prevenção de incapacidades e na reabilitação. Para isso é necessário que as atividades de controle sejam descentralizadas na atenção primária, que nesse caso são as ESF's.

As práticas em saúde, independente do âmbito da atenção conta com distintos processos de trabalho, uma vez que as práticas são pré-definidas historicamente e são fruto das relações estabelecidas entre os diferentes agentes sociais. Dentro do processo de trabalho em saúde é necessário o desenvolvimento de instrumentos materiais e não-materiais, no caso da atenção primária é determinado pelo perfil epidemiológico de uma população, definindo o território de trabalho para que se possa produzir a assistência em saúde.

Sendo assim o trabalho em Hanseníase, tem por objetivo o trabalho com grupos ou indivíduos que possam estar doentes, sadios ou expostos aos riscos de contaminação. O trabalho em Hanseníase deve ser entendido como um processo contraditório e dinâmico, que conta com outras atividades do setor de saúde e da sociedade.

O sujeito portador da Hanseníase no espaço domiciliar percebe o estigma e o preconceito da doença e acaba por relacionar isso com a falta de informação necessária sobre a doença, o desconhecimento da cura e a não aceitação acabam por resultar em interferência no tratamento, o que leva a irregularidade e descontinuidade no tratamento (SIMÕES; DELELLO, 2005)

Por conta do preconceito evidenciado acaba modificando alguns aspectos na vida do portador como por exemplos: a mudança do comportamento social, que faz com que eles se isolem da sociedade e mantenham hábitos que evidenciam a baixa estima não apenas dentro do âmbito familiar, mas com amigos e colegas de trabalho (SIMÕES; DELELLO, 2005)

Dentre os pacientes acometidos pela doença, em sua maioria são de classe baixa, com baixo nível de escolaridade e pouco conhecimento sobre a doença, e isso evidencia também falta de conhecimento por parte dos profissionais, sobre os sinais e sintomas da doença, pois em uma grande parte dos casos o diagnóstico é tardio, o que pode causar sequelas irreversíveis no paciente (SANGI *et al*, 2009; SIMÕES; DELELLO, 2005).

O quadro clínico da Hanseníase é variado, podendo ser desde uma área hipopigmentada no qual a pele que se cura espontaneamente, até um grande dano dos nervos periféricos, como os olhos, músculos e outros tecidos causando deformidade e incapacidade.

O tipo Indeterminado da doença é tido como a forma inicial, caracterizada por manchas na pele hipocrômicas, podendo ser apenas uma ou várias, não apresentam sensibilidade ao toque, e podem ser localizadas em qualquer parte do corpo, porém não causam nenhum tipo de deformidade. O tipo Tuberculóide, normalmente se trata de uma lesão única, com bordas delimitadas, com

formato arredondado ou oval, de superfície com aspecto ressecado, com alteração de sensibilidade e com prejuízo dos troncos nervosos (TALHARI, 1997).

O tipo Virchowiana na maioria das vezes se trata dos casos da Hanseníase Indeterminada não tratada, caracteriza-se com lesões eritematosas, infiltradas, com bordas irregulares, podendo ter a presença de pápulas, tubérculos, infiltrações em placas e lesões circunscritas chamadas hansenomas. As orelhas também ficam infiltradas, as sobrancelhas e os cílios podem cair. Ocorre também infiltrações difusas e progressivas, caracterizando o aspecto de fácies leonina. Podendo afetar também olhos, nariz e órgãos internos (TALHARI, 1997).

A Hanseníase Dimorfa, tem por características lesões que mostram aspectos dos tipos Virchowiano e Tuberculóide. É forma mais encontrada nos pacientes (TALHARI, 1997).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde, o exame de bacterioscopia intradérmica é uma forma complementar para a classificação, é de fácil execução e de baixo custo. Apesar de ser de suma importância são encontradas falhas na sua realização devido a problemas técnicos e operacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1985).

A baciloscopia é um exame de alta especificidade, mas com baixa sensibilidade, sendo seu resultado negativo em 70% dos pacientes. Contudo a sua especificidade se aproxima de 100%. É realizada a coleta de material de raspagem dérmica nos lóbulos das orelhas, cotovelos e nas lesões suspeitas, utilizando a coloração de Ziehl-Neelsen com intuito de verificar a presença do bacilo. O resultado é obtido em uma escala de 0 a 6+, conhecido como índice de baciloscópico (BRASIL, 2010).

A forma de tratamento da Hanseníase se baseia na poliquimioterapia padronizada pela OMS e pelo Ministério de Saúde (MS) e prevê alta por cura. O esquema Paucibacilar é realizado em seis doses mensais de rifampicina supervisionadas e doses diárias de dapsona em até nove meses sem necessidade de supervisão. O esquema Multibacilar se baseia em 12 doses mensais de rifampicina supervisionadas e doses diárias de clofazimina e dapsona em até 19 meses (BRASIL, 2002).

Alguns estudos sobre epidemiologia em Hanseníase tiveram como resultados que 25% dos pacientes que não receberam tratamento para os estágios precoces da doença desenvolveram anestesia ou deformidades nas mãos e pés, 20 a 64% dos pacientes multibacilares no momento do diagnóstico já apresentavam incapacidades, metade delas foram consideradas graves (GOULART *et al*, 2002).

Comparada as outras doenças à Hanseníase é a causa mais importante de deformidades e invalidez. A constatação de incapacidades no momento do diagnóstico configura um prognóstico ruim para a instalação de deformidades após o término da poliquimioterapia (GIL SUÁREZ, 1989).

Em um estudo que teve como objetivo analisar os fatores de risco para o dano no nervo periférico até cinco anos após o término da poliquimioterapia foi constatado que a maioria dos danos neurais ocorreu antes mesmo do diagnóstico (SAUDERSON, 2000).

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo epidemiológico de natureza quantitativa. Os dados estudados compreenderam notificações dos casos de hanseníase da cidade de Cascavel entre os anos de 2010 e 2016. A base de dados foi obtida junto a Divisão de Vigilância Epidemiológica do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cascavel, Paraná.

Os dados obtidos foram sistematizados e compuseram um banco de dados, o qual foi submetido à análise de frequências e associações entre as variáveis.

### 4. RESULTADOS

Foram incluídas informações de 212 pacientes diagnosticados com hanseníase entre os anos de 2010 e 2016 notificados pela Secretaria Municipal de Cascavel, Paraná. Os resultados serão apresentados conforme os blocos de variáveis estudadas neste trabalho.

#### 4.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

De acordo com os dados obtidos, 125 pacientes eram do gênero masculino, que representa 58,9 % dos diagnósticos, 88 eram do gênero feminino, sendo 41,5% dos diagnósticos.

Tabela 1 – Número de Diagnósticos por Gênero- Anos 2010/2016 – Cascavel-PR

Masculino	Feminino
125	88
<b>Total</b>	<b>212</b>

Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

As pessoas brancas compuseram 68,8% da população, declaradas pardas 26,8%, sendo 3,7% declaradas pretas e 0,47% declaradas amarelas.

Tabela 2 – Número de Diagnósticos por Etnia- Anos 2010/2016- Cascavel-PR

Branca	147
Parda	57
Preta	8
Amarela	1
<b>Total:</b>	<b>212</b>

Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

Verificou-se que 6,6% da população era analfabeta, 56,0% apresentava ensino fundamental incompleto, 6,1% apresentava ensino fundamental completo, 2,8% com ensino médio incompleto, 16,5% com ensino médio completo e 2,8 % com ensino superior incompleto e 6,6% com ensino superior completo.

Tabela 3- Número de Diagnósticos por Escolaridade – Anos 2010/2016 – Cascavel - PR

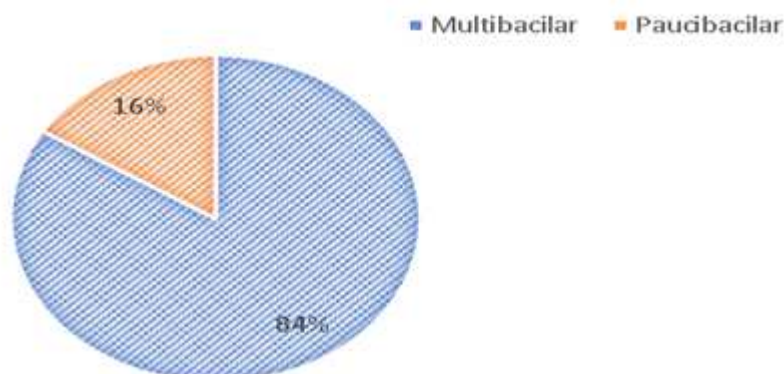
Analfabeto	14
Ensino fundamental incompleto	119
Ensino fundamental completo	13
Ensino médio incompleto	6
Ensino médio completo	35
Ensino superior incompleto	6
Ensino superior completo	14
<b>Total</b>	<b>212</b>

Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.2 CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL

No presente levantamento 34 dos casos classificados e notificados como lesões do tipo Paucibacilar, e 178 das notificações foram do tipo Multibacilar.

Gráfico 1 – Classificação Operacional dos Tipos de Hanseníase.

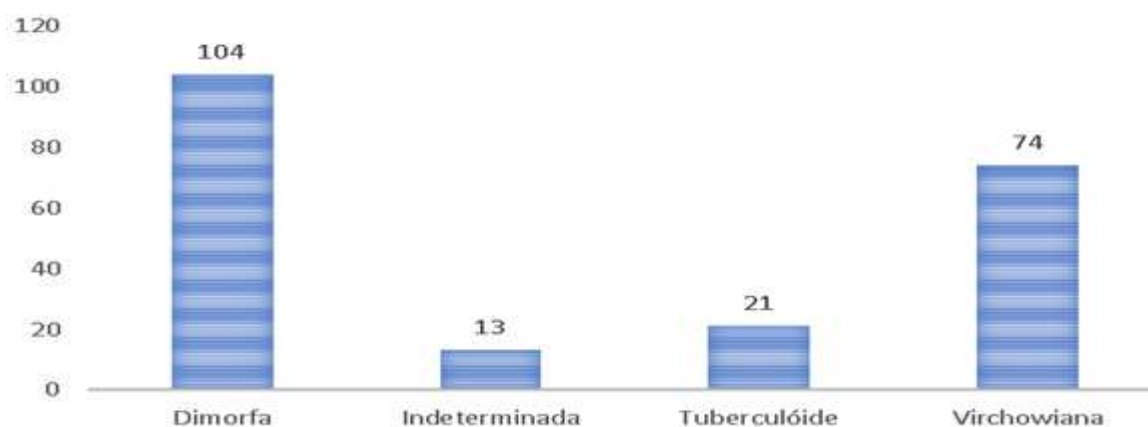


Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.3 FORMA CLÍNICA

De acordo com a classificação operacional da hanseníase existem 4 formas clínicas, sendo: Indeterminada (HI); Tuberculóide (HT); Dimorfa (HD) e Virchowiana (WV). No estudo realizado 6,13% apresentavam a forma clínica Indeterminada; a forma Tuberculóide 9,9%; a forma Dimorfa 49% e a forma clínica Virchowiana apresentava 34,9%.

Gráfico 2 – Formas Clínicas da Hanseníase.



Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.4 AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO

Foram diagnosticados no estudo que 51,4% da amostra enquadram-se no Grau 0; 40% em Grau I e 8,4% Grau II.

Tabela 4 – Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico

Grau 0	109
Grau I	85
Grau II	18

Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.5 EXAME BACILOSCÓPICO

No período que compreende o presente estudo os exames baciloscópicos realizados (97) casos foram positivos para Hanseníase; 69 casos foram negativos e em 46 dos casos não foi necessário o apoio complementar para o diagnóstico de Hanseníase.

Gráfico 3 – Exame Baciloscópico



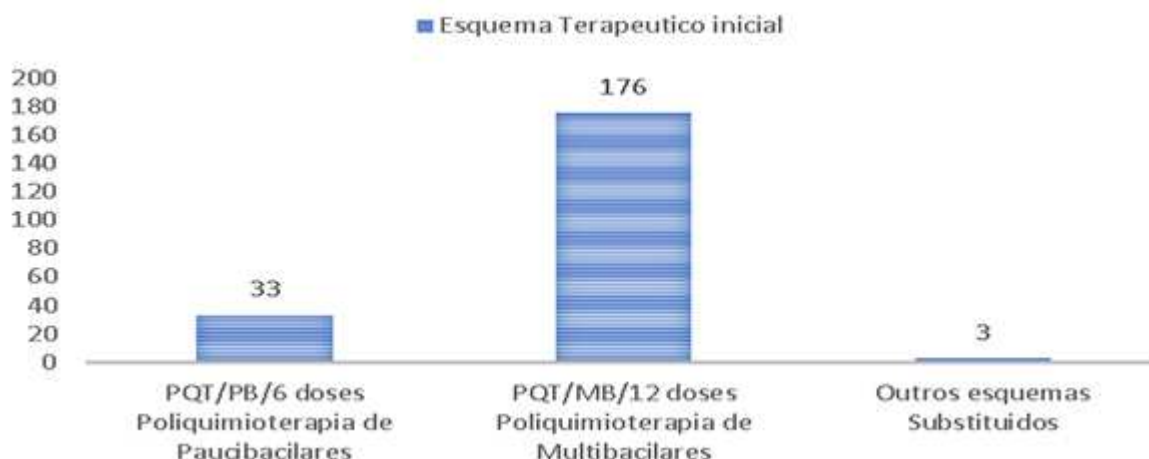
Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.6 ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL

O esquema terapêutico inicial administrado em 15,5% dos pacientes da amostra foi a medicação para Paucibacilar e 83% dos pacientes foram medicados como Multibacilar. Em 1,4% da amostra foram realizadas outros esquemas terapêuticos substitutivos.



Gráfico 4 – Terapia Medicamentosa



Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.7 EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO

Na amostra da população estudada 21,2% dos pacientes em tratamento apresentaram episódio de reações Hansênicas do Tipo 1; 12,2% dos pacientes apresentaram episódio do Tipo 2; 0,9% dos pacientes apresentaram reação do Tipo 1 e 2; e 54,2% não apresentaram episódios reacionais.

Tabela 5- Episódio Reacional Durante o Tratamento

Reação Tipo 1	Reação Tipo 2	Reação Tipo 1 e 2	Sem Reação
45	26	2	115

Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

#### 4.8 DESFECHO TERAPÊUTICO

O desfecho terapêutico pode ser por curto ou longo prazo, que significa o acompanhamento clínico e periódico do paciente ao longo do tempo. O desfecho do tratamento realizado nos pacientes teve as seguintes notificações no período que compreende o estudo: 84,9% notificados como cura; 0,9% foram notificados como transferidos para outro município; 1,8% notificações de transferência para outros estados; 2,8% de registros de óbito; 2,3% notificados como abandono de tratamento; e 0,47% de casos notificados como erro de diagnóstico.

Tabela 6 – Desfecho Clínico

Cura	180
Transferência para Outro Município	2
Transferência para Outro Estado	4
Óbito	6
Abandono	5
Erro de Diagnóstico	1

Fonte: Secretaria de Saúde de Cascavel, SINAN/DATASUS/Ministério da Saúde (2017).

## 5. DISCUSSÃO

Com base nos dados do Ministério da Saúde entre os anos de 2010 e 2015 foram registrados 236.142 casos da doença no país, destes 6.467 foram registrados no estado do Paraná, Cascavel representa 2,7% do período.

Dos diagnósticos citados acima, quanto ao gênero foi encontrada maior incidência em homens, com um total de 133.994 casos de pacientes masculinos no período de 2010 e 2015, enquanto as mulheres no mesmo período foram encontradas 102.132 casos. Na cidade de Cascavel a distribuição dos diagnósticos quanto ao gênero acompanha a tendência nacional, sendo a maior incidência em homens.

Em relação a etnia a maior porcentagem obtida foi entre brancos (68,8%), seguido por pardos e negros. Essas informações são semelhantes ao estudo feito no estado do Paraná por Sobrinho *et al* (2008). Quanto a escolaridade 56,6% dos casos foi identificado a prevalência de ensino fundamental incompleto. Dados que se assemelham aos encontrados por Karthikeyan *et al* (1992).

Quanto à classificação operacional indica um predomínio Multibacilar (84%). Dados estes que são compatíveis aos encontrados nos países de maior incidência mundial, Índia (64,5%), Brasil (53,5%) e Indonésia (79,5%). Os casos Multibacilares indicam uma possível estabilização da endemia quando os indivíduos mais susceptíveis são afetados. Sobre a forma clínica verificou-se que a Hanseníase Dimorfa representa 49% dos casos. Segundo Pereira *et al* (2008) essa forma tem por característica o comprometimento neurológico troncular e episódios reacionais. Dentro do estudo 34,9% dos casos foram da Hanseníase Virchowiana, constitui uma doença sistêmica com complicações virais graves, comprometendo olhos, testículos, rins e outros órgãos (BRASIL, 2009). A forma Indeterminada da doença representa 6,13% dos casos, que pode ser explicado pelos altos índices das formas graves, isto segundo Pereira *et al* (2008) pode ser explicado porque a forma Indeterminada evolui para as formas mais graves por conta do atraso do diagnóstico, falta de informação ou por falta de aceitação do paciente em aceitar o diagnóstico.

Foi verificado que os casos de incapacidade física, o de grau II representa 8,4% dos casos, que esta acima do recomendado pelo Ministério da Saúde (menos que 5%). Este dado evidencia que os casos foram diagnosticados tardiamente e falta de ações para a prevenção de incapacidades.

Quanto a Baciloscopia, nota-se no presente estudo que 78,2% da amostra foram submetidos ao exame baciloscópico. Considerando as normas e procedimentos técnicos, o exame deveria realizar a baciloscopia de todos os casos Multibacilares.

O tratamento do paciente com Hanseníase é fundamental para a cura, eliminar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, visando no tratamento quimioterápico específico, a poliquimioterapia, seu acompanhamento, com visitas que visam identificar e tratar as possíveis intercorrências, complicações da doença, prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2002). No presente estudo todos os pacientes receberam o tratamento poliquimioterápico, mas verifica-se que há uma falha nesse processo do tratamento, pois apenas 84,9% dos pacientes receberam alta por cura.

Os episódios reacionais são a causa principal de lesão dos nervos e de incapacidades geradas pela doença, por esse motivo a importância do diagnóstico precoce, para que se inicie o tratamento, visando diminuir essas incapacidades (BRASIL, 2002). Dos 212 pacientes estudados, 54,2% não apresentou episódio reacion al Segundo diretrizes da Sociedade Brasileira de Hansenologia, cerca de 8% a 33% dos indivíduos com Hanseníase podem ser acometidos por Reação Tipo 1 (SBH e SBD, 2003).

No presente estudo, 21,2% dos pacientes apresentaram Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR), visto que acompanhou a porcentagem da Diretriz. A Reação Tipo 2 ou Eritema Nodoso (ENH), segundo estudos comparativos, há evidências de redução da incidência do ENH com a adoção do esquema poliquimioterápico/OMS, particularmente em decorrência da inclusão da clofazimina. A presente pesquisa evidenciou a minoria com Reação Tipo 2, sendo de 12,2% da amostra total (SBH e SB, 2003).

No período estudado, foram notificados 212 casos com registro sobre o tipo de saída dos pacientes no sistema de informação. Foram 180 (84,9%) que receberam alta por cura, ocorreram 6 (2,8%) casos de óbito, abandono de tratamento 5 (2,3%), 1 (0,47%) tiveram erro de diagnóstico, 2 (0,9%) transferências para outro município e 4 (1,8%) transferência para outro Estado. Vale destacar que a maioria dos pacientes cadastrados teve a cura da doença, por ter concluído o tratamento. Esses resultados mostram que o desfecho da doença é importante, visto que grande parte dos pacientes se comprometeu com o tratamento e aceitou o uso da poliquimioterapia (PQT) como ferramenta para obter a cura da doença.

Aqueles que forem transferidos para serem acompanhados em outra unidade, devem ser registrados como transferência. As transferências não são consideradas como altas para o SINAN, uma vez que o paciente permanecerá em tratamento e continuará sendo computado dentro da prevalência nacional.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da base de dados do período avaliado constatou-se uma média de 35 casos por ano analisado. Do total do período verificado, apresenta uma frequência maior de diagnósticos em homens. A etnia acometida com maior frequência é a branca, sendo declarada em mais de 50% dos casos. O analfabetismo e a baixa escolaridade prevalecem em mais de 60% dos acometidos.

Dos diagnósticos notificados 85% dos casos são registrados como novos. Segundo a classificação operacional aproximadamente 84% dos casos são notificados como sendo do tipo Multibacilar.

A forma clínica mais prevalente é a Dimorfa presente em aproximadamente 50% dos casos. Em 50% dos casos, o acometido apresenta algum grau de incapacidade física no diagnóstico. Do total da população 78% foi submetida ao exame baciloscópico, destes 45% apresentaram baciloscopia positiva. O esquema terapêutico administrado em 83% dos casos foi para o tipo Multibacilar.

Em 34% dos tratamentos poliquimioterápicos tem algum tipo de episódio reacional, sendo o Episódio do Tipo 1 o mais frequente.

O desfecho terapêutico em aproximadamente 85% dos casos foi a cura, evidenciando que a Hanseníase é fácil de diagnosticar, tratar e tem cura. No entanto, quando diagnosticada e tratada tardiamente pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, pelas lesões que os incapacitam fisicamente.

A demonstração e a prática de autocuidado devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal, sendo recomendada a organização de grupos de doentes e familiares ou de pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente por profissional da unidade de saúde para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, valorizar o esforço realizado pelo paciente para estimular a continuidade das práticas de autocuidado.

O tratamento do paciente com Hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo estratégico no controle da endemia e para eliminar a Hanseníase enquanto problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública:** manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 3.125**, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Disponível em: [http://portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_n\\_3125\\_hanseníase\\_2010.pdf](http://portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf).

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase.** Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf)

BRASIL. **Portaria Conjunta n.125** de 26/03/2009. Dispõe sobre o uso das atribuições que lhes confere o Art. 38, do Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html). Acesso em: 01/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** : volume 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/hanseníase>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Secretária de Atenção A Saúde. **Diário Oficial** Portaria Conjunta Nº 125, 26 mar.2009. Brasília, 2009, 2p.

BRASIL. Portaria nº 95 de 26/01/2001. Brasília. 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 20/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

GALLO, M. E. N, ALVIM, M. F. S., NERY, J. A. C., ALBUQUERQUE, E. C. A. Estudo comparativo com dois esquemas poliquimioterápicos (duração fixa) em hanseníase multibacilar – seguimento de 50,32 ± 19,62 e 39,70 ± 19,47 meses. **Hansen Int**, nº22, 1997, pag. 5-14.

GIL SUÁRES, R.E. **Notas sobre la Epidemiologia de la lepra**. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 1989.

GOULART, I .M. B. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos de resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.4,p.365-375, 2002.

KARTHIKEYAN *et al.* Pattern of leprosy deformities among agricultural labourers in an endemic district: a pilot study. **Indian I. Leprosy**, v.64, n.3, p.375-79, 1992.

LIMA, H. M. N. *et al* Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Bras. Clin. Med**, v. 8, nº. 4, 2010, pag. 323-327. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2010-04.pdf#page=34>

NASCIMENTO, S. S.; OLIVEIRA, D. F.; BARBOSA, L. R. Perfil epidemiológico dos doentes de Hanseníase no município de Anápolis. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**, Valinhos, v.10, p.52-58, 2007.

NETO, J. M. P. *et al.* Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. **Hansen. Int.**, v. 27, n. 1, 2002, pag. 23-28. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/hansenint/v21aov29/2002/PDF/v27n1/v27n1a03.pdf>

PEREIRA, S.V.M. *et al.* Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, p.774-780, 2008.

SOBRINHO R. A. S, MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, 2008, pag 303-314.

SBH – SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA; SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Hanseníase: episódios reacionais**. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2003. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/hanseniasse-episodios-reacionais.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hanseniasse-episodios-reacionais.pdf). Acesso em: 01/11/2017.

SIMÕES, M. J. S.; DELELLO, D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos- SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 10-15, dez./2005.

SANGI, K. C. C., *et al.* Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 209-214, abr./ jun., 2009.

SAUDERSON P. The epidemiology of reactions and nerve damage. **Lepr Rev**. v. 71, p. 106-10, 2000.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 3. ed. 1997.