

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO - OESTE DO PARANÁ

Fernanda Francielle Lima de Oliveira¹; Luciana Conci Macedo²

RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica e curável, causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual possui alto poder infectante e baixo poder patogênico. Atualmente, o Brasil é o segundo país no mundo em números absoluto de casos de hanseníase. Em virtude da alta prevalência no país, o objetivo do estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos portadores de Hanseníase no município de Iretama - Paraná. Para tanto, utilizou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa descritiva exploratória, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Os dados foram coletados por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em relação às características sociodemográficas dos portadores de Hanseníase, houve o predomínio dos casos na área urbana (82,75%), do sexo masculino (55,18%), na faixa etária de 38 - 47 anos (24,13%) e 1º grau incompleto (55,18%). Foi observado maior registro de indivíduos multibacilares (72,41%) e na forma clínica virchowiana (51,73%). O alto coeficiente de prevalência (CP) da Hanseníase, comparado ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), permitiu evidenciar que o município de Iretama é uma região endêmica para a doença, tendo a forma virchowiana como a de maior incidência.

Palavras-chave: Hanseníase; Perfil epidemiológico; Coeficiente de prevalência.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF LEPROSY PATIENTS IN A MUNICIPALITY OF MIDWEST REGION OF PARANA.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious but curable disease with chronic evolution. *Mycobacterium leprae* shows high infection but low pathogenic power. Currently, Brazil is the second country in the world in numbers of leprosy cases. Thus, this study aimed to investigate the epidemiological characteristics of leprosy patients in Iretama-Pr. A descriptive and exploratory research with quantitative approach was carried out from January 2005 to December 2009. Data were collected through the database of Information System for Notifiable Diseases (SINAN). Socio-demographic characteristics of leprosy patients showed predominance of males (55.18%) aged 28-47 (24.13%) and first grade school (55.18%) that lived in urban areas (82.75%). There was prevalence of multibacillary individuals (72.41%) and lepromatous clinical form (51.73%). The high incidence of leprosy, compared with that recommended by the World Health Organization (WHO) has highlighted that the municipality of Iretama is an endemic region for leprosy, with high incidence of lepromatous.

Keywords: Leprosy; Epidemiological profile; High prevalence.

¹Enfermeira, Graduada em Enfermagem Faculdade Integrado de Campo Mourão PR.

² Mestre. Docente da Faculdade Integrado de Campo Mourão - Pr e Faculdade Ingá Maringá- PR

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (1), um parasita intracelular obrigatório, com alto poder infectante e baixo poder patogênico (2).

Conhecida pelas designações de lepra, mal de Lazaro, morféia e mal de Hansen, a Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica e curável, transmitida através das vias respiratórias. Manifesta-se por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, área de pele seca e com falta de suor, queda de pelos, especialmente nas sobrancelhas, dor e sensação de choque ao longo dos nervos dos braços e pernas, inchaço de mãos e pés, atrofias, mão em garras, parestesias e paralisias musculares (3).

A transmissão da Hanseníase ocorre pela saliva, secreção nasal, através da respiração, tosse, fala, espirro e contato direto de soluções de continuidade da pele ou mucosa do indivíduo doente Multibacilar (MB). O período de incubação em média é de dois a sete anos, variando em meses ou até mais de dez anos (4).

Em todo mundo, 254.525 casos novos foram detectados no ano de 2007. O Brasil contribuiu com 39.125 desses casos, sendo o país com maior número de casos no continente Americano (5). Desta maneira, o Brasil é apontado como o segundo país no mundo em número absoluto de casos de Hanseníase (6).

No Paraná, as primeiras notícias em relação à doença datam de 1816, com o aparecimento de hansenianos vindos da região norte do país para se fixarem em alguns municípios do estado. O coeficiente de prevalência de Hanseníase no estado vem diminuindo progressivamente desde 1997, passando de 6,02 para 2,80 por 10.000 habitantes no ano de 2003, mas, não atingindo a meta de eliminação estipulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de um caso para cada 10.000 habitantes (6).

No ano de 1991, através da OMS, foi formulado o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), visando reduzir a taxa de prevalência a menos de um caso para 10 mil habitantes até o ano 2000, em todo o território nacional (4). Com isso, o Programa de Controle da Hanseníase no Estado do Paraná

desenvolveu estratégias e ações conforme as recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS). As atividades, como o diagnóstico, o tratamento, a avaliação de incapacidade física e o exame de contatos, eram realizados apenas por dermatologistas nos centros de referência da rede pública de saúde. Porém, em 1996, com a Norma Operacional Básica (NOB-96), iniciou-se, no Estado do Paraná, a estratégia de descentralização do atendimento e tratamento da doença para os municípios, visando à eliminação da Hanseníase. Uma das prioridades foi promover a capacitação dos profissionais da rede de atenção básica de saúde e à responsabilização dos gestores e equipes municipais (7).

O tratamento do paciente com Hanseníase é fundamental para curá-lo e fechar a fonte de infecção, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a Hanseníase enquanto problema de saúde pública (7).

O Ministério da Saúde (MS) define que o esquema terapêutico depende da classificação operacional do caso: paucibacilar (PB) - casos com até cinco lesões ou apenas um tronco nervoso acometido onde a baciloscopia pode ser negativa, ou multibacilar (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele ou mais de um tronco nervoso acometido e baciloscopia positiva. A OMS padronizou como tratamento a poliquimioterapia (PQT), no qual deve ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde, gratuitamente (8).

As classificações das formas clínicas da Hanseníase, mais usadas no Brasil, são as de Madri (1953) e a de Ridley e Jopling (1966). A classificação utilizada nos serviços públicos de saúde brasileiros é a que resultou do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri, em 1953. Os quatro grandes critérios que definem a classificação da Hanseníase são: clínico, bacteriológico, imunológico e histopatológico. A classificação de Madri também adota critérios de polaridades, baseado nas características clínicas da doença, nos quais são divididos em dois grupos: grupo transitório e inicial da doença, Indeterminada (I) e Dimorfa (D), e o grupo polar Tuberculoide (T) e Virchowiano (V) (9).

A forma indeterminada considerada a primeira manifestação clínica da Hanseníase e após meses ou até anos, ocorre evolução para cura ou outra forma clínica. Caracteriza-se por

poucas lesões esbranquiçadas com alteração de sensibilidades em qualquer área do corpo, não há comprometimento de troncos nervosos (9).

A forma tuberculóide, caracteriza-se por um pólo não contagioso da doença, pois não elimina bacilos. Encontram-se lesões em números reduzidos, de distribuição assimétrica, com bordas bem delimitadas e frequentemente acometimento nervoso.

A Hanseníase dimorfa é caracterizada por sua instabilidade imunológica, o que faz com que esta forma clínica oscile entre as manifestações da forma tuberculóide e virchowiana. À proximidade ao pólo tuberculóide observa-se lesões mais delimitadas, anestésicas e de superfície seca, já a proximidade ao pólo virchowiano observa-se lesões mais numerosas, brilhantes, com menor definição de limites, cuja perda de sensibilidade não é tão intensa (9).

A forma clínica virchowiana é altamente contagiosa, mas a transmissão depende de exposição íntima e prolongada. Caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas (9).

Tendo em vista que a prevalência de Hanseníase continua acima do preconizado pelo OMS e considerando o quão importante é a erradicação da mesma, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos portadores de Hanseníase no município de Iretama, PR, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa com abordagem quantitativa descritiva exploratória, no município de Iretama, Paraná, região sul do Brasil, no qual o município conta com 11.174 habitantes (10). Os dados foram constituídos de todos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

Para a coleta de dados, foram utilizadas as informações contidas nas fichas de notificação e investigação da Hanseníase que fazem parte do banco de dados do

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, os dados foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Como instrumentos para a coleta dos dados, foram utilizados os formulários dos pacientes, contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, escolaridade, residência (zona rural ou urbana), modo de entrada (de que maneira foi identificado: caso novo, recidiva e não identificado), número de lesões (menor que 5 lesões e maior 5 lesões), número de nervos afetados (zero, um, dois, três e não classificado), forma clínica (indeterminada, tuberculóide, dimorfa, virchowiana e ignorado), classificação operacional (paucibacilar/ multibacilar), baciloscopia (positiva, negativa e não realizada), grau de incapacidade (zero, um, dois e não classificado), início e forma de tratamento (paucibacilar ou multibacilar).

Para a análise do coeficiente de prevalência (CP) da Hanseníase, foi calculada a relação entre o número de casos existentes em tratamento de cada ano, dividido pelo número total da população do município (11.174), multiplicando o resultado pela base referência da população (10.000) (3).

A pesquisa foi realizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade Integrado de Campo Mourão/PR, com o parecer nº 63/09 obedecendo às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (11).

Os resultados foram tabulados com auxílio do programa Epi info para Windows versão 3.5.1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009, foram atendidos 29 casos de Hanseníase no município de Iretama, PR. As características sociodemográficas dos mesmos encontram-se na tabela 1. Foi verificado um predomínio de pacientes da faixa etária de 38-47 anos, do sexo masculino, etnia branca com 1º grau completo, residentes na zona urbana.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos portadores de Hanseníase, do município de Iretama, PR, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
28 – 37	6	20,68
38 – 47	7	24,13
48 – 57	5	17,25
58 – 67	5	17,25
68 – 77	4	13,79
78 – 85	2	6,90
Gênero		
Masculino	16	55,18
Feminino	13	44,82
Raça		
Amarelo	1	3,44
Branco	17	58,62
Ignorado	1	3,44
Parda	5	17,25
Negra	5	17,25
Escolaridade		
1º grau completo	3	10,34
1º grau incompleto	16	55,18
2º grau completo	2	6,90
2º grau incompleto	2	6,90
Analfabeto	3	10,34
Ignorado	3	10,34
Zona de residência		
Urbana	24	82,75
Rural	5	17,25

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) / Secretária Municipal de Saúde 2005 a 2009

De acordo com a figura 1 apresentada abaixo, nota-se que o coeficiente de prevalência (CP) no município teve muitas variações durante o período de estudo, apresentando uma média de 5,18 casos no período estudado.

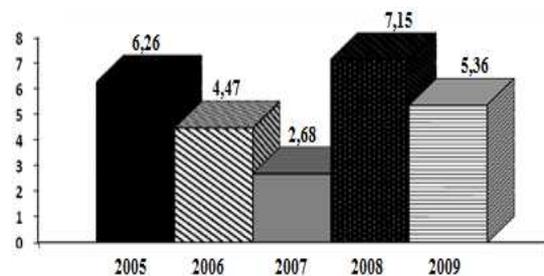


Figura 1. Prevalência em números de pacientes com Hanseníase por 10 mil habitantes, no município de Iretama, PR, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

A partir dos dados coletados, observou-se que 93,10% (27) dos pacientes foram provenientes de casos novos, 3,45% (01) reincidência e 3,45% (01) por meios não identificados. A distribuição dos casos de Hanseníase conforme as características clínicas e laboratoriais estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos casos de Hanseníase, conforme baciloscopia, números de lesões e números de nervos afetados, encontrados no município de Iretama – PR, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

Variáveis	n	%
Baciloscopia		
Positiva	20	68,97
Negativa	7	24,13
Não Realizada	2	6,90
Número de Lesões na Pele		
< 5	13	44,82
> 5	16	55,18
Números de Nervos Afetados		
Zero	12	41,38
Um	2	6,90
Dois	1	3,44
Três	2	6,90
Ignorado	12	41,38

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) / Secretária Municipal de Saúde 2005 a 2009.

Os resultados em relação à classificação operacional, forma clínica e tempo de

tratamento, estão demonstrados a seguir na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos inscritos no Programa de Controle de Hanseníase, do município de Iretama, PR, segundo a classificação operacional, forma clínica e esquema terapêutico no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

Variáveis	n	%
Classificação Operacional		
Multibacilar	21	72,41
Paucibacilar	8	27,59
Forma Clínica		
Indeterminada	-	-
Tuberculoíde	10	34,48
Dimorfa	-	-
Virchowiana	15	51,73
Não Classificado	4	13,79
Esquema Terapêutico		
Poliquimioterapia (PQT) 6 doses	7	24,13
Poliquimioterapia (PQT) 12 doses	22	75,87

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) / Secretária Municipal de Saúde 2005 a 2009

A identificação do grau de incapacidade é um dos indicadores empregados na avaliação do programa de controle da Hanseníase.

Foi observada nas fichas de notificação, que 48,28% (14) dos pacientes foram classificados como grau 0 (zero).

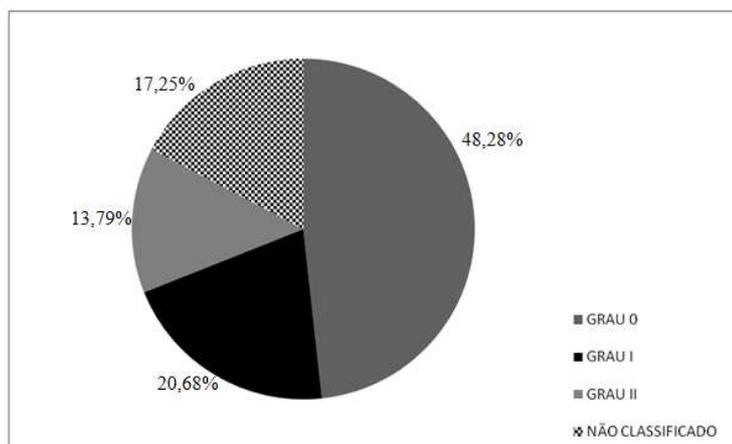


Figura 2. Percentual do grau de incapacidade da Hanseníase, no município de Iretama, PR, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

DISCUSSÃO

Foram registrados no município de Iretama, PR, 29 casos de Hanseníase no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009, onde o coeficiente de prevalência (CP)

do município variou de 2,68 a 7,15 casos por 10 mil habitantes, sendo superior à meta de eliminação proposta pela OMS.

Houve maior predominância no gênero masculino, com 55,18% dos casos. Segundo

Gomes et. al.(12) a maior prevalência de Hanseníase no gênero masculino está associada à preocupação com o trabalho e o sustento da família, o que muitas vezes impedem o homem de procurar os serviços de saúde. Os homens também revelaram no estudo de Gomes et. Al.(12), que os horários de funcionamento dos serviços de saúde não atendem às demandas, por coincidir com a carga horária de trabalho, ficando as buscas por atendimento aos serviços de saúde em segundo plano.

De acordo com a literatura, no Brasil são diagnosticados, proporcionalmente, 1,3 pacientes do gênero masculino para 1 do gênero feminino (13). Essas informações são confirmadas pelos dados encontrados neste estudo onde (1,2 são do gênero masculino para 1 do gênero feminino). Porém, outros estudos, como de Choptian (14), que em seu estudo com 21 pacientes de Hanseníase do município de Roncador, PR encontrou 1,6 casos do gênero feminino para 1 caso do gênero masculino. Lana et. al. (15), em 1217 pacientes no município de Belo Horizonte, MG observaram proporções praticamente semelhantes para ambos os gêneros. Contradizendo os dados encontrados no nosso trabalho, o que pode ser justificado pelas diferenças regionais e culturais da população estudada.

Quanto à distribuição da doença por faixa etária, houve predominância entre 38 - 47 anos, com 24,13%. Como já descrito na literatura, a Hanseníase acomete crianças em menor proporção do que adultos, pois como em todas as doenças com longo período de incubação, há um aumento dos casos com o progredir da idade (16). De acordo com Gomes et al. (17), em um estudo realizado na região Nordeste do Brasil, com 967 pessoas com Hanseníase, observaram a maior incidência (35,8%) na faixa etária de 35 a 54 anos.

Em relação à variável raça/cor, houve predominância da cor branca (58,62%) esta evidência não se deve a maior suscetibilidade à doença e sim ao perfil populacional do Paraná, que concentra maior número de indivíduos da raça branca (18). Porém, em estudos realizados na região Nordeste, onde a raça parda tem maior predominância, os resultados foram diferentes. No estudo de Santos (19), no município de Jaguaré, ES, composto por 90 pacientes de Hanseníase, identificou predomínio da raça parda 38,9%, seguido de 37,8% da raça negra. Dessa forma,

deve-se levar em consideração o perfil populacional da população em estudo.

Observando a variável escolaridade, 55,18% dos portadores de Hanseníase, possuem 1º grau incompleto. O resultado desta variável reafirma o estudo de Joffe, et. al. (20), realizado no Rio de Janeiro, onde 50,4% dos pacientes com Hanseníase possuíam 1º grau incompleto. Autores relatam ainda que a educação proporcione ao indivíduo maior compreensão do processo saúde-doença, levando a busca do serviço de saúde mais precocemente (21).

Foi verificado, no presente estudo que a Hanseníase possui um perfil endêmico urbano com 82,75% dos casos no município. Dias et al. (22), em Mossoró – RN observou a maior porcentagem dos casos de Hanseníase (97,28%) na zona urbana, pois os aglomerados urbanos favorecem a transmissão da doença. Neste sentido, Sobrinho (23) afirma que a Hanseníase acomete mais intensamente aquelas pessoas em condições sociais menos favorecidas, desprovidas de saneamento básico, com menor grau de escolaridade, alimentação deficiente, residente em casas aglomeradas, em condições precárias e aqueles com deficiência imunológica frente ao parasita.

Quanto ao modo de entrada dos pacientes inscritos no Programa de Controle de Hanseníase, houve predominância (93,10%) de casos novos, onde esses nunca realizaram nenhum tratamento em relação à doença, e que nem foram transferidos de outro serviço de saúde; 3,45% por meios não identificados e 3,45% por reincidência. A reincidência ocorre quando o paciente após alta desenvolve novos sinais e sintomas da doença. Apesar de ser raro, isso ocorre quando o paciente recebeu a PQT de forma inadequada para sua forma clínica ou não realizou de maneira correta (3).

A baciloscopia é um exame de auxílio no diagnóstico da Hanseníase. A portaria de nº. 1073/GM/MS de setembro de 2000 recomenda que a baciloscopia, quando disponível, deverá ser realizada como exame complementar para a classificação dos casos PB e MB, independente do número de lesões (23). No presente estudo, o teste de baciloscopia teve uma boa cobertura, sendo realizado em 93,07% dos pacientes, onde em 68,97% dos casos o resultado foi positivo. Os casos que foram negativos, a doença foi confirmada através da anamnese e de exame

histopatológico, pois a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico da Hanseníase.

Sobrinho (23) relata que o número de lesões cutâneas é uma variável fundamental para a definição da classificação da forma operacional da Hanseníase e para a duração do tratamento. Afirma também que, múltiplas lesões cutâneas significam estágios adiantados da doença, indicando diagnóstico tardio. Já Narasinha et al. (24), afirmam que não deve-se levar em consideração apenas os aspectos clínicos, e sim principalmente os aspectos bacteriológicos e histopatológico do paciente, vendo que a adoção da forma operacional não deve ser baseada apenas no número de lesões. No presente estudo, verificou-se que 55,18% dos pacientes tinham mais de 5 lesões de pele, porcentagem desigual comparado com a classificação da forma operacional, pois houve casos em que pacientes tinham uma única lesão, mas apresentaram baciloscopia positiva, dessa forma foram classificados e tratados como MB, por período de 12 doses ou mais, do esquema terapêutico.

Em relação à forma operacional, houve predomínio da forma MB (72,41%) em relação a PB. Este resultado está em concordância com o estudo de Helene (25) realizado em São Paulo com 24 pacientes, onde 79% foram classificados no grupo do MB, quanto maior o atraso no diagnóstico, maior a chance de desenvolvimento de incapacidades físicas irreversíveis e lesões decorrentes da própria evolução da doença.

O tratamento do paciente é realizado de acordo com sua classificação operacional em PB ou MB. Se a forma operacional for a PB são 6 doses de PQT mensais supervisionadas tomadas em até 9 meses e para os casos MB são 12 doses mensais supervisionadas tomadas em até 18 meses (3). No presente estudo 75,87% dos pacientes realizaram tratamento de PQT/ 12 doses, o que está de acordo com o predomínio de casos multibacilares na amostra analisada.

No presente estudo, foi verificada maior prevalência da forma virchowiana (51, 73%), seguido da tuberculoide (34,48%) e nenhum registro da forma dimorfa e indeterminada. No estudo de Leite et. al. (26), em uma área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão, a forma dimorfa foi a mais prevalente, com 23,3% e a virchowiana com 9,6%, o que pode ser compreendido devido às diferenças regionais.

A incapacidade física gerada pela Hanseníase levou a OMS a desenvolver um formulário de Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações (ASFNC), para a anotação do resultado da avaliação física, determinando o grau de incapacidade, que pode ser 0 (zero), I (um) ou II (dois) (23). A avaliação do grau de incapacidade é realizada nos olhos, mãos e pés, no momento do diagnóstico e na alta, sendo fundamental para o planejamento de ações de prevenção de incapacidades (5). Quanto mais precocemente for diagnosticada a Hanseníase, menor será o grau de incapacidade. O diagnóstico tardio aumenta as possibilidades do aparecimento de incapacidades físicas, responsável por mutilações, perda de funcionalidade de membros e perda de sensibilidade de áreas no corpo. É relevante ressaltar que as incapacidades físicas repercutem no psicológico do portador, levando a discriminação e auto-segregação (27).

A maioria dos pacientes no estudo foi classificada como grau 0 (zero), correspondendo a 48,28%, este alto percentual de casos associado ao elevado número de casos MB não é comum, pois esta classificação possui importante relação com o aparecimento de incapacidades. Essa mesma associação de resultados foi encontrada nos estudos de Gomes (17) e Sobrinho (18).

Embora se tenha constatado um forte viés utilitarista no uso das plantas presentes nos quintais, há pouca vegetação presente nesses espaços, sobretudo de porte arbóreo. Ainda que houvesse mudas disponíveis para transformar os quintais dos bairros pesquisados em pomares, conseguiu-se plantar, em média, 3,5 mudas por quintal. Isso significa que ainda resta uma parcela considerável de solo ocioso nessas áreas, e que são aconselháveis novas ações de plantios, mesclando a introdução de espécies arbóreas de caráter alimentar com espécies arbustivas e herbáceas de caráter ornamental, alimentar e medicinal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado, de acordo com os objetivos propostos, que o CP da Hanseníase no município de Iretama, PR está acima do preconizado pelo MS, comprovando que o município faz parte de uma região endêmica para a Hanseníase. Analisando as

características sociodemográficas, nota-se que a Hanseníase teve maior número de casos em adultos do sexo masculino, da raça branca, de baixa escolaridade, com procedência de área urbana, que em sua maioria foi classificado como MB (virchowiana), com grau 0 (zero) de incapacidade.

No decorrer das análises das variáveis, notou-se que no momento do preenchimento da ficha de notificação, alguns campos não foram preenchidos/ ignorados ou até mesmo não classificados, podendo inferir que os profissionais não estavam devidamente capacitados para o preenchimento e entendimento da doença.

A realização deste estudo contribuiu para uma melhor compreensão do perfil epidemiológico da Hanseníase no município de Iretama, PR, e poderá favorecer o desenvolvimento e o fortalecimento de ações que promovam o diagnóstico e tratamento precoce, prevenção, tratamento de incapacidades físicas e divulgação dos sinais e sintomas, o que contribuirá para um declínio do CP no município estudado e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Além disso, como perspectivas futuras, programas de educação continuada dos trabalhadores de saúde poderão ser executados, para implementar e solidificar as atividades de controle da Hanseníase na

atenção básica, visando erradicar a mesma como um problema de saúde pública.

...

Fernanda Francielle Lima de Oliveira, Luciana Conci Macedo

Endereço para correspondência: Luciana Conci Macedo

Rua Campos Sales, 404 apt 404, Maringá, Pr, Brasil.

CEP:87020080

Correspondência: luconci@gmail.com

Recebido em 17/02/2011

Revisado em 04/07/2011

Aceito em 15/09/2011

REFERÊNCIAS

- (1) GOULART, I.M.B.; PENNA, G.O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 5, p. 363-375, jul./ago. 2002.
- (2) ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba. v. 36, n. 3, p. 373-382, mai./jun. 2003.
- (3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia para o Controle da hanseníase**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf.2002>. Acesso em 13 nov. 2009.
- (4) FIGUEIREDO, I.A.; SILVA, A.A.M. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luis, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998. A endemia está em expansão? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p. 493-445, mar./abr. 2003.
- (5) ALENCAR, C.H.M et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, p. 694-700, 2008.
- (6) LOVERA, M.E. **II Pesquisa dos Indicadores Epidemiológicos e Operacionais das ações de Controle da Hanseníase no Estado do Paraná, no período de setembro a novembro de 2004-Consolidado**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov/Hanseníase/PROJ2>> **UNESCO_PR Consolidado.pdf**>. Acesso em 24 abr. 2009.
- (7) SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 303-314, fev. 2008.
- (8) ANDRADE, V.L.G. Paucibacilar ou Multibacilar? Uma contribuição para os serviços de saúde. **Hansen International**, v. 21(2), p. 6-13, 1996.
- (9) FADEL, F.Q. **Prontuário Eletrônico para pacientes de hanseníase via web. 2007**. Originalmente apresentado como dissertação de Mestrado em Tecnologia em Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.
- (10) IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_21.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2009.
- (11) Brasil. **Resolução MS/CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saud-elegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 02 out. 2008.
- (12) GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os Homens buscam mais os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino

superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3 (23): p. 565-574, mar. 2007.

(13) OPROMOLLA, D.V.A. Hanseníase após a cura. **Hansen International**, v. 3, n.1/2, p. 1-2, 1998.

(14) CHOPTIAN, S.M. **Perfil epidemiológico dos Portadores de Hanseníase no Município de Roncador-PR**. 2009. 32f. Trabalho de Conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) - Integrado Colégio e Faculdade, Campo Mourão, Paraná, 2009.

(15) LANA, F.C.F. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte - MG - Período 92/97. **Hansen International**, v. 25, n. 2, p.121-131, 2000.

(16) ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, jul. 2003.

(17) GOMES, C.C.D.; GONÇALVES, H.S.; PONTES, M.A.A.; PENNA, G.O. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80(supl 3), p. 283-288, 2005.

(18) SOBRINHO, R.A.S. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Estado do Paraná em Período de Eliminação**. Originalmente apresentado como dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, 2007.

(19) SANTOS, A.S.; CASTRO, D.S.; FALQUETO A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. spe, p. 738-743, nov. 2008.

(20) JOFFE, R.A.; OLIVEIRA, M,L,W.; RUEDA, F.C.L.; DUARTE, M.C.; AMERICANO, H.K.; PICHONE, A.S. Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão cutânea inicial pela População de região metropolitana do Rio de Janeiro. **Hansen International**, v. 28, n. 1, p. 65-70, 2003.

(21) DESSUNTI, E.M.; SOUBHIA, Z.; ARANDA, C.M.; BARRO, M.P.A.A. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina - PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. spe, p. 689-693, out. 2008.

(22) DIAS, M.C.F.S.; DIAS, G.H.; NOBRE, M.L. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica – SIG*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80(supl3), p. 289-294, 2005.

(23) SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 303-314, fev. 2008.

(24) Narasimha RP, Pratap DVS, Ramana RAV, Sunheetha S. Evaluation of leprosy patients with 1 to 5 skin lesions with relevance to their grouping into paucibacillary or multibacilar disease. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology** v. 72, n. 3, p. 207-221, 2006.

(25) HELENE, L.M.F.; LEÃO, V.M.; MINAKAWA, M.M. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansen International**, v. 26, n. 1, p. 5-13, 2001.

(26) LEITE, J.M.C.; KAMILA, C.K.K.; BARRAL, A.; CALDAS, A.J.M.; CORRÊA R.G.C.F.; AQUINO, D.M.C. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área Hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Caderno de Saúde Pública**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 235-249, 2009.

(27) 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.