



DISCUTIR A HANSENÍASE NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

Ylanna Suimey da Silva Bezerra Gomes Gadelha^{1*}; Cileny Carla Thomé².

1. GRADUANDO EM MEDICINA - FACULDADE REDENTOR, RIO DE JANEIRO/ RJ

2. DOCENTE/ ORIENTADOR – FACULDADE REDENTOR, RIO DE JANEIRO/ RJ

**ylannasuimey@hotmail.com*

RESUMO: Hanseníase, também conhecida como mal de Hansen, lepra ou mal de Lázaro é uma doença infectocontagiosa, bacteriana. Seus principais sinais e sintomas são dermatoneurológicos. Chegou ao território brasileiro pela colonização europeia. No Rio de Janeiro, foram descritos os primeiros casos por volta de 1600 e 1737, atingindo aproximadamente 300 pessoas. A história da hanseníase é marcada por atitudes drásticas e preconceituosas. A transmissão se dá por meio do contato íntimo e constante com o doente não tratado. É classificada seguindo alguns critérios, quanto à classificação de Madri. De forma geral há dois tipos de reações hansêmicas que refletem em respostas imunológicas. Quanto às manifestações clínicas, os sinais são relacionados ao tipo de hanseníase. O diagnóstico é prioritariamente clínico e epidemiológico e o tratamento é medicamentoso. O presente artigo objetiva expor informações relativas à hanseníase, nesse sentido, visa buscar contribuir, de forma coerente, para a construção de um corpo de conhecimento próprio em medicina associado à assistência propiciada ao portador da hanseníase. Trata-se de uma revisão bibliográfica composto de artigos publicados e selecionados das bases de dados das plataformas Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e revistas eletrônicas de saúde, aplicando os seguintes descritores: Bacteriana, Doença Infectocontagiosa, Hanseníase, Saúde. Após a seleção, os artigos foram sistematicamente lidos, analisados e relacionados com objetivo do estudo. Dessa forma, observamos à imagem da luta histórica, na qual pacientes e profissionais batalham contra um monstro complicado de ser combatida, a hanseníase. Visando êxito nesta luta, é muito importante despertar uma maior integração entre o paciente e os profissionais da saúde. Portanto, vale ressaltar que a hanseníase é uma doença preocupante que se manifesta de formas diferentes, no entanto, com a realização de tratamentos corretos, esta luta pode ter final feliz, dando a possibilidade de uma vida saudável ao paciente.

PALAVRA-CHAVE: Bacteriana, Doença Infectocontagiosa, Hanseníase, Saúde.

INTRODUÇÃO:

A hanseníase é uma doença histórica de período de incubação lento e evolução demorada. Desde o século XVIII, no Brasil, já eram registrados inúmeros casos. Nessa época, a enfermidade era titulada como “Lepra” e o seu controle se dava por meio do isolamento domiciliar e os doentes eram marginalizados, uma vez que não havia conhecimento a respeito do agente causador. (ARAÚJO, 2003)

Atualmente no Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) tenta de diversas formas controlar os avanços da hanseníase com medidas de prevenção, promoção e proteção à saúde. Contudo, ainda há registro de muitos casos por todo o país e as áreas mais contaminadas são de regiões de baixa atividade socioeconômica



(ALVES *et al*, 2014). A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa que evolui de forma crônica e se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos lesões na pele e nos nervos periféricos (ABCSAUDE, 2015, *online*; MORAIS, 2010).

Uma característica peculiar do *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), agente causador da Hanseníase, é a sua capacidade de se introduzir e parasitar as células de Schwann, o que provoca as graves neuropatias responsáveis pela maior parte das deformidades e incapacidades físicas relacionadas à hanseníase (DIÓRIO, 2014).

A transmissão da bactéria se dá por meio do contato íntimo e constante com o doente não tratado. Apesar de ser uma doença dermatológica, é transmitida pela saliva do paciente ou por gotículas que saem do nariz, e não pelo contato com a pele do paciente (SBD, *online*, 2016). De forma geral, há dois tipos de reações hansêmicas que refletem dois diferentes tipos de respostas imunológicas e que, provavelmente, constituem as bases para as manifestações clínicas, sendo elas: Reação Reversa e Eritema Nodoso Hansêmico (SCOLLARD, 2006).

O diagnóstico dos casos de hanseníase é apenas clínico e epidemiológico, sendo que nem sempre são encontrados em exames bacterioscópicos. Podendo concluir que não existe um padrão-ouro de diagnóstico em hanseníase. A escassez de sintomas no início da doença pode contribuir para a demora e erros no diagnóstico (BRASIL, 2002).

A descoberta para o tratamento da hanseníase iniciou no ano de 1943, avançando no ano de 1983, quando ocorreu no Brasil a introdução da politerapia. Atualmente, a terapia poliquimioterápica é ambulatorial e o tratamento não deve ser suspenso, pois a ausência de sintomas não indica cura (BRASIL, 2002).

Com isso, o objetivo desse estudo é expor maiores informações relativas à Hanseníase, evidenciando o histórico, o agente etiológico, as manifestações clínicas, o diagnóstico e o tratamento. Nesse sentido, este trabalho é fundamental por buscar contribuir, de forma coerente, para a construção de um corpo de conhecimento próprio em medicina associado à assistência propiciada ao portador da hanseníase.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma revisão bibliográfica composto de artigos publicados e selecionados, sem restrição de datas, das bases de dados, das plataformas Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e revistas eletrônicas de saúde, aplicando os seguintes descritores: Bacteriana, Doença Infectocontagiosa,



Hanseníase, Saúde. As buscas eletrônicas em artigos deveriam possuir como tema principal atualizações na saúde pública da hanseníase. Todos os artigos passaram por análise, seguindo apenas os artigos que: fossem originais, respondessem o ponto norteador e estivessem na língua portuguesa ou inglesa. Após a seleção, os artigos foram sistematicamente lidos, analisados e relacionados com objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Hanseníase, também conhecida coma mal de Hansen, lepra, morfeia ou mal de Lázaro, é uma doença infectocontagiosa que evolui de forma crônica que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões na pele e nos nervos periféricos). Possui alto poder de infecção e baixa patogenicidade, apresenta grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante (ABC.SAUDE, *online*, 2015; MORAIS, 2010).

É uma doença que desafia a saúde pública desde a antiguidade, os primeiros relatos dessa doença foi na África Ocidental e no Oriente Médio a cerca de quatro mil anos antes de cristo e perpetua até os dias atuais, expandiu-se por todo mundo por conta do fluxo de migrações entre continentes e países (ALVES *et al*, 2014).

A história da hanseníase se relaciona com história do Brasil, pois o primeiro movimento de construção de uma memória da história da medicina e das doenças no Brasil foi pelo leprologista Heráclides César de Souza Araújo, no início do século XX. Logo, percebe-se que os pioneiros em reconstituir e organizar uma história da hanseníase foram médicos e não historiadores (DAMASCO, 2005). Além disso, outro fato relevante é que como não se sabia controlar os avanços e a propagação dos enfermos, eles eram isolados, excluídos da sociedade. Pois para muitas crenças lepra era considerada uma maldição. Essa atitude interferiu no cenário de preconceitos e de discriminações com os leprosos até os dias atuais (ALVES *et al*, 2014).

A hanseníase ainda é motivo de preocupação e sua incidência tem aumentado a cada ano, diante disso o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Eliminação de Hanseníase, esse programa consiste em orientar com base na educação em saúde, explicitar a população os diversos níveis de saúde de complexidade da doença e de atenção à saúde (COSTA *et al*, 2010). Atualmente no Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) tenta de diversas formas controlar os avanços da hanseníase com medidas de prevenção, promoção e



proteção à saúde. Contudo, ainda há registro de muitos casos por todo o país e as áreas mais contaminadas são de regiões de baixa atividade socioeconômica (ALVES *et al*, 2014).

O Plano que desenvolve ações epidemiológicas em parceria com organizações não governamentais, governamentais, civis, nacionais e internacionais, busca a educação da endemia no Brasil por meio da disponibilidade e acessibilidade de serviços de controle da hanseníase a todos os indivíduos (COSTA *et al*, 2010).

Na década de 1940, o Secretário de Educação e Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, comentou em um manuscrito que a lepra era uma moléstia de difícil controle e que preocupava os responsáveis pelo serviço de saúde pública referentes à enfermidade. Percebe-se que a situação atual se encontra a mesma, por mais que tenham passados quase 80 anos (DAMASCO, 2005). Seguindo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), essas medidas visam fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase e desenvolver ações de promoção da saúde com integralidade, igualdade e a participação social. A fim de conseguir erradicar esta e outras doenças que afligem a população (COSTA *et al*, 2010).

Quanto às manifestações clínicas da hanseníase são bastante variáveis e estão relacionadas com o sistema imunológico e com a imunogenicidade do *Bacilo M. Leprae* hospedeiro. A associação desses fatores é responsável pelo alto potencial incapacitante da doença e esta, sem dúvida, é uma das principais razões para que ela seja de notificação compulsória e investigação obrigatória (BRASIL, 2010).

Em 1873, o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) foi descoberto pelo médico bacteriologista e dermatologista norueguês Gerhard Henrick Armauer Hansen, como o agente causador da hanseníase. O patógeno foi o primeiro a ser identificado e correlacionado a uma patologia infecciosa e, em homenagem ao seu descobridor, também ficou denominado como bacilo de Hansen (MACIEL *et al*, 2014).

A bactéria se mostra sob o estado de bastonete, sendo parasita intracelular obrigatório e álcool-ácido-resistente (BAAR). Tem atração pelos nervos periféricos e por células do tecido cutâneo e sua reprodução é muito lenta, de 12 a 14 dias (MACIEL *et al*, 2014). A bactéria permanece viável por até 36 horas no meio ambiente ou por aproximadamente nove dias à temperatura de 36,7° e umidade média de 77,6%. São necessárias temperaturas mais baixas que 36,5° (a viável para os seres humanos) para se desenvolver, localizando-se, dessa forma, em regiões mais frias do corpo, como: testículos, nariz e áreas onde os nervos situam-se bem próximos à pele (UFF, *online*, 2016).



Uma característica peculiar do *M. leprae* é a sua capacidade de se introduzir e parasitar as células de Schwann, o que provoca as graves neuropatias responsáveis pela maior parte das deformidades e incapacidades físicas relacionadas à hanseníase (MACIEL *et al*, 2014).

A transmissão da bactéria se dá por meio do contato íntimo e constante com o doente não tratado. Apesar de ser uma doença dermatológica, é transmitida pela saliva do paciente ou por gotículas que saem do nariz, e não pelo contato com a pele do paciente (SBD, *online*, 2016).

A Hanseníase pode ser classificada seguindo alguns critérios, a classificação de Madri (1953) adere critérios de polaridade, ordenado nas características clínicas da doença, que foram ampliados pelas vertentes bacteriológicas, imunológicas e histológicas da hanseníase, definindo os como (SOUZA, 1997):

- Grupos polares: Tuberculóide (T) e virchowiano (V) ou lepromatoso (L);
- Grupo transitório e inicial da doença: a forma indeterminada (I);
- Grupo instável e intermediário: a forma *borderline*(B) ou dimorfa (D).

Os quatro grandes critérios que definem a classificação da doença são os abaixo citados (SOUZA, 1997):

Quanto ao quadro clínico, os aspectos das lesões cutâneas, varia em número, extensão, definição de margens e simetria de distribuição. Já no aspecto bacteriológico, há presença ou ausência do *M. leprae*, e seus aspectos morfológicos, variando de numerosos, íntegros e agrupados, formando globais, a raros, fragmentados e ausentes. Em se tratando do aspecto imunológico, ocorre a imunorreatividade à lepromina – reação de Mitsuda, com leitura após 21 a 28 dias. Atualmente, considera-se positiva a intradermoreação, quando na presença de pápula \geq a 5 mm de diâmetro. Por fim, visando à classificação histológica apresenta aspectos variando de granulomas bem definidos a infiltrado difuso linfo-histiocitário.

Tabela 1. Demonstrações das formas clínicas da Hanseníase x baciloscopia. De Ridley & Jopling (1966).

	Indeterminada (I)	Tuberculóide (T)	Borderline (B)	Virchowiana (V)
Reação de Mitsuda*	positiva ou negativa	fortemente positiva	negativa a positiva fraca	negativa
Baciloscopia	negativa	negativa	positiva a raros bacilos	positiva

*Considerando-se reação positiva \geq 5 mm de diâmetro. (Adaptação do Guia de Controle da Hanseníase, 1994)⁵

Fonte: Souza, (1997).



De acordo com Souza(1997), a classificação de Ridley & Jopling (1966) utiliza subdivisão dentro da amplitude, que obedece, critérios clínicos e bacteriológicos, e enfatiza as concepções imunológicos e histopatológicos. Siglas são utilizadas para apontar as duas formas polares tuberculóide-tuberculóide (TT) e lepromatoso-lepromatoso (LL) e os três subgrupos: *borderline*-tuberculóide (BT), *borderline-borderline* (BB), *borderline*-lepromatoso (BL).

Logo, a classificação simplificada e operacional (OMS), de acordo com Souza (1997) é apontada para o trabalho de campo, apoiado na provável população bacilar, que, por sua vez, diz respeito às formas clínicas. Conforme a pesquisa de bacilos no esfregaço de linfa, a baciloscopia, realizada em vários pontos definidos, como lóbulos de orelhas, cotovelos, joelhos e lesões, agregado aos critérios clínicos da classificação de Madri (1953), podemos congrega os pacientes em paucibacilares e multibacilares, e indicar dois diferentes tipos de tratamento:

- Paucibacilares (PB): casos com até 5 lesões de pele;
- Multibacilares (MB): casos com mais de 5 lesões de pele.

Tabela Podemos perceber as classificações utilizada para as formas clínicas da hanseníase, a de Madri, a de Ridley & Jopling e pela OMS.

Tabela II - Correlação entre as classificações de Madri (1953), de Ridley & Jopling (1966) e da OMS (1982) adotadas para a hanseníase

MADRI	Indeterminada (I)	Tuberculóide (T)	Borderline (B)	Virchoviana V
Ridley & Jopling		TT	BT* BB BL	LL
OMS	PAUCIBACILARES		MULTIBACILARES	

TT: Tuberculóide-tuberculóide; *BT: *Borderline*-tuberculóide, embora apresente características da forma paucibacilar, operacionalmente tem sido classificada como multibacilar; BB: *Borderline-borderline*; *Borderline*-lepromatoso e LL: Lepromatoso-lepromatoso.

Fonte: Souza, 1997.

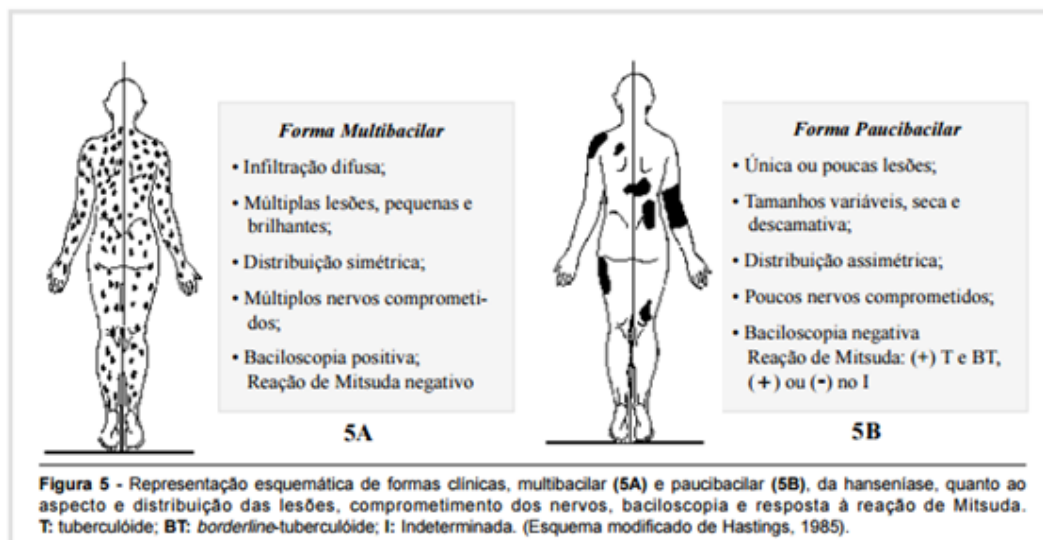


Figura 1:Esquema modificado de Hastings, (1985). Análise anatômico para identificação da área acometida. Fonte: SOUZA, 1997.

De forma geral há dois tipos de reações hansêmicas que refletem dois diferentes tipos de respostas imunológicas e que, provavelmente, constituem as bases para as manifestações clínicas segundo Scollard, (2006):

Reação Reversa (RR)-Caracterizada por apresentar sinais de inflamação aguda, como dor, eritema, infiltração e edema de lesões pré-existentes, às vezes acompanhadas de novas lesões como neurites isoladas ou acompanhadas de lesões cutâneas, casos muito graves podem evoluir com ulceração profunda e necrose acentuada. Dependendo da gravidade, podendo levar à formação de abscesso neural. Outros sinais são: mão em garra, pé caído e paralisia facial, acompanhados de espessamento neural e perda de sensibilidade das áreas afetadas são as sequelas da reação aguda. Logo, as neuropatias constituem-se em quadros graves, raramente, os episódios de RR persistem mais que poucos meses (SCOLLARD, 2006).

Eritema Nodoso Hansêmico (ENH), reconhecida como alteração da imunidade humoral, sendo exemplo de reação imunológica quando as lesões cutâneas estão em involução; entretanto, existem casos em que a reação é a primeira manifestação, precedendo o diagnóstico de hanseníase ou, ainda, ocorrendo após o tratamento específico (SCOLLARD, 2006).

De forma mais específica, temos algumas manifestações clínicas com sinais clínicos relacionados ao tipo de hanseníase: Forma Indeterminada (HI) - o indivíduo apresenta como sinais e sintomas: pele com máculas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicas em qualquer parte do corpo, como mostrada na Figura 2. As

manchas não doem nem coçam o que faz com que as pessoas não procurem o serviço de saúde. Pode haver formigamento e dormência, devido à alteração da sensibilidade local (ao calor, frio, a dor ou ao tato). Pode haver alopecia parcial ou total (COSTA *et al*, 2012; ARAÚJO, 2003).



Figura 2: Forma Indeterminada (HI). Máculas hipocrômicas. Fonte: Slideshare, *online*, 2016.

Forma Tuberculóide (HT) - Apresenta sinais e sintomas como: placas eritemo-hipocrômicas e/ou eritematosas com bordas elevadas e bem definidas, como mostrado nas Figuras 3, além de comprometimentos sensitivos nas lesões cutâneas com hipoestesia ou anestesia e consequente alteração quanto à sensibilidade ao calor, dor e tato devido o comprometimento neural intenso, precoce e assimétrico, podendo causar incapacidades. Também pode haver alteração de sudorese e vasomotoras (COSTA *et al*, 2012; ARAÚJO, 2003).



Figura 3: Forma Tuberculóide (HT). Placa eritematosa e placa eritemo-hipocrômica com bordas elevadas e bem definidas. Fonte: Slideshare, *online*, 2016.

Forma Dimorfa (HD) - apresenta como sinais e sintomas: lesões se manifestam com cor acastanhada ou ferruginosa com limites imprecisos, podendo no centro da mancha não haver alterações de tonalidade da pele, nessa região central permanece a cor da pele, como

demonstrado nas Figuras 4-. Como nas formas anteriores, apresenta a mesma alteração de sensibilidade (COSTA *et al*, 2012; ARAÚJO, 2003).



Figura 4: Forma Diforma. A) Lesões com coloração acastanhada; B) Lesão com centro sem alteração na tonalidade. Fonte: Slideshare, *online*, 2016.

Forma Wirchowiana (HV) - já nessa tipo, os sinais precoces de hanseníase V são: obstrução nasal, rinorréia serossanguinolenta e edema de membros inferiores. As placas podem aparecer polimorfas das lesões e na pele como: pápulas, nódulos e máculas com cor marrom eritematosas, com bordas mal delimitadas, ocorrem infiltração, como mostra nas Figuras 5. A infiltração é mais acentuada na face (inchaço no rosto, orelhas) e nos membros, podendo ainda aparecer tubérculos e nódulos por todo corpo, queda de pelos das sobrancelhas e cílios além de lesões nas mucosas (COSTA *et al*, 2012; ARAÚJO, 2003):



Figura 5: Forma Wirchowiana. A) Nódulos e inchaço de orelha; B) nodos por todo o corpo; C) eritemas.

Fonte: Slideshare, *online*, 2016.

O diagnóstico dos casos de hanseníase é apenas clínico e epidemiológico, sendo que nem sempre são encontrados em exames bacterioscópicos. Podendo concluir que não existe



um padrão-ouro de diagnóstico em hanseníase. A escassez de sintomas no início da doença pode contribuir para a demora e erros no diagnóstico. A hanseníase manifesta-se por meio de áreas ou lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade. Outros sintomas clínicos da doença são aquelas ligadas aos malefícios neurológicos, sendo que resulta em grande potencial para gerar deficiências físicas que podem progredir para deformidades (LYONS,2013).

Ainda segundo Lyons, (2013), o diagnóstico de hanseníase tem que ser relatado ao paciente de maneira que não causa impactos psicológicos devendo ser de modo parecido aos diagnósticos de quaisquer outras doenças que apresenta cura. Este comportamento tem que ser exposto durante o tratamento e se for preciso após a cura da doença. Com isso os profissionais da área da saúde devem agir de modo apropriado ao momento da doença, circunstancia para beneficiar a aceitação da doença, a superação dos desafios e a aceitação ao tratamento. Dentre os métodos auxiliares de diagnóstico segundo Lyon (2013), estão: diagnóstico clínico, laboratorial, ultrassonografia e eletroneuromiografia.

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia (PQT) padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devendo ser realizado nas unidades de saúde. A PQT destrói o bacilo tornando-o inexequível, evitando o desenvolvimento da enfermidade, realizando a prevenção das incapacidades e deformidades que ele acarretaria, promovendo assim à cura. O bacilo morto não é transmissível, partindo a cadeia epidemiológica da hanseníase. Então, assim que se inicia o tratamento, a transmissão da doença é finalizada, e, se realizado de maneira correta, assegura a cura da doença (BRASIL, 2002). A PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina.

De acordo com Brasil, (2002) os medicamentos devem ser ministrados de forma associada, evitando assim a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença.

A Rifampicina é um medicamento com forte poder bactericida para o *M. leprae*. A Dapsona e a clofazimina por sua vez, possui ação bacteriostática. Esta conjunção torna o regime curativo eficaz, apresentando baixas taxas de reincidência. Os medicamentos possuem efeitos colaterais, entretanto, eles não impedem a continuidade do tratamento. Apesar de os efeitos adversos não impedirem a continuidade do tratamento, ao surgirem, o paciente deve procurar atendimento médico com o propósito de evitar o agravamento destes (ALVES *et al*, 2014).



Portanto, é importante que exista a atenção com a prevenção de deformidades e incapacidades, assim como com o atendimento às possíveis casualidades. É indicada internação apenas nas intercorrências de gravidade elevada, como efeitos colaterais grave ou indispensabilidade de reparo cirúrgica de deformidades físicas. Os hospitais gerais devem fornecer essa internação, e após alta, o paciente deve ser encaminhado para a continuidade do tratamento na unidade de saúde que possui o vínculo (BRASIL, 2002).

Ainda de acordo com Brasil (2002), as crianças com hanseníase devem possuir o esquema-padrão ajustado de acordo com a sua idade. Já quando a pessoa possui uma intolerância a algum dos medicamentos, são realizados programas alternativos.

Para que o tratamento seja finalizado em seis meses, é indispensável um acompanhamento regular ao paciente com hanseníase paucibacilar. Caso o medicamento seja interrompido, ela poderá ser retomada dentro de um prazo de três meses, com o intuito de completar o tratamento em até nove meses. O portador do tipo Multibacilar, que sustentar regularidade, terá o tratamento completo em doze meses. Caso ocorra interrupção da medicação, existe um prazo de 6 meses para dar seguimento ao tratamento sendo assim completado em até dezoito meses (BRASIL, 2002).

CONCLUSÃO:

A conclusão obtida por meio da confecção deste artigo nos aponta à imagem da luta histórica, na qual pacientes e profissionais da saúde batalham energicamente contra um monstro complicado de ser combatido, que é a hanseníase. Os armamentos que possuem são os medicamentos, as atitudes de autocuidado desenvolvidas pelos pacientes e as ações de vigilância e controle por parte do programa de atenção à doença. Além disso, a propagação de informações em relação à prevenção, tratamento e combate a doença é de muita importância para ganhar a batalha contra esta doença, fortalecendo assim a aliança entre profissionais da saúde e portadores da doença.

Visando êxito nesta luta, é muito importante despertar uma maior integração entre o paciente e os profissionais da saúde, provocando o desenvolvimento de uma relação de cumplicidade e transparência no combate do problema, que é caracterizado pela doença que foi tratada de forma que o enfermo e os profissionais conseguirão desempenhar um tratamento que visa o controle e extinção desta enfermidade, aumentando a expectativa de ambos. Portanto, vale ressaltar que a hanseníase é uma doença



preocupante e muitas das vezes endêmica, se manifestando de formas diferentes de acordo com sua classificação, no entanto com a realização de tratamentos corretos e a utilização de medicação própria esta luta pode ter final feliz, dando a possibilidade de uma vida saudável ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Net**, Minas Gerais, v.36, n.3, p.373-382, 2003.

ABCMED. **Hanseníase: definição, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento, evolução e prevenção – Hanseníase**. 2015. Disponível em: <<http://www.abc.med.br>>. Acesso em: 20 de mar. de 2016.

ALVES, E. D; FERREIRA, T.L.; FERREIRA, I. N. Hanseníase: avanços e desafios. Universidade de Brasília – UnB Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde – NESPROM/UnB. Brasília, p. 492, **Coleção PROEXT NESPROM**, 2014. Disponível em: <http://www.tecsoma.br/Janeiro2015/Hanseniasse%20Avan%C3%A7os%20e%20Desafios-colorido.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2016.

BRASIL. Portaria n. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Ministério da Saúde**. p 1-34, out. 2010. Disponível em: <http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/PORTARIA%20N%C2%BA%203125.pdf>. Acesso em: 05 de mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos: **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniasse.pdf. Acesso em: 18 de Abril de 2016.

COSTA, V. H. M. V; CAVALCANTI, L. D. A; JUNIOR, J. A. D.F; KITAOKAA, E. G; MASCARENHAS, G. D. S; MASCARENHAS, N. B; NASCIMENTO, C. D. A; PAOLILO, R. B; RAMOS, F.M; SILVA, P. M. F. D. S. Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.3, p. 450-467.2010.

COSTA, M. D; COSTA, R. D; COSTA, A.M. D. D; ANTUNES, C. M. D. F; LYON, S; TERRA, F, D. S. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratada em centro de referência. In: **Anais Brasileiros de Dermatologia** (Impresso), 2012, Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Dermatologia 2012, v. 87, p. 26-35.

DIÓRIO, S.M. Aspectos microbiológicos e moleculares do Mycobacterium leprae. In_ Hanseníase. **Coleção PROEXT: 1**. Brasília: NESPROM, 2014. p.68-79. Disponível em <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasseavancoes.pdf>>. Acesso em 21 de mai. 2016.

DAMASCO, M. S. História e Memória da Hanseníase no Brasil do século XX: o Olhar e a



Voz do Paciente. 2005. **Monografiade Graduação em História**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 50p.

LYON, A. C. M; PEDROSA, M. S. Histopatologia da Hanseníase. In: __LYON, S; GROSSI, M. A. F. Hanseníase. Rio de Janeiro: **Medbook**; 2013. Disponível em:<<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5607>>. Acesso em: 21 de Abril de maio de 2016.

MACIEL, L. R; FERREIRA, I. N. A presença da hanseníase no Brasil – alguns aspectos relevantes nessa trajetória. In: **Hanseníase**. Coleção PROEXT: 1. Brasília: NESPROM, 2014. p. 19-40. Disponível em: <<http://www.tecsoma.br/Janeiro2015/Hanseniasse%20Avan%C3%A7os%20e%20Desafios-colorido.pdf>> . Acesso em 20 de mai. 2016.

MORAIS, S. G. Avaliação das ações de controle de hanseníase no município de Governador Valadares, Brasil, no Período de 2001 a 2006. 2010. **Dissertação de Mestrado**, Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas; Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG.

QUEIROZ, M. S. A endemia hanseníase: **uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 120 p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/6tfv6/pdf/queiroz-9788575412596-04.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Hanseníase**. Disponível em: Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/hanseniasse/>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

SOUZA, CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnósticas diferenciais. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP**. Ribeirão Preto, v.30; p. 325-334, 1997.

RODRIGUES, M.M. Hanseníase. In: **Dermatologia: do Nascer ao Envelhecer**. 1ed **Medbook**; 2012. Disponível em:<<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasseavancoes.pdf>>. Acessado em 21 de maio de 2016.

SARUBI, J.C. Diagnóstico e tratamento da Hanseníase. In: **Hanseníase** .Brasília: **Coleção PROEXT: NESPROM**, 2014. p. 141-170.

SCOLLARD, D. M; ADAMS, L. B; GILLIS, T. P; KRAHENBUHL, J. L; TRUMAN, R. W; WILLIAMS, D.L. The continuing challenges of leprosy. **Clinical Microbiology Reviews**. v.19, p.338-381, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Biblioteca central. **HANSENÍASE OU LEPROA**. Informação como profilaxia. Agente Etiológico. Rio de Janeiro: Editora da UFF, 2016. Disponível em: <<http://www.uff.br/tudosobrelepra/agente%20etiologico.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2016.