

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALEXANDRE JOSÉ GONÇALVES MANGUEIRA**  
**CRISTIANE CUNHA GONÇALVES**  
**JOANA D'ARC FEITOSA DE CARVALHO**

**SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

São Luís  
2008

**ALEXANDRE JOSÉ GONÇALVES MANGUEIRA**  
**CRISTIANE CUNHA GONÇALVES**  
**JOANA D'ARC FEITOSA DE CARVALHO**

**SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís  
2008

Mangueira, Alexandre José Gonçalves.

Situação da Hanseníase no município de São José de Ribamar – MA. Alexandre José Gonçalves Mangueira; Cristiane Cunha Gonçalves; Joana D’Arc Feitosa de Carvalho. - São Luís, 2007.

34 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Hanseníase. 2. Incidência. 3. Prevalência. I. Título.

CDU 616-002.73

**ALEXANDRE JOSE GONÇALVES MANGUEIRA**  
**CRISTIANE CUNHA GONÇALVES**  
**JOANA D'ARC FEITOSA DE CARVALHO**

**SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em:    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)  
Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo-USP

---

**Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
Doutora em Patologia Humana  
Universidade Federal da Bahia-UFB

*“Se tu queres, Senhor; bem me podes limpar. E Jesus estendendo a mão, tocou-o, dizendo: Pois eu quero. Fica limpo. E logo ficou limpa toda a sua lepra”*  
*(Bíblia, 2007)*

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo estudar a ocorrência de casos de hanseníase no período de 2000 a 2005, no município de São José de Ribamar – MA, a partir de alguns indicadores epidemiológicos e clínicos. Observando a evolução dos casos, prevalência, incidência, formas clínicas e caracterizar segundo faixa etária e sexo. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e retrospectivo, realizado em casos de hanseníase registrados no SINAN e Secretaria de Estado da Saúde. O perfil encontrado da população pesquisada demonstra um aumento crescente na prevalência e incidência, maior ocorrência na faixa etária de 20 a 34 anos com 182 casos, sexo masculino, e predomínio da formas multibacilares, prevalecendo a virchowiana de 2000 a 2002 e dimorfa de 2003 a 2005. Diante do exposto faz-se necessário conhecer a realidade do município de São Jose de Ribamar.

Palavras-chave: Hanseníase. Prevalência. Formas clínicas.

## ABSTRACT

The present study has as its objective to study the occurrence of leprosy cases during the period of 2000 to 2005 in the municipal area of São José de Ribamar - MA, from some epidemiological and clinical indicators by observing the evolution of the cases, the prevalence, incidence, clinical forms and to characterize according to the age group and sex. It's dealing with a quantitative, descriptive and retrospective study accomplished in cases of leprosy registered in SINAN and in the State Health Department. The profile found from the population researched demonstrates a growing increase in the prevalence and the incidence, with a greater occurrence in the 20 to 34 year age group, having 182 cases, of the male gender, and having a predominance of the multi-bacilar forms, with the 2000 to 2002 virchowiana and the 2003 to 2005 dimorfa prevailing. Facing the exposure, it is necessary to be familiar with the municipal area of São José de Ribamar.

Key words: Leprosy, Prevalence, Clinical forms.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Esquema poliquimioterápico padrão (PQT/OMS).....	12
Quadro 2 - Reação tipo 2: drogas, indicações, esquemas e efeitos colaterais.....	13
Quadro 3 - Diferenças entre reação reversa e recidiva.....	14
Gráfico 1 - Distribuição de casos de hanseníase em São José de Ribamar. Período de 2000 .....	22
Gráfico 2 - Distribuição dos casos de hanseníase no município de São José de Ribamar segundo a incidência no período de 2000-2005 .....	23
Gráfico 3 - Distribuição numérica dos casos de hanseníase segundo faixa etária no período de 2000-2005. São Jose de Ribamar.....	24
Gráfico 4 - Distribuição dos casos de hanseníase segundo o sexo no período de 2000-2005 .....	25
Gráfico 5 - Distribuição numérica dos casos de hanseníase no município de São José de Ribamar, segundo formas clínicas apresentadas no período de 2000-2005 .....	26

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	18
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	18
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	19
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	19
<b>3.2</b>	<b>Local de estudo</b> .....	19
<b>3.3</b>	<b>População e período de estudo</b> .....	19
<b>3.4</b>	<b>Variáveis</b> .....	20
3.4.1	Fontes .....	20
3.4.2	Indicadores epidemiológicos .....	20
3.4.3	Prevalência.....	20
3.4.4	Incidência.....	21
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	22
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	27
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	28
	REFERÊNCIAS .....	29
	ANEXOS .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase, também conhecida por lepra, morféia, mal-de-lázaro, mal-da-pele ou mal-do-sangue, é uma doença infecto-contagiosa crônica, cujo agente etiológico é o micobacterium leprae, ou bacilo de Hansen (ELBEN; LENZ, 2006). Foi demonstrado pela primeira vez em 1873, pelo médico norueguês Gerhard Armaue Hansen (aos 32 anos de idade), que utilizando material obtido de lesões cutâneas descobriu o bacilo da lepra sendo, portanto a primeira evidência científica de caráter infecto-contagioso da hanseníase. Em 1995 o governo brasileiro passou a vetar o uso da palavra lepra e seus derivados, substituindo-a pelo nome de hanseníase e em 2004 estabeleceu como prioridade de gestão a eliminação da hanseníase até 2005 e lançou o Programa de Eliminação da Hanseníase (ELBEN; LENZ, 2006).

O termo “lepra”, significa em grego, “algo que descama”, que também foi usada para designar doenças escamosas do tipo Psoríase (OPROMOLLA, 2000). Baseado em evidências que datam do 2º. Século antes de Cristo, foram encontrados sinais sugestivos da doença em esqueletos descobertos no Egito, podendo ser considerada o berço da lepra (BRASIL, 1989).

No Século XII, houve um declínio gradual desta doença na Europa, como principal causa deste declínio, pode-se mencionar; à melhoria das condições socioeconômicas dos povos europeus no decorrer da Idade Moderna e Contemporânea. Porém a endemia persistia na Ásia e África, sendo introduzida na América Central e sul por conquistadores espanhóis e portugueses e posteriormente, por escravos africanos (BRASIL, 1989).

Já no ano de 1600, são relatados os primeiros casos de Hanseníase no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, já que a doença não existia entre os indígenas. Depois outros focos foram surgindo na Bahia e Pará. Sendo que as medidas iniciais de profilaxia se limitavam apenas à construção de leprosários e a uma assistência precária aos doentes. Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, prioriza-se a instalação de leprosários e a realização do censo de doentes. Somente em 1941, é que se cria o Serviço Nacional da Lepra, que visava analisar o avanço e as perspectivas futuras da doença em solo brasileiro (BRASIL, 1989).

Em 1930, o estado de São Paulo adota o modelo isolacionista, com a internação compulsória de todos os doentes no tratamento da Hanseníase, já que somente em 1940 é que surgem os primeiros medicamentos apropriados para combater o bacilo de Hansen. Com isso, em 7 de maio de 1962, por força de decreto, o Brasil abole à prática do isolamento.

Mas somente em 1986 é que se implanta a poliquimioterapia; Associação das Drogas Bactericidas e Bacteriostáticas, como a Dapsona, Rifampicina e Clofazimina (ELBEN; LENZ, 2006).

Se ele vir que aparece lepra na sua pele; que o pêlo mudou de cor, e se fez branco; que os lugares onde aparece a lepra, estão mais encovados do que a pele e do que o restante da carne; é sinal que aquilo é a praga da lepra, e o tal homem será separado da companhia dos outros por juízo do sacerdote (DE CASTRO, 2007).

O preconceito constitui-se numa verdadeira maldição, que insiste em dar conotação moral às mazelas que podem atingir a qualquer um de nós, a qualquer momento, porque o leproso tem hoje diferentes faces: é o aidético, o canceroso, o drogado, o desempregado, o sem-terra, o sem-teto, a criança de rua, o sem-amor, o sem-esperança à espera de alguém que tenha a ousadia e a sensibilidade de Jesus para dar-lhe o abraço que o faça sentir-se irmão (DE CASTRO, 2007).

Embora a Hanseníase seja uma doença que, uma vez tratada, apresenta possibilidades significativas de cura e não apresenta risco de contágio, em função do preconceito cultural, apesar dos esforços do pessoal da saúde, ainda persiste uma situação de estigma em relação à doença.

O termo estigma é utilizado segundo o conceito desenvolvido por Goffman (1963) que encontra nesta manifestação sociocultural três tipos fundamentais: as abominações do corpo, os defeitos de caráter e a proveniência social. É evidente que, no contexto da hanseníase, o estigma se refere ao descrédito, à desqualificação e à marginalização social em função de deformidades físicas do paciente.

Uma vez que um indivíduo é estereotipado com tal rótulo social, que significa impor-lhe uma marca que, de certo modo, o reduz a uma condição inferior ao padrão mínimo atribuído à condição humana, restaria a ele duas possibilidades: ou se adequar ao papel marginal a ele designado, ou tentar "encobrir" as marcas que caracterizam o estereótipo estigmatizante (QUEIROZ et al., 1995). A via de transmissão do bacilo se dá principalmente através das vias aéreas superiores. As lesões cutâneas ulceradas também podem constituir uma via de eliminação importante (BRASIL, 2003).

Manifesta-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e lesões de nervos periféricos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés. O homem é reconhecido como a única fonte de infecção, embora tendo sido identificado animais naturalmente infectados como o tatu, o macaco mangabebe e o chimpanzé. Os doentes

multibacilares sem tratamento são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o exterior (BRASIL, 2003).

O comprometimento dos nervos periféricos é característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas para o doente como: diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a doença (PEREIRA, 2006).

O diagnóstico clínico da Hanseníase se baseia nos exames dermatológico e neurológico, associado com a anamnese e os exames complementares específicos e inespecíficos (MARCHESE; RIVITTI apud VERONESI, 1997).

O reconhecimento de qualquer sintoma corporal depende de dois fatores: primeiro, da percepção de algo anormal no corpo e, segundo, de um conhecimento que remeta esta percepção a uma situação de doença. No caso da Hanseníase, a junção desses dois fatores é difícil de ocorrer uma vez que, como muito bem demonstrou Boltanski (1979), a percepção de um sintoma corporal depende, em grande medida, de uma referência simbólica que o situe no interior de um sistema de conhecimento e crenças. Só então este sintoma poderia ser reconhecido e, a partir daí, iniciativas tomadas. Como o capital taxonômico das classes trabalhadoras manuais é pequeno, em relação a eventos corporais, esta percepção fica prejudicada, a não ser quando o sintoma evolui para formas significativas de dor ou incapacidade para o trabalho (QUEIROZ et al., 1995).

Em se tratando da Hanseníase, esta situação pode ser ainda mais dramática, já que os sintomas no início da doença não são muito notáveis e nem prejudicam o desempenho no trabalho. Este motivo, juntamente com a ausência de busca ativa por casos por parte da rede pública de serviços de saúde, além do despreparo dos médicos para diagnosticar a doença, explica o fato de o diagnóstico da Hanseníase ser geralmente tardio (QUEIROZ et al., 1995).

A anamnese se estabelece mediante contato com o paciente, observando sinais e sintomas da doença e vínculos epidemiológicos. Estando atento às alterações na pele, como manchas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos, alterações de sensibilidade, assim como a presença de neurites, ou fraqueza nas mãos e nos pés (BRASIL, 2002). O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, com base nos sinais e sintomas e história epidemiológica do paciente. Outras provas complementares são: Exames de Laboratório - baciloscopia e histopatológico (PEREIRA, 2006).

O caso de Hanseníase: é definido com sendo pessoa que apresente um ou mais dos seguintes sinais e sintomas (BRASIL, 1994):

- a) Lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade;
- b) Acometimento de nervo (os) apresentando espessamento neural acompanhado de alteração de sensibilidade local e territorial;
- c) Baciloscopia positiva.

Classificação clínica da Hanseníase:

- a) Hanseníase Indeterminada;
- b) Hanseníase Tuberculoide;
- c) Hanseníase Dimorfa;
- d) Hanseníase Virchowiana.

A classificação atualmente adotada no Brasil resultou do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri, em 1953, onde segundo Ridley e Jopling, baseado no espectro imunológico dos indivíduos afetados, a Hanseníase ficou classificada segundo sua tendência de evoluir por dois pólos estáveis e opostos (virchowiana e tuberculóide) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo) que caminhariam dessa forma para um dos pólos, na evolução natural da doença (BRASIL, 1994).

A forma indeterminada constitui-se como a primeira manifestação clínica da Hanseníase, onde apresenta áreas de anestesia, manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas, com placas e bordas imprecisas, surgindo em qualquer lugar da pele com alteração apenas da sensibilidade térmica, permanecendo inalterada durante um tempo prolongado, variando em média de 2 a 5 anos, regredindo para a cura, com ou sem tratamento. Apresentam baciloscopia negativa, porém, podem apresentar Mitsuda positivo ou negativo (BRASIL, 1994).

A forma tuberculóide por sua vez, caracteriza-se clinicamente, por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definidas. Apresentando queda de pêlos e alteração das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. As lesões de pele apresentam-se em número reduzido, e o comprometimento dos troncos nervosos ocorre, geralmente, de forma assimétrica, com baciloscopia negativa e o teste de Mitsuda positivo, sendo considerada paucibacilar (BRASIL, 2002). Na forma virchowiana, de evolução crônica, pois costuma manifestar-se nos indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*.

Apresentando infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, nervos, testículos (esterilidade, impotência e ginecomastia), podendo afetar

inclusive os linfonodos, o fígado e o baço. Podendo também apresentar fácies leonina, madurose (queda dos pêlos nos cílios e supercílios), a pele adquire aspectos xerótica (tonalidade semelhante ao cobre) podendo até apresentar ulceração cutânea difusa por vasculite, (fenômeno de Lúcio). Há também comprometimento nervoso, podendo apresentar deficiências funcionais e seqüelas tardias. A baciloscopia é sempre positiva e a reação de Mitsuda é invariavelmente negativa, mesmo após regressão clínica (ARAÚJO, 2003).

Já na forma dimorfa a principal característica é a instabilidade imunológica, que determina que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são sugestivas desta forma clínica. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa com índice bacilar variável, e o teste de Mitsuda tem sempre resultado negativo (ARAÚJO, 2003).

Na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias a medicamentos, interação de drogas e doenças associadas. A definição do esquema depende da classificação final do caso. No Brasil adota-se a classificação de Madri e o Ministério da Saúde sugere classificação operacional com os seguintes critérios: paucibacilares (PB) - casos com até cinco lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso comprometido e multibacilares (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido. A baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independentemente do número de lesões (ARAÚJO, 2003).

- Esquema poliquimioterápico padrão (PQT/OMS).		
Drogas/seguimento/alta	Paucibacilar PQT/PB - 6 doses	Multibacilar PQT/MB - 12doses
Rifampicina (RFM)	600mg - dose mensal supervisionada	600mg - dose mensal supervisionada
Dapsona (DDS)	100mg - dose diária auto-administrada	100mg - dose diária auto-administrada
Clofazimina (CFZ)	-	300mg - dose mensal supervisionada + 50mg - dose diária auto-administrada ou 100mg em dias alternados auto-administrada
Seguimento do caso	comparecimentos mensais para a dose supervisionada - revisão dermatoneurológica na 6ª dose	comparecimentos mensais para a dose supervisionada - revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses
Critérios para alta	Alta por cura, após a 6ª dose, que pode ser feita em até 9 meses, independente do nº de faltas consecutivas	Alta por cura, após a 12ª dose, que pode ser feita em até 18 meses, independente do nº de faltas consecutivas
Fonte: adaptado da Portaria nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000. PQT: poliquioterapia; PB: paucibacilar; MB: multibacilar		

Quadro 1- Esquema poliquimioterápico padrão (PQT/OMS)

Fonte: ARAÚJO, 2003

Neste contexto, o tratamento da Hanseníase deve ser realizado de duas maneiras, uma específica, que se refere predominantemente à medicina moderna, aos medicamentos químicos e aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Num nível mais amplo, no

entanto, o tratamento refere-se ao restabelecimento de um equilíbrio perdido nem sempre possível de ser atingido. A crença de que o mero tratamento médico, não indo às causas profundas da doença, é um procedimento apenas parcialmente eficaz, uma vez que a situação de desequilíbrio encarregar-se-ia de promover a recorrência da doença (QUEIROZ et al., 1995).

O tratamento da Hanseníase é difícil e demorado, exigindo um tempo mínimo de dois anos no caso do paciente estar se submetendo à poliquimioterapia. No caso do tratamento tradicional, o tempo é muito maior, podendo chegar a 15 ou mais anos, dependendo do caso. Embora mais eficaz, a poliquimioterapia não é tolerada por alguns pacientes devido aos seus efeitos colaterais. Um deles, amplamente reconhecido como muito desagradável, é o escurecimento da pele. Outros se referem a indisposições estomacais, prejuízo para o funcionamento dos rins a indisposição geral para o exercício de atividades físicas a mentais.

<i>- Reação tipo 2: drogas, indicações esquemas e efeitos colaterais.</i>			
Drogas usadas na reação tipo2	Quadro clínico	Dose/esquema	Efeitos colaterais
Analgésicos/AINES	Eritema nodoso leve, febre, mal-estar	Ex: aspirina 500mg 6/6hs	Dor epigástrica, lesão aguda da mucosa gastroduodenal
Talidomida	Eritema nodoso moderado a grave	100 a 400mg/dia, redução conforme a melhora	Teratogênese, neuropatia periférica*
Clofazimina	Eritema nodoso grave, crônico, subentrante	300mg/dia-30 dias 200mg/dia-30 dias 100mg/dia-30 dias + prednisona	Hiperpigmentação, ictiose, diarreia
Pentoxifilina	Eritema nodoso moderado a grave, alternativa para mulheres em idade fértil	400mg 8/8hs +prednisona 1ºmes manter 2 a 3 meses	Prurido, urticária, rash cutâneo, intolerância gastro intestinal, arritmias
Prednisona	Neurites, irite e iridocidite, Mão e pé reacionais, artrite reacional, eritema nodoso ulcerado, contra-indicações para a talidomida	1 a 2mg/kg/dia associada ou não a outra drogas	Imunossupressão, diabetes, osteoporose, Cushing induzido
*a talidomida está proibida para uso em mulheres na idade fértil. Sua prescrição deve ser feita segundo a portaria ministerial nº 354 de 15/08/1997, publicada no DOU de 18/08/1997, seção I páginas 17844 a 178471.			

Quadro 2-Reação tipo 2: drogas, indicações, esquemas e efeitos colaterais

Fonte: ARAUJO, 2003.

Além dos antibióticos, o tratamento demanda uma disciplina que altera muitos hábitos do paciente, exigindo abstinência de bebidas alcoólicas e exercícios físicos diários para os tendões e filamentos nervosos, principalmente dos membros superiores a inferiores. Os antibióticos são fornecidos gratuitamente pelo Centro de Saúde que acompanha a evolução do tratamento, exigindo a presença mensal do paciente (QUEIROZ et al., 1995).

O problema da aderência ao tratamento da hanseníase está intimamente ligado ao controle da endemia, visto que o indivíduo infectado contagiante representa a fonte de transmissão do bacilo que é o agente etiológico da enfermidade. Com o tratamento, o portador da forma contagiosa da doença deixa de transmitir o bacilo e assim é interrompida a cadeia de

infecção. Todavia, por inúmeros motivos, o índice de adesão ao tratamento no Brasil é precário >25% de abandono (BRASIL, 1994). Esperava-se que, com a introdução da poliquimioterapia (PQT), a aderência aumentasse, pois este novo regime terapêutico reduziria de seis meses a dois anos o tratamento que anteriormente durava, no mínimo, dez anos (SHANMUGANANDAN et al., 1993).

Além disso, trabalhos recentes de pesquisadores brasileiros demonstram que o problema carece de maior investigação. Por exemplo, algumas das questões identificadas como relativas à não-aderência ao tratamento são: a ausência do assistente social na equipe de prestação de serviços, a baixa escolaridade dos pacientes (ANDRADE et al., 1994; ROSA SANTOS et al., 1993), a dificuldade para ausentar-se do trabalho para comparecer à Unidade de Saúde, a complexidade das orientações fornecidas ao doente, a dúvida quanto à eficácia do tratamento, a ausência de vínculo afetivo com algum profissional da saúde, a ausência de repertório sobre prevenção de doenças e o sentimento de impotência em face da saúde. Tais dimensões do problema indicam alguns caminhos, no contexto brasileiro, para identificarmos ações que possam ser incorporadas aos já sobrecarregados serviços de atenção à Hanseníase (BAKIRFZIEF, 1996).

Apesar das dificuldades do tratamento, a qualidade da relação médico-paciente parece superar as incoerências percebidas pelos pacientes "aderentes", resgatando a imagem idealizada do médico, identificado como um herói ou santo salvador. A partir destas observações, importa salientar que a questão da credibilidade do tratamento parece estar ancorada na confiança depositada nos profissionais da saúde. Porém, no caso da Hanseníase, os sintomas permanecem, e muitas vezes são agravados, com o medicamento.

Mesmo o tratamento sendo eficaz, do ponto de vista médico, os sintomas permanecem gerando dúvidas quanto à eficácia do tratamento e/ou a capacidade do médico em aliviar o sofrimento físico do paciente. Isto implica dizer que o trabalho educativo junto ao doente deve ser contínuo, partindo de um levantamento das expectativas trazidas pelo mesmo, para então, sobre tais expectativas, reconstruir novas relações entre tratamento-sintoma e saúde-sintoma. O tripé, doença-sintoma-remédio, parece levar o paciente a duvidar da autoridade médica especialmente no caso da Hanseníase, em que os sintomas (reações, manchas, dormência) permanecem mesmo após a alta. Tal experiência evoca dúvidas quanto à eficácia do tratamento, tanto entre os sujeitos "aderentes", como entre os faltosos (BAKIRFZIEF, 1996).

O surgimento da doença refere-se quase sempre a um processo de desequilíbrio no relacionamento com a vida, mais especificamente com o trabalho ou com o meio social e

familiar. As condições que geram estresse emocional foram consideradas as favoritas para o surgimento da grande maioria das doenças, inclusive a Hanseníase. Quando o indivíduo se considera forte, com boa saúde, ele tende a desdenhar o risco de contágio (BAKIRFZIEF, 1996).

No diagnóstico diferencial da Hanseníase devem-se levar em conta as manifestações dermatológicas, neurológicas, as doenças deformantes e doenças sistêmicas nos períodos reacionais. O quadro abaixo ilustra algumas destas situações.

Reação e recidiva: considera-se recidiva o quadro observado em paciente que completa com êxito o tratamento, mas que posteriormente desenvolve novos sinais e sintomas da doença. As recidivas são raras e, geralmente, ocorrem nos casos que receberam poliquimioterapia inadequada para a sua forma clínica. Na maioria, os bacilos são sensíveis aos medicamentos e os pacientes podem ser retratados com os regimes originais. É de grande importância a diferenciação entre um quadro reacional tipo I e uma recidiva. Clinicamente, os quadros podem ser muito semelhantes. O quadro abaixo aponta as principais diferenças entre reação reversa e recidiva. A reação do tipo 2, quando ocorre em paciente que terminou tratamento há mais de três anos e não apresentava surtos reacionais anteriores, também deve levantar a suspeita de recidiva e deve ser cuidadosamente avaliada (ARAÚJO, 2003).

<i>- Diferenças entre reação reversa e recidiva.</i>	
Reação reversa	Recidiva
geralmente durante a quimioterapia ou dentro de 6 meses após o tratamento	normalmente muito depois do término da quimioterapia, acima de um ano de intervalo de tratamento
início súbito e inesperado	início lento e insidioso
pode vir acompanhado de febre e mal estar	em geral sem sintomatologia geral
lesões antigas se tornam eritematosas brilhantes, infiltradas	lesões antigas podem apresentar bordas eritematosas
em geral várias lesões novas	poucas lesões novas
pode haver ulceração das lesões	ulceração é rara
regressão com descamação	não há descamação
pode acometer vários troncos nervosos rapidamente, com dor, alteração da sensibilidade e função motora	pode acometer um único nervo e as alterações motoras ocorrem muito lentamente
excelente resposta à corticoterapia	não responde bem a corticoterapia

Quadro 3 – Diferenças entre reação reversa e recidiva

Fonte: ARAUJO, 2003.

Acredita-se que os principais fatores que teriam influência no aparecimento da doença seriam: a promiscuidade, a falta de higiene e a miséria geram (LEÃO, 1997). Muitas interrogações no terreno epidemiológico que permanecem sem resposta. Estima-se que entre as pessoas que mantêm contato com pacientes multibacilares, 90% são infectados, mas apenas

8% mais ou menos ficam doentes. O índice elevado de infecção de quem convive com doentes multibacilares, sem que a doença se manifeste, indica que apenas um pequeno número de indivíduos não tem resistência ao *Mycobacterium leprae* (SANTOS, 2003).

Essa é uma das questões que a imunologia não consegue responder: por que algumas pessoas têm resistência e outras não. A proporção é menor se o contato ocorrer com pacientes paucibacilares, uma forma de manifestação com poucos bacilos. A Hanseníase é conhecida como uma doença dermatológica, mas a especialista destaca que a primeira lesão é anestésica: o nervo é atingido. Além dos nervos sensitivos da pele, há danos que determinam lesões motoras e deformidades irreversíveis, que levam à amputação de extremidades. O *Mycobacterium leprae* foi uma das primeiras bactérias patogênicas que tiveram o genoma completamente seqüenciado, em 2000. Agora é que se está começando a ter realmente condições para obter testes mais precisos. A doença não é hereditária e apenas em 1986 os serviços de saúde no Brasil passaram a se organizar para combatê-la, pois durante os vinte anos de ditadura militar o sistema foi desmantelado (SANTOS, 2003).

Em anos recentes, o estudo da epidemiologia da Hanseníase vem mostrando que a correta interpretação dos resultados obtidos a partir de uma análise dos atributos dos casos detectados - indicadores epidemiológicos - necessita de informações relacionadas às atividades de detecção desses casos. Assim é que alguns epidemiologistas terminaram por desenvolver o conceito de indicadores operacionais. Nesse sentido, o intervalo de tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico da doença é um dado importante que pode ser utilizado como indicador da eficácia operacional do Programa de Controle. Ele permite avaliar se o coeficiente de detecção está refletindo a incidência real e, em decorrência, termina por fornecer indicações quanto à magnitude do sub-registro (LÉCHAT et al. apud DE ALBUQUERQUE et al., 1989).

No mundo todo, há cerca de 1.000.000 de pacientes em registro ativo, mas estima-se que realmente haja 1.260.000 pacientes que se distribuem em países de baixa situação sócio-econômica. Estas estimativas estão aquém da realidade, pois, só no Brasil estima-se cerca de 500.000 casos (BRASIL, 2003).

Atualmente a maior prevalência encontra-se no sudeste asiático, seguido de regiões da África e América. O Brasil ocupa o 1º. lugar na América Latina e o 2º. no mundo com o maior número de casos registrados, ficando atrás apenas da Índia. No Brasil, após a assinatura do compromisso para a eliminação da Hanseníase, em 1991, houve uma redução da prevalência de 60% em decorrência das altas por cura, entretanto, houve um aumento na detecção de novos casos em mais de 100% (CARVALHO, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, tem por objetivo chegar a uma prevalência de menos de 1 paciente para cada 10.000 habitantes. A prevalência da doença no país é de 1,7 casos por 10.000 habitantes. No nordeste é de 2,24 registros por 10.000 habitantes. No Maranhão a prevalência ainda é alta (5,41), pois em 2005 registrou-se 6.391 casos da doença.

Baseados em critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, no Maranhão foram classificados 19 municípios prioritários para o combate a hanseníase, são eles: Açailândia, Alto Alegre do Pindaré, Arame, Bacabal, Caxias, Codó, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Lago da Pedra, Miranda do Norte, Monção, Penalva, Pindaré-Mirim, Santa Inês, Santa Luzia, São José de Ribamar, São Luís, São Mateus do Maranhão e Timom (BRASIL, 2006).

De acordo com o exposto, faz-se necessário conhecer a situação da Hanseníase no município de São José de Ribamar, tido como um dos 6 (seis) maiores municípios do estado do Maranhão, mostrando-se relevante a realização desta pesquisa, considerando também que um dos pesquisadores trabalha no município.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar a ocorrência de casos de Hanseníase no período de 2000 a 2005, no município de São José de Ribamar / MA, a partir de alguns indicadores clínicos e epidemiológicos.

### **2.2 Específicos**

Observar a evolução dos casos ao longo do período de 2000 a 2005;

Descrever a prevalência e incidência nesse período;

Caracterizar os casos segundo faixa etária e sexo.

Identificar as formas clínicas apresentadas pelos portadores de hanseníase.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo do tipo quantitativo descritivo e retrospectivo, realizado no município de São José de Ribamar com finalidade de conhecer a realidade da hanseníase no período de 2000 a 2005.

#### **3.2 Local de estudo**

O município de São José de Ribamar. Balneário, situado na ilha de São Luís, cuja sede dista 22 km da periferia da capital. Limita-se ao norte com o município de Paço do Lumiar, Raposa e Baía de São Marcos. Ao leste e ao sul, com a Baía de São José de Ribamar e oeste, com o município de São Luís.

Foi fundado em 26 de dezembro de 1627, obtendo sua emancipação em 1952. Sua economia baseia-se no turismo religioso e na pesca; a população é constituída em sua maioria por pescadores e funcionários públicos, que desempenham suas atividades neste município e ou em São Luís, assim é também considerado município dormitório.

Segundo Censo de 2003, o município ocupa o 5°. lugar no ranking populacional do estado, visto que, a capital, São Luís ocupa o 1°. lugar. Em São José de Ribamar a população é de 147.801 habitantes (SEMUS, 2005). Distribuídos em 104 localidades onde 11 (26.942 habitantes) destas encontram na zona urbana e 93 (120.859 habitantes) na zona rural. No município existem 23 equipes de Programa Saúde da família, todas com o Programa de Eliminação da Hanseníase implantado e com profissionais treinados.

#### **3.3 População e período de estudo**

A população desta pesquisa constituiu-se de todos os casos de Hanseníase registrados através dos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, e pela Secretaria de Estado da Saúde, no município de São José de Ribamar no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005.

### 3.4 Variáveis

A seleção dos pacientes foi feita quanto a faixa etária, sexo e formas clínicas. Na faixa etária para melhor caracterizar a prevalência e a incidência no município, os grupos etários foram subdivididos em cinco categorias: de 1 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 34 anos, de 35 a 64 e acima de 64 anos.

#### 3.4.1 Fontes

A obtenção dos dados da pesquisa foi feita através do levantamento e análise de relatórios dos casos de Hanseníase pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e documentos do município de São José de Ribamar, emitidos pela Secretaria de Saúde do Município e pela Secretaria de Estado da Saúde.

#### 3.4.2 Indicadores epidemiológicos

Indicadores são aproximações quantificadoras de um determinado fenômeno. Podem ser usados para ajudar a descrever uma determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em um período de tempo. Os indicadores de saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde. Para a Hanseníase, o Ministério da Saúde estabelece alguns indicadores que refletem a dinâmica da doença, destacando-se a prevalência e incidência de casos, foco do presente estudo (BRASIL, 2002).

#### 3.4.3 Prevalência

O indicador de prevalência foi utilizado para medir a evolução do processo de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Sendo a soma dos casos novos aos casos antigos, excluindo as curas por alta e os óbitos num determinado período (BRASIL, 2005).

#### 3.4.4 Incidência

É um indicador que nos confere o número de casos novos em uma determinada população (BRASIL, 2005).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estarão descritos os resultados referentes à ocorrência da Hanseníase no município de São José de Ribamar, no período de 2000 a 2005. Nesse período foram registrados 530 casos (Anexo 1 e 2). No Gráfico 1, pode-se observar a distribuição da prevalência da doença ao longo do período em estudo. Avaliando a série histórica de casos no município de São José de Ribamar, observou-se uma tendência crescente a cada ano. Este aumento poderia ser decorrente da expansão da endemia ou de uma intensificação das atividades do Programa de Controle, com a ampliação dos programas Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde, investindo de forma incisiva na capacitação de recursos humanos (CONASEMS, 2004). Estima-se a priori, que haja uma elevação significativa do número de casos nos próximos anos, para uma posterior redução da prevalência da doença.

O Maranhão apresenta o coeficiente de prevalência alto; 5,1 casos por dez mil habitantes, sendo que a região Pré-Amazônica apresenta a maior concentração de casos.

A Hanseníase até hoje é um problema de saúde pública no Brasil. Em 2002, estava registrado um total de 77.724 casos, tendo sido diagnosticados 47.016 casos novos. O coeficiente de prevalência é de 4,6 casos por dez mil habitantes, o que representa a maior prevalência mundial. O número de casos notificados não significa a totalidade de pacientes, pois os estudos de prevalência ocultam a doença e apontam em torno de dez mil casos não diagnosticados por ano. Estes números podem ser decorrentes de vários fatores, entre eles, a falta de conhecimento da população sobre a doença (GOULART, 2002).

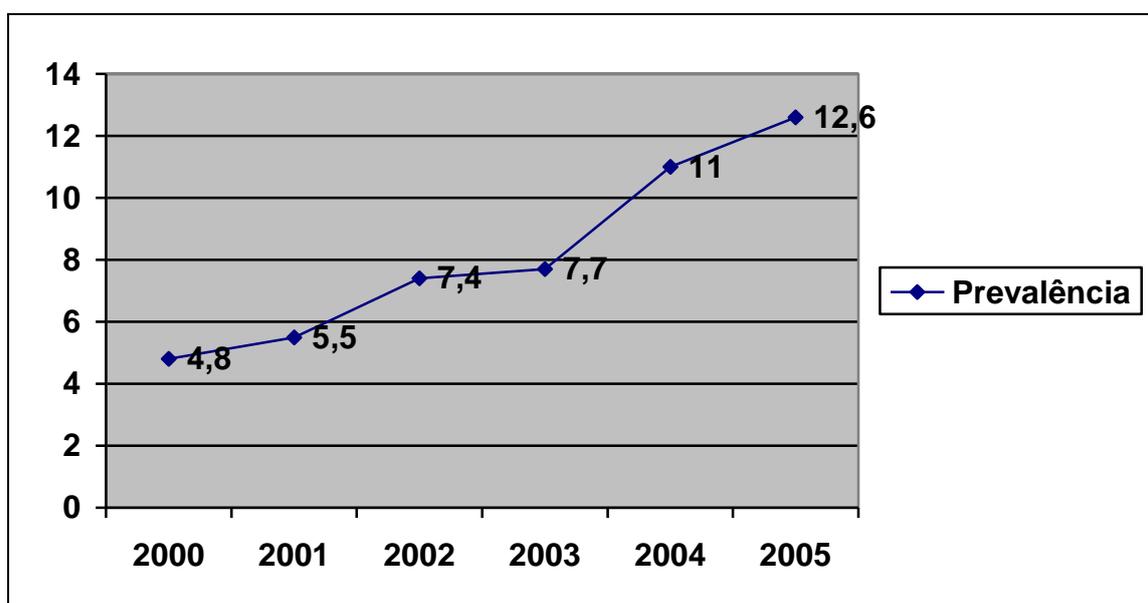


Gráfico 1 - Distribuição de casos de hanseníase em São José de Ribamar. Período de 2000-2005

O Gráfico 2 mostra um aumento da incidência ao longo dos anos; nota-se um aumento paulatino e constante nos primeiros três anos, estacionando no ano seguinte, para logo ter um aumento substancial em 2004, indo para 9,9 casos / 10.000 hab., seguindo ordem crescente para 11,6 casos /10.000 hab. em 2005. Observa-se uma tendência crescente a cada ano com manutenção de altos índices. No Maranhão, em 2004, foram registrados 4947 casos, destes, 559 ocorreram em menores de 15 anos, o que se atribui ao convívio familiar com um doente multibacilar, sem diagnóstico e tratamento; por isso é importante que a rede básica de saúde esteja apta a descobrir os casos em sua fase inicial, examinando os contatos intra-domiciliares (MARANHÃO, 2005). No Brasil, houve um aumento das taxas de incidência adiando o compromisso de eliminação da hanseníase até 2005 (FUNASA, 2002).

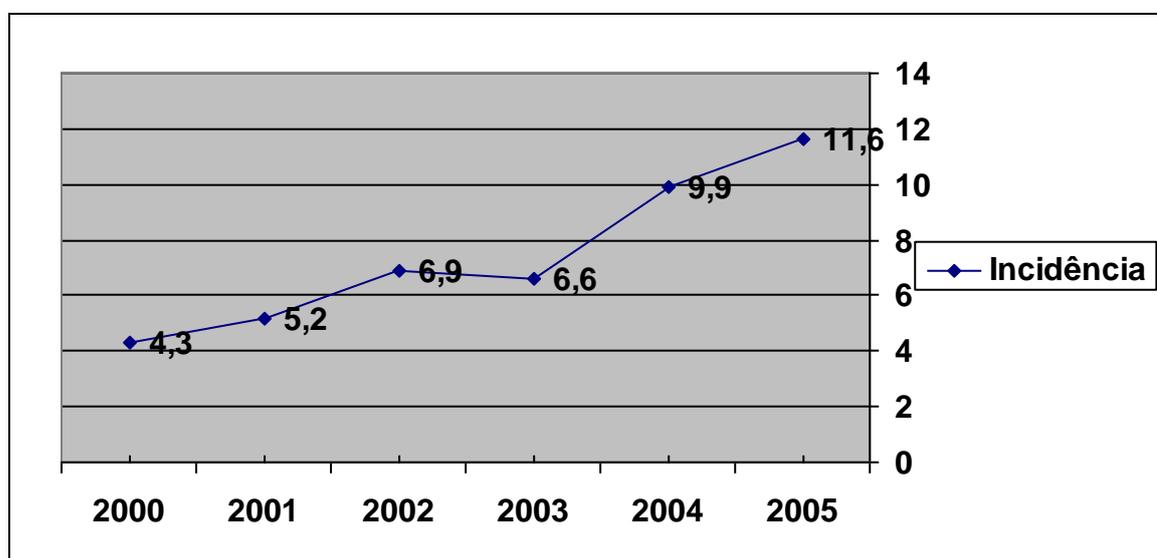


Gráfico 2 – Distribuição dos casos de hanseníase no município de São José de Ribamar segundo a incidência no período de 2000-2005.

Na estratificação por faixas etárias, seguindo uma ordem decrescente, o grupo de 20 a 34 anos registrou a maior ocorrência – 178 casos, seguido do grupo de 35 a 64 anos – 156, os menores de 19 anos – 154 casos, e acima de 64 anos -- 42 casos. São condizentes com a literatura existente (CUNHA, 2002). Segundo Figueiredo (2005), a hanseníase pode atingir pessoas de qualquer idade, já que é uma doença que é transmitida diretamente de pessoa a pessoa, entretanto se julga necessário um longo período de exposição, e apenas uma pequena parcela da população é acometida.

Albuquerque et al. (1989), reforça que a diferença de incidência da doença nos diversos grupos etários está relacionada a oportunidade de exposição precoce ou tardia ao

*Mycobacterium leprae*, determinada pelo maior ou menor nível de endemicidade local, como também pelo grau de eficácia do programa de controle

A detecção de casos de hanseníase, nos diversos grupos etários, é também determinada pelo grau de eficácia do Programa de Controle. Assim é que, logo após a introdução de novas atividades de detecção ou da implementação das previamente existentes serão detectados os casos "acumulados". O efeito desta acumulação deve-se refletir na descoberta de casos antigos, que em geral correspondem às pessoas com mais idade (OMS, 1977).

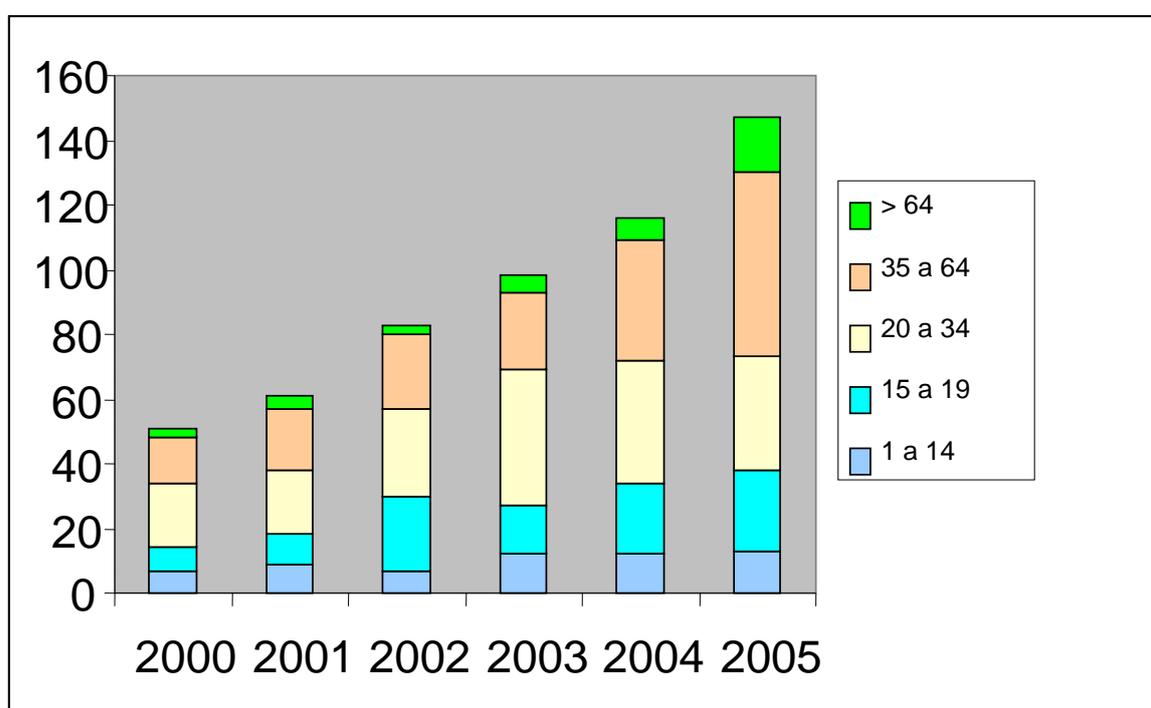


Gráfico 3 - Distribuição numérica dos casos de hanseníase segundo faixa etária no período de 2000-2005. São Jose de Ribamar

Pode-se observar que a maior evidência de casos de Hanseníase ocorre em pessoas do sexo masculino, concordando com a literatura vigente, atribuindo essa preferência devido às atividades de contatos domiciliares e extradomiciliares. A tendência de acometimento do sexo masculino se reafirma, estabelecendo uma ordem de continuidade da maior incidência no sexo masculino que no feminino na maioria das regiões do mundo, segundo o Ministério da Saúde (2002).

Com o passar dos anos, a tendência de maior prevalência no sexo masculino, vai construindo o caminho inverso, devido à mulher vir ocupando lugares que muitas vezes pertenciam ao homem, determinando assim, um aumento constante. Apesar de haver uma

pequena diferença dos dados pesquisados, destacando o predomínio do sexo feminino nesta pesquisa apenas no ano de 2005, a referência pesquisada enfatiza o predomínio do sexo masculino, possivelmente devido a uma maior movimentação e oportunidade de contato social entre os homens (GOULART et al., apud LOMBARDI; SUÁREZ, 2002).

Lombardi; Suárez (1997) advertem que em lugares onde os indivíduos têm as mesmas oportunidades de contato a ocorrência de casos de Hanseníase aparentemente tem igual frequência entre pessoas de ambos os sexos, portanto, todos estão sujeitos a adquiri-la.

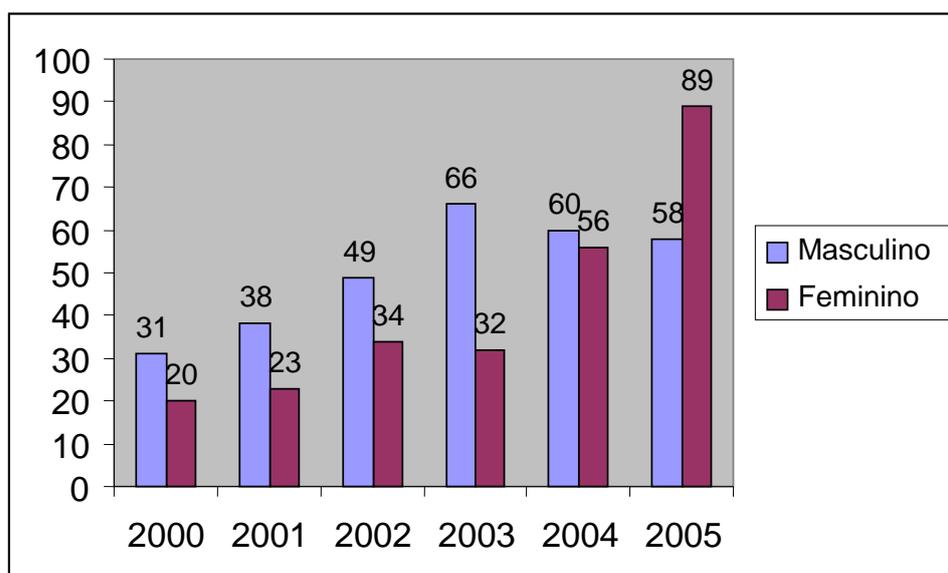


Gráfico 4 - Distribuição dos casos de hanseníase segundo o sexo no período de 2000-2005.

A pesquisa evidenciou o predomínio até o ano de 2002 da forma virchowiana como se observa no Gráfico 5. A partir de então houve ao longo dos anos subsequentes um aumento do predomínio da forma dimorfa, formas classificadas de multibacilares (quanto ao esquema de tratamento). De acordo com Brasil (2002) os doentes paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) não são considerados como importantes fontes de transmissão da doença, devido a baixa carga bacilar. Já os clientes multibacilares representam o grupo contagiante, pois não apresentam resistência ao bacilo, que se multiplica no seu organismo passando a ser eliminado para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas; constituindo a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

As formas indeterminadas poderiam ser traduzidas como um estágio inicial e transitório da doença, sendo encontradas em indivíduos de resposta imune não definida diante do bacilo, usualmente crianças (NOUSSITOU, et al. apud HINRICHSEN et al., 2002). A Hanseníase Tuberculóide acomete indivíduos competentes. O predomínio dessa forma numa região é um

indicador epidemiológico importante de tendência crescente da doença. A Hanseníase Virchowiana, por outro lado, corresponde ao pólo de baixa resistência dentro do espectro da doença, caracterizando-se pela cronicidade de sua evolução. Já o caráter instável da Hanseníase Dimorfa expressa alterações clínicas que vão desde lesões semelhantes às encontradas no pólo virchowiano às presentes no pólo tuberculóide (HINRICHSEN et al., 2002).

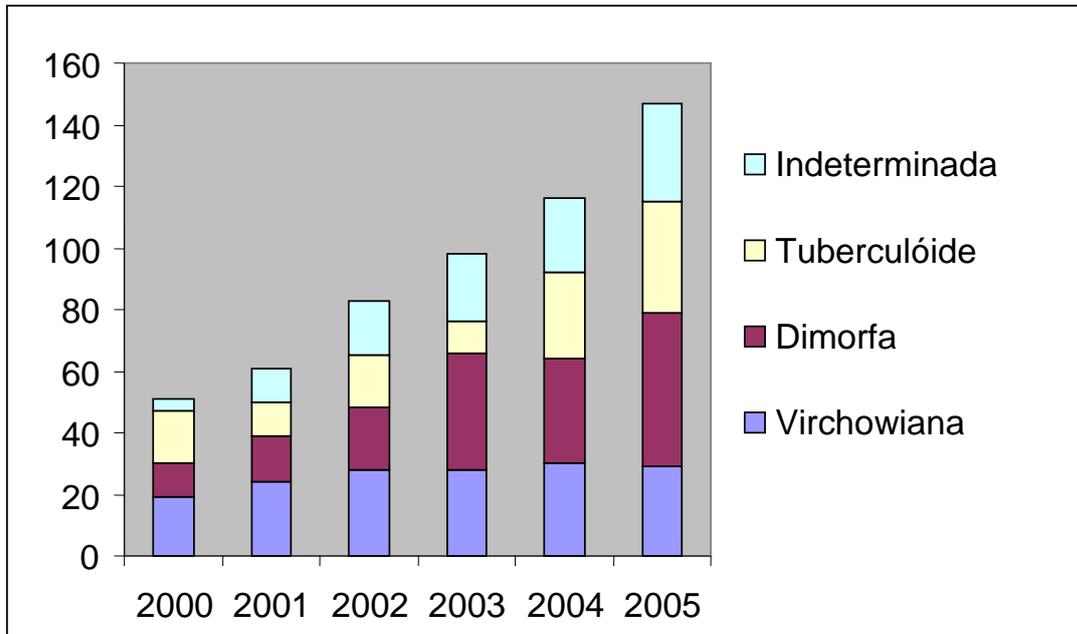


Gráfico 5 - Distribuição numérica dos casos de hanseníase no município de São José de Ribamar, segundo formas clínicas apresentadas no período de 2000-2005.

## 5 CONCLUSÃO

Através do estudo realizado, buscou-se estudar alguns aspectos da ocorrência de hanseníase no município de São José de Ribamar, no período de 2000 a 2005. Conforme o resultado obtido, evidenciou-se um aumento tanto da prevalência como da incidência da hanseníase em São José de Ribamar ao longo dos anos. Observou-se que a faixa etária predominante está entre 20 a 34 anos. No que se refere ao sexo da população pesquisada, o sexo masculino se destacou. Porém, nos últimos anos, esta tendência vem diminuindo. Sobre as formas clínicas houve um predomínio da forma virchowiana, seguida da forma dimorfa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como ser humano, somos, ao mesmo tempo, um ser físico, social, psicológico e cultural. Cada uma dessas dimensões complementa a outra, ou seja, somos um ser complexo. Por isso, entende-se que, qualquer programa de combate à hanseníase que seja implantado deve buscar a cura do doente como um todo.

Este estudo assume, portanto que para incorporar uma dimensão holística (que integre o indivíduo com a sua dimensão social e cultural) Do paradoxo saúde-doença. A medicina precisaria ampliar a sua base reducionista biológica e incluir dimensões sociais e culturais no enfoque da saúde e da doença. Esta perspectiva teria um efeito duplo com relação à especificidade do nosso estudo. De um lado, ela responderia à demanda de grande parte da população estudada e, de outro, muito provavelmente, produziria um impacto positivo no quadro epidemiológico de desenvolvimento da hanseníase. Aumentando o número de visitas domiciliares, buscando uma melhor orientação e integração deste indivíduo no seu meio, onde conseqüentemente irá reduzir o número de inadimplentes ou de evasões ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. de F. P. M.; MORAES, H. M.; XIMENES, R. A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 2. 1989.
- ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2003.
- BRAGA, Carlos Alberto Valle. **Hanseníase no Estado do Amazonas**: estudo das características epidemiológicas da hanseníase no município de Lábrea. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 7 fev. 2006.
- BAKIRTZIEF, Zoica. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.4, p.497-505, dez. 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Controle de Hanseníase**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1989.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de controle da Hanseníase**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- \_\_\_\_\_. Secretarias de Políticas de Saúde. **Guia para controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Hanseníase**: atividades de controle e manual de procedimentos. 3. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Como conhecer e tratar reações hansênicas**. Belo Horizonte: SES, 2005.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância e Saúde**: relatório de situação: Maranhão. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, Karla Cristina Naves de Kushita. **Eliminação da hanseníase**. Disponível em: <http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/saude/premio4/trabalhos/002.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2006.
- CUNHA, Ana Zoe Schiling da. **Hanseníase**: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24. abr. 2007.
- CONASEMS. **Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da Hanseníase no Brasil**. Brasília, DF, 2004.
- DE CASTRO, Frei João Pedreira. **Bíblia Sagrada**: Levítico. São Paulo: Ave Maria, 2007.
- ELBEN, M.; LENZ, C. **Acabamos com a lepra, mas não com a hanseníase**. Disponível em: [http://www.ultimato.com.br/?pg=show\\_artigos&secMestre=1140&sec=1171&num\\_edicao=298](http://www.ultimato.com.br/?pg=show_artigos&secMestre=1140&sec=1171&num_edicao=298). Acesso em: 7 fev. 2006.

FERREIRA, Isaias Nery; ALVAREZ, Rosicler Rocha Aiza. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, n. 1, p. 41-49, mar. 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 7 fev. 2006.

FIGUEREDO, Nébia Maria Almeida (org). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FUNASA. **Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.tutoresidenciamedica.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 25 jun.. 2007.

GONÇALVES, A.; GONÇALVES Neusa N. da S. Epidemiologia genética: epidemiologia, genética ou nenhuma das anteriores?. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 4, 1990.

GOULART, Isabela Maria Bernardes, et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, MG. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2002.

HINRICHSEN, S. L. et al. **Investigação clínica, epidemiológica, laboratorial e terapêutica**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DERMATOLOGIA, 4., 2002, Recife. Anais... Recife, 2002. v. 79.

JUNQUEIRA, Thaís Botelho; OLIVEIRA, Helena Pessini de. Lepra/Hanseníase: passado – presente. **Ciênc. cuid. saúde**, v.1, n. 2, p. 263-266, jul./dez. 2002. . Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 7 fev. 2006.

LEÃO, R. M. Q. **Doenças infecciosas e parasitárias: enfoque amazônico**. Belém: Cejup: UEPA: Instituto Evandro Chagas, 1997.

MARANHÃO. Secretaria de Saúde. Departamento de Epidemiologia. **Informe epidemiológico da hanseníase**, São Luís, MA, ago. 2005.

MARCHESE; MARCHESE; RIVITTI. Hanseníase. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de; ROMANELLI, Geraldo Os efeitos da Hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cad.Saúde Pública**, v.14, n.1, p.51-60, jan. 1998.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reinaldo Quagliato, 2000.

OMS. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase: período do plano: 2006-2010**. Disponível em: [http://www.opas.org.br/prevenção/site/uploadarq/estrat%c3%a9gia\\_global.pdf](http://www.opas.org.br/prevenção/site/uploadarq/estrat%c3%a9gia_global.pdf)>. Acesso em: 2 maio. 2007.

PENNA, Gerson Oliveira et al. **Talidomida no tratamento do eritema nodoso hansênico: revisão sistemática dos ensaios clínicos e perspectivas de novas investigações.** 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 7 fev. 2006.

PEREIRA, Gerson Fernando Mendes. **Guia para implantar/implementar as atividades de controle da Hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/hanseniasse/municard.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

QUEIROZ, M.S.; CARRASCO, M.A.P. O doente de Hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.11, n.3, p. 479-90. 1995.

SANTOS, V.S.M. Pesquisa documental sobre a história da Hanseníase no Brasil. **Hist. cienc. Saúde**, Manguinhos, v.10, supl.1, p. 415-26. 2003.

SANTOS, G.G. et al. Aspectos estomatológicos das lesões específicas e não-específicas em pacientes portadores da moléstia de Hansen. **Odontol. Bras.**, São Paulo, v.14, n. 3. 2000.

SINAN. **Área técnica de dermatologia sanitária.** Disponível em: <<httpwww.sinan.com.br>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

ANEXO

**ANEXO 1 – Caso de hanseníase no município de São José de Ribamar no período de 2000**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CASOS DE HANSENIASE DO MUNICÍPIO DE S. J. DE RIBAMAR/2000 MODO DE ENTRADA/FORMA

Modo Entrada	INDETERMINADA	TUBERCULOIDE	DIMORFA	VIRCHOWIANA	Total
Caso Novo	5	15	9	18	47
Transferência de mesmo município	0	0	0	1	1
Transferência de outro município(mesma UF)	0	1	0	1	2
Recidiva	0	0	0	1	1
Outros ingressos	0	1	0	0	1
Total	5	17	9	21	52

CASOS DE HANSENIASE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR/2000 SEXO/FA ETÁRIA

Sexo	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	Total
Ignorado	0	0	0	1	0	1	0	2
Masculino	0	4	5	13	5	1	2	30
Feminino	1	1	5	6	5	1	1	20
Total	1	5	10	20	10	3	3	52

CASOS DE HANSENIASE DO MUNICÍPIO DE S. J. DE RIBAMAR/2000 C. OPERAC/ TIPO DE ALTA

Class Oper Noti	Caso Novo	Transf:do mesmo município	Transf:de outro município(mesma UF)	Recidiva	Outros ingressos	Total
PAUCIBACILAR	19	0	1	0	1	21
MULTIBACILAR	28	1	1	1	0	31
Total	47	1	2	1	1	52

CASOS DE HANSENIASE DO MUNICÍPIO DE S. J. DE RIBAMAR/2000 C. OPERAC/ TIPO DE ALTA

Class Oper Noti	Cura	Óbito	Transferência para OUTRO Município	Alta Estatística	Total
PAUCIBACILAR	18	0	0	3	21
MULTIBACILAR	24	1	1	5	31
Total	42	1	1	8	52

São Luís (MA) 03 de dezembro de 2007

FONTE:SES/MA/SINAN/W/T/ABWIN

**ANEXO 2 – Caso de hanseníase no município de São José de Ribamar no período de 2001 a 2005**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - FORMA**

Ano da Notific	INDETERMINADA	TUBERCULÓIDE	DMORFA	VIRCHOWIANA	NÃO CLASSIF	Total	Masculino	Feminino	Total
2001	11	11	15	23	0	60	37	23	60
2002	18	17	20	25	0	80	47	33	80
2003	18	8	34	23	0	83	56	27	83
2004	25	30	37	28	1	119	64	55	119
2005	31	34	44	27	0	136	52	84	136
Total	103	100	150	124	1	478	256	222	478

**CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - MODO DE ENTRADA**

Ano da Notific	Caso Novo	Transferência do mesmo município	Transferência de outro município(mesma UF)	transf. de outro país	Recidiva	Outros Ingressos	Total
2001	56	0	0	0	3	1	60
2002	75	1	0	0	1	3	80
2003	71	3	6	1	1	1	83
2004	107	2	3	0	2	5	119
2005	125	2	6	0	1	2	136
Total	434	8	15	1	8	12	478

**CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - CLASS OPERACIONAL**

Ano da Notific	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR	Total
2001	19	41	60
2002	34	46	80
2003	26	57	83
2004	54	65	119
2005	64	72	136
Total	197	281	478

**CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - FX ETÁRIA**

Ano da Notific	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+ Total
2001	1	0	1	6	8	21	11	8	3	1
2002	1	0	2	4	20	27	11	11	2	80
2003	0	0	0	7	12	38	13	8	3	83
2004	1	0	3	11	21	38	21	15	9	119
2005	0	1	4	7	28	34	31	14	13	136
Total	3	1	10	35	89	158	87	56	30	478

**CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - TIPO DE ALTA**

Ano da Notific	não preenchido	Cura	Total
2001	7	48	55
2002	3	73	76
2003	8	69	77
2004	9	102	111
2005	7	118	125
Total	34	410	444

São Luis (MA) 03 de dezembro de 2007  
FONTE: SES/MA/SINANNET/TABWIN