



## ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA ENDEMIAS HANSÊNICA NO MUNICÍPIO DE JALES NO PERÍODO DE 2014 A 2017

### *ANALYSIS OF THE SITUATION OF THE HYPENIC ENDEMY IN THE JURI MUNICIPALITY IN THE PERIOD 2014 TO 2017*

<sup>1</sup>SANTANA, Ana Paula dos Santos; <sup>2</sup>SANTOS, Vera Lucia Ramos dos; <sup>3</sup>SANTOS, Giovani Macedo; <sup>4</sup>SILVA, Ana Caroline Soncin; <sup>5</sup>FERREIRA, Letícia Antunes Muniz

#### RESUMO

A Hanseníase tem sido combatida desde a antiguidade, conhecida como Lepra como citada na Bíblia (Levítico 14- A lei do leproso). Considerada infectocontagiosa através da ação do bacilo *Mycobacterium Leprae*, ainda permanece endêmica em algumas partes do mundo. O objetivo deste estudo foi para analisar a situação epidemiológica da hanseníase no município de Jales no período de 2014 a 2017 através de levantamento em prontuários na Unidade Sanitária. Os dados analisados foram sexo, raça, sinais e sintomas na data de fichamento, forma clínica e abandono ao tratamento. Os dados obtidos mostraram que a maioria dos casos foram do sexo masculino com idade entre oito e 73 anos e de cor branca. Vinte por cento dos pacientes do sexo masculino com idade entre 30 e 40 anos com hanseníase na forma Dimorfa e classificação Operacional Multibacilar abandonaram o tratamento. A pesquisa mostrou que, de acordo com os indicadores de monitoramento e avaliação da hanseníase, a magnitude da endemia na cidade de Jales e o coeficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes apresenta 4/10.000 habitantes, que é considerado um referencial médio. Conclui-se que devido à falta de informações, pessoas não têm procurado assistência no início da doença e, quando estão em tratamento, muitas vezes desistem por se tratar de um processo demorado. Considerando os dados apresentados por abandono, há a necessidade de um melhor acompanhamento das ações, dessa forma pode se promover uma maior orientação dos pacientes e melhoria do acompanhamento dos casos.

**Palavras-chave:** Hanseníase, Endemia, Protocolo.

---

<sup>1</sup>Doutora em Fitopatologia e Professora do Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales/SP.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso Superior de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales/SP.

<sup>3</sup> Acadêmico do Curso Superior de Graduação em Fisioterapia, Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales/SP.

<sup>4</sup> Mestre em Ciências dos Materiais e Professora do Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales/SP.

<sup>5</sup> Doutoranda em Ciências da Saúde e Professora do Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales/SP.

Recebido: 20 de julho de 2018; Aceito: 14 de setembro de 2018.



## ABSTRACT

*Leprosy has been combated since antiquity, known as Leprosy as quoted in the Bible (Leviticus 14- The Law of the Leper). Considered infectious contagious through the action of the bacillus Mycobacterium Leprae, it still remains endemic in some parts of the world. The objective of this study was to analyze the epidemiological situation of leprosy in the municipality of Jales in the period from 2014 to 2017 through a survey in medical records at the Health Unit. The data analyzed were sex, race, signs and symptoms at the date of enrollment, clinical form and treatment abandonment. The data obtained showed that the majority of cases were males aged between 8 and 73 years and white. Twenty percent of male patients aged 30 to 40 years with leprosy in the Dimorphous form and Multibacillary Operative classification abandoned treatment. Research has shown that, according to leprosy monitoring and evaluation indicators, the magnitude of the endemic disease in the city of Jales and the annual leprosy prevalence coefficient per 10,000 inhabitants has 4 / 10,000 inhabitants, which is considered an average benchmark. It is concluded that due to the lack of information, people have not sought assistance at the onset of the disease and, when in treatment, often give up because it is a time consuming process. Considering the data presented by abandonment, there is a need for a better follow up of the actions, in this way it can promote a greater orientation of the patients and improvement of the follow-up of the cases.*

**Keyword:** *Leprosy, Endemic, Protocol.*

## INTRODUÇÃO

As referências mais remotas sobre hanseníase datam de 600 a.C. e procedem da Ásia que, juntamente com a África pode ser considerada o berço da doença (FUNASA, 2002).

Na bíblia a hanseníase é mencionada como Lepra, doença que era bem comum em alguns personagens bíblicos. Na antiguidade a medicina era baseada na magia, dessa forma concordava-se que sete demônios eram os culpados das doenças, entre elas a Hanseníase (MARZLIAK et al., 2002). Nas Escrituras do Velho Testamento, existem indicações sobre algumas medidas que eram tomadas a fim de alcançar a cura da Hanseníase. Este processo de cura, segundo Cunha, (2002) era mediado pelo sacerdote que avaliava os casos e a gravidade da manifestação da doença e encaminhava o paciente para os rituais de purificação, pois, acreditavam na dependência de milagres de Deus para a cura da Lepra, como está escrito na Bíblia sobre o banho no rio Jordão: “Vai, lava-te sete vezes no Rio Jordão e tua carne ficará limpa”.

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae* foi descrito em 1873 pelo norueguês Amauer Hansen (TALHARI;



NEVES, 1997).É um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e células dos nervos periféricos (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

O homem é considerado como único reservatório natural do bacilo. A principal via de transmissão dos bacilos é a via aérea superior. O trato respiratório é a mais provável via de entrada do *Mycobacterium leprae* no corpo. Admite-se que as vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo (VAN, 1996 apud ARAÚJO, 2003). Os pacientes portadores de formas multibacilares são considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado.

O *Mycobacterium leprae* é de alta infectividade (grande número de pessoas expostas apresenta anticorpos contra o bacilo) e baixa patogenicidade (apesar de grande número de pessoas infectadas poucas adoecem) (FUNASA, 2002).

A principal característica da doença é o comprometimento de nervos periféricos, em especial: mediano, ulnar, radial, fibular e facial. Podem provocar incapacidades físicas e, quando não tratadas, evoluem para deformidades (BRASIL, 2008).

De acordo com a classificação no Brasil as quatro formas de manifestação da hanseníase são: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchoviana. Hanseníase indeterminada forma Paucibacilares, na qual poucos bacilos estão presentes é a forma inicial da doença, caracterizada por área circunscrita hipoestésica ou mancha, em torno de uma até cinco, com periferia eritematosa, com diminuição das sensibilidades térmica e dolorosa, da sudorese e dos pêlos (SOUZA, 1997; LIMA, 2010).

Hanseníase tuberculóide apresenta lesões cutâneas, com bordas pronunciadas, são únicas ou em pequeno número, e assimetricamente distribuídas pelo tegumento. Lesões em placa, elevadas e totalmente preenchidas, ou de borda papulosa, sempre com limites bem nítidos, eritemato-acastanhadas, com alterações da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, ausência de suor e rarefação de pêlos. A baciloscopia, via de regra é negativa, pois, não revelam bacilos, portanto, é forma Paucibacilar. Em alguns casos, encontram-se raros bacilos na histopatologia de cortes de pele. Pode comprometer troncos nervosos, evidenciado por espessamento e, às vezes, dor ou choque.

Hanseníase Virchoviana, as baciloscopias de pele são positivas sendo contagiante, expressa na forma Multibacilar. Esta forma clínica avança através dos anos, envolvendo difusamente extensas áreas do tegumento, múltiplos troncos nervosos, e inclusive outros órgãos, até que o paciente perceba seus sintomas. Inicia-se com manchas hipocrômicas



tornam-se infiltradas por macrófagos repletos de bacilos, formando as pápulas, placas e nódulos (hansenomas), eritemato-ferruginosas, mal delimitadas, com diminuição das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil.

Nos membros, há comprometimento das superfícies extensoras, particularmente ante braços, dorso das mãos e extremidades, tanto dos membros superiores, como dos inferiores, observando-se articulações e dígitos edemaciados. As lesões encontram-se com diminuição ou ausência de pêlos; no rosto, o comprometimento na cauda da sobrancelha, denominado madarose, congestão nasal, diminuição da sudorese, rarefação dos pêlos, comprometimento de mucosas, ossos, olhos e nervos periféricos.

Com a evolução da doença, múltiplos troncos nervosos são comprometidos simetricamente, tornam-se, de firmes, a espessos, fibrosos e endurecidos e, progressivamente, sobrevêm a perda sensitiva e a motora, conseqüentemente, levando à perda da função, atrofia muscular, paralisias, deformidades e contraturas.

Na hanseníase dimorfa, forma multibacilar, apresenta aspectos clinicodermatológicos, que se aproximam das formas virchoviano e tuberculóide, até no mesmo paciente, e esta aparência dimorfa reflete a instabilidade imunológica. A evolução da doença e a ausência de tratamento poderiam conduzir alguns pacientes à forma virchoviano. Dentro da multiplicidade de aspectos das lesões cutâneas, eritematosas acastanhadas, sendo comum também a presença de pápulas, tubérculos, nódulos e placas, acometimento neurológico, áreas de anestesia. À proximidade da forma tuberculóide as lesões são mais delimitadas, anestésicas e de superfície seca, a pesquisa aponta raridade ou ausência de bacilos.

A definição de caso de hanseníase é quando uma pessoa apresenta uma ou mais características a seguir, com ou sem história epidemiológica como: lesões ou áreas da pele, com alteração de sensibilidade. Acometimento neural com espessamento de nervo, acompanhado ou não de alteração de sensibilidade e/ou força muscular. Baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 2002).

O diagnóstico clínico é realizado através da anamnese e do exame físico com avaliação dermatoneurológica. A baciloscopia de pele é realizada no momento do diagnóstico independente da forma clínica, sendo esta positiva é determinante para forma multibacilar.

Paucibacilares (PB) - casos com até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido. São o grupo Indeterminado e a forma Tuberculóide. Multibacilares (MB): casos com mais que 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido. Pacientes com



baciloscopia positiva é classificado como multibacilar independente do número de lesões cutâneas ou tronco nervosos acometidos. São o grupo Dimorfo, a forma Virchowiana e os pacientes não classificados (RIDLEY; JOPLING, 1966 apud MENDONÇA et al., 2008).

A hanseníase pode ser curada com medicamentos em 6 a 12 meses. Paucibacilar, 06 meses - poliquimioterapia (PQT-PB), dapsona e rifampicina tomada regularmente, garante a cura completa, evita deformidade, impede a transmissão para outras pessoas. Multibacilar, 12 meses (PQT-MB), dapsona, clofazimina e rifampicina. Esquemas terapêuticos alternativos: Minociclina e Ofloxacina (OMS, 2016).

A região Nordeste do Brasil é a terceira região com maior coeficiente de detecção geral (23,8/100 mil habitantes) considerada de alta endemicidade para hanseníase. Nessa região, destaca-se o estado do Ceará, que em 2013 notificou 2.069 casos novos, com coeficiente de detecção de 24/100.000 habitantes (SECRETARIA DA SAÚDE, 2014).

No Brasil em 2010 a identificação de regiões de hiperendemicidade como Norte e Centro-Oeste registraram 42,7 e 41,3 novos casos por 100 mil habitantes, a Região Nordeste caracterizada endemicidade muito elevada com 27,7 novos casos por 100 mil habitantes e, a Região Sul e Sudeste consideradas de média endemicidade com 5,2 e 7,2 novos casos por 100 mil habitantes (IGNOTTI, 2010).

Durante o tratamento pode ocorrer casos de abandono, Brasil (2008) define como abandono “*paciente que não completou o número de doses no prazo previsto e que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses*”. A identificação de fatores associados com abandono é importante para definir grupos de alto risco que possam ser acompanhados de forma mais cuidadosa durante a poliquimioterapia (PQT) não somente contribui na redução da taxa de abandono com todas suas implicações, mas também reduz o risco de desenvolvimento de resistência à PQT (TRINDADE et al., 2009).

O abandono do tratamento segundo Sousa, et al., (2013) implica em maior risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente dá-se continuidade à cadeia de transmissão que havia sido interrompida com o início do tratamento medicamentoso, risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e deformidades e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias. Além do grave problema para os profissionais da área de saúde pública e ao Programa de Controle da Hanseníase (FOGOS; OLIVEIRA; GARCIA, 2000).

### **Papel do enfermeiro no controle da Hanseníase**



A hanseníase por ser considerada como um grave problema para a saúde pública, as ações no controle requerem intervenção multidisciplinar e interdisciplinar. Na vigilância sanitária o enfermeiro é um agente fundamental para a qualidade de vida destes pacientes, onde é preciso conhecer as necessidades dos pacientes a partir de uma escuta qualificada o que pode oferecer ao profissional a compreensão das condições de vida do doente, neste caso, o portador de hanseníase (RODRIGUES, 2009).

Na epidemiologia é necessário que os profissionais estejam aptos a identificar, suspeitar e contribuir com a quebra de transmissão e terapêutica precoce. Também deve prevenir as complicações advindas da doença (FILHO, SANTOS, PINTO, 2010).

No controle da hanseníase a serem executadas pelo profissional enfermeiro estão relacionadas à busca e ao diagnóstico dos casos, oferta ao tratamento, acompanhamento dos portadores, prevenção e tratamento das incapacidades, estas são atividades que fazem parte da consulta enfermagem, um momento de encontro entre o profissional-paciente, por isso além do processo de escuta a troca de informações, possibilita traçar os perfis de saúde e de doença dos indivíduos com hanseníase (FREITAS, 2008).

O cuidado de enfermagem deve ser realizado de forma integral, considerando a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades biológicas, sociais, psicológicas e culturais. Por isso, é necessário que o usuário do programa de hanseníase tenha um cuidado supervisionado que contribua para reduzir o abandono do tratamento e aumente o número de pessoas curadas (BRASIL, 2008).

Conforme estudo de Souza et al (2013) a prática da enfermagem é essencial no tratamento de Hanseníase, pois as ações implantadas devem ser capazes de evitar o abandono do tratamento que pode ocasionar implicações sérias, aumentando o risco de transmissão dos casos diagnosticados e não cuidados adequadamente, permitindo que a sequência de transmissão continue devido à interrupção da ação medicamentosa. Portanto é de suma importância abordar a questão da não adesão ao tratamento da hanseníase, essa conduta pode contribuir no sentido de colaborar para o desenvolvimento de intervenções mais específicas aos pacientes voltadas para a melhoria da adesão e assim proporcionar subsídios para a compreensão mais abrangente dessa problemática.

### **Fisioterapia em hanseníase**



Dias, (2007) descreve que as deformidades, as incapacidades físicas e demais consequências da hanseníase, decorrentes do comprometimento neurológico, poderão estar presentes no doente justamente porque o *Mycobacterium leprae* causador da doença, possui uma propensão no acometimento de nervos periféricos. Estes nervos quando comprometidos, geram alterações sensitivas como hipoestesia e anestesia, as quais favorecem o aparecimento de mal perfurante plantar e ou palmar; alterações motoras como as atrofias, paralisias, bloqueios articulares, os quais favorecem o aparecimento de deformidades e incapacidades físicas e, também, geram alterações autonômicas como pele seca, sem flexibilidade e com fissuras

Devido a perda da capacidade laborativa, modificação do corpo com o aparecimento das deformidades, discriminação, preconceito e alteração da auto-estima o doente de hanseníase passa por inúmeros conflitos. Neste sentido a atuação do fisioterapeuta na hanseníase faz parte de uma formação mais ampla focada no cuidado integral ao paciente, conter a orientação sobre a doença ao doente, ao comunicante e à população em geral; realização de diagnóstico precoce; prevenção de novos casos; avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação de incapacidades físicas e, também a reintegração dos doentes à sociedade (DIAS, 2007).

O fisioterapeuta pode oferecer assistência especializada em reabilitação, através de recursos fisioterapêuticos aos pacientes com alterações na função motora, na função sensitiva, ou que apresente algum tipo de deformidade. O objetivo desta assistência é o de promover a reintegração social do indivíduo através da superação das deficiências e incapacidades impostas pela hanseníase.

Outras ações que podem ser realizadas são as atividades em grupo, estas são de suma importância principalmente para os portadores que apresentam grau de incapacidades mais elevado, pois promove uma maior interação, socialização e sensibilização destes com a Hanseníase e o grupo, também mostrando que podem ser ativos e produtivos levando uma vida normal e independente.

Para Marques (2003) a prevenção de incapacidades é o pilar sobre o qual deve ser construída a reabilitação. O profissional de fisioterapia tem grande importância desde a prevenção até a reabilitação destes pacientes. O fisioterapeuta tem papel importante na prevenção e tratamento da hanseníase, realizando cinesioterapia e manobras adequadas, prevenindo incapacidades e complicações. Pacientes com esta patologia precisam ser monitorados de perto porque a não aceitação do diagnóstico, o desaparecimento das



manifestações clínicas poucotempo após o início do tratamento e as reações colaterais, são fatores relacionados ao abandono do tratamento pelos portadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No caso do tratamento das úlceras plantares hansênicas em geral são crônicas e a maioria dos pacientes ignora o mecanismo de sua formação. A cronicidade e gravidade do problema exigem dos pacientes o cuidado diário dos pés, fato que leva muitas pessoas ao abandono do tratamento, são vencidos pelo desânimo e descrença na cicatrização das mesmas devido à lentidão dos resultados (CRISTOFOLINI, 1983 apud SOUZA; CUNHA; BROMERSCHENKEL, 2011).

No processo ulcerativo e redução no período de cicatrização, a fisioterapia tem como objetivo principal possibilitar ao indivíduo um retorno mais rápido às suas atividades sociais trazendo uma melhora na qualidade de vida às pessoas portadoras de úlceras cutâneas (GONÇALVES, 2000).

De acordo com o apresentado, o presente trabalho objetivou analisar a situação da endemia hansênica no município de Jales no período de 2014 a 2017.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes portadores de hanseníase, em tratamento na Unidade Sanitária no município de Jales-SP em outubro de 2017. Para o estudo elaborou-se protocolo (Tabela 1), cujos dados foram obtidos junto aos prontuários dos pacientes.

Para o procedimento da coleta de dados foi solicitado autorização da instituição para levantamento de dados.

Inicialmente os dados colhidos foram: sexo, raça sinais e sintomas na data de fichamento, forma clínica e abandono ao tratamento. Foram também relacionadas às drogas mais utilizadas no tratamento de cada uma das formas identificadas.

**Tabela 1.** Protocolo

---

Sexo
Raça
Sinais e sintomas na data de fichamento na Unidade Sanitária
Início do sintoma - Fichamento na Unidade Sanitária (Tempo de corrido)
Classificação operacional - forma da doença/ clínica
Tratamento (drogas utilizadas)
Abandono - motivo de saída dos pacientes

---





**Fonte:** Análise da situação da endemia hansênica no município de Jales no período de 2014 a 2017

## RESULTADOS

No levantamento realizado desde 2014 à 2017, cinco pessoas fazem tratamento na unidade de saúde. Verificou-se que três dos pacientes eram do sexo masculino (60%) e dois do sexo feminino (40%) conforme tabela 2. Todos os pacientes são autodeclarantes de cor branca (Tabela 3).

**Tabela 2.** Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase da Unidade Sanitária de Jales, relacionado com sexo

SEXO	N.º de paciente	%
Masculino	3	60
Feminino	2	40
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Análise da situação da endemia hansênica no município de Jales no período de 2014 a 2017

**Tabela 3.** Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase da Unidade Sanitária de Jales, relacionado com cor

RAÇA/COR	N.o de paciente	%
Branca	5	100
Negra	-	-
Parda	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Análise da situação da endemia hansênica no município de Jales no período de 2014 a 2017

Ao analisar a tabela 4, observou se que a idade em que se manifestou a doença foi antes dos 10 anos com uma sequência a partir de 30 aos 73 anos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase da Unidade Sanitária de Jales, relacionado com a faixa etária de manifestação da doença.

Faixa etária (tempo em anos)	Ano			%
	2014	2016	2017	
0 F- 10	-	-	1	20
10 F- 20	-	-	-	-



20 F 30	1	-	-	-
30 F 40	-	1	-	20
40 F 50	-	-	-	-
50 F 60	-	-	1	20
60 F 70	-	-	-	-
70 F 80	-	-	1	20
Total= 5	1	1	3	100

**Fonte:** Análise da situação da endemia hansênica no município de Jales no período de 2014 a 2017

A tabela 5 resume os sintomas dos cinco pacientes com hanseníase.

**Tabela 5.** Levantamento dos sinais e sintomas na data de fichamento na Unidade Sanitária de Jales

Sinais se sintomas iniciais	Ano		
	2014	2016	2017
	Dimorfa/ Multibacilar		
Manifestações cutâneas (máculas, pápulas ou nódulos)	-	-	-
Parestesias de MMSS e/ou MMII	-	1	1
Hipoestesia de MMSS e/ou MMII	1	-	-
Manifestações cutâneas (supracitadas) e hipoestesia	-	-	-
Edema e dor articulares	-	2	-
Edema de pavilhão auricular e MMII	-	-	-
Edema de face e hipoestesia perilabial	-	-	-
Total=5	1	3	1

**Fonte:** Análise da situação da endemia hansênica no município de Jales no período de 2014 a 2017

Na tabela 5 verificou se que no ano de 2014 um paciente apresentou hanseníase Dimorfa/ Virchoviana expressa na forma Multibacilar com sintomashipoestesia nos MMSS iniciando com manchas hipocrômicas, bordas hiperemiada com perda das sensibilidades, dolorosa, tátil, atrofia e mãos em garra.

No ano de 2016/17três pacientes apresentaramhanseníase Dimorfa na forma Multibacilar com sinais e sintomas caracterizada por parestesia dos MMSS eMMIIque é a forma por lesãoeritematosa nos MMSS.

Ainda em 2017 mais um caso de hanseníase Paucibacilar na forma indeterminadaem que os sintomas iniciais foram poucas manchas e com queixa de formigamento.



Em relação ao tratamento, de acordo com o levantamento observou-se que quatro dos pacientes portadores da hanseníase Dimorfa/Multibacilar foram tratados com Prednisona, Pregabalina, Rifampicina e a hanseníase na forma Paucibacilar foi tratada com Talidomina.

Considerando que um paciente com hanseníase na forma Dimorfa/Multibacilar que seguiu o tratamento de forma rigorosa recebeu alta/cura em 2017.

Em relação ao abandono verificou-se que apenas um paciente com hanseníase Dimorfa/ Virchoviana o qual deu início ao tratamento no ano de 2014. Neste caso considera-se abandono porque o tratamento consta de (12) doses e o paciente recebeu apenas três doses onde se recusou a continuar a receber o tratamento de (PQT-MB) poliquimioterapia, dapsona, clofazimina e rifampicina.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta análise apontam que o diagnóstico dos casos seja feito em média na infância pelo fato de um caso com a idade de oito (8) anos em 2017 com hanseníase Paucibacilar.

Em relação ao abandono, o paciente deve reiniciar o tratamento a partir da primeira dose e para evitar que haja abandono é necessário que se conheça o motivo, para que a equipe multidisciplinar possa trabalhar de forma estratégica de acordo com a dificuldade.

A Portaria do Ministério da Saúde de n.º 3.125 de outubro de 2010, Brasil (2010) define como caso de abandono o paciente que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses para receber a medicação.

Considerando que a hanseníase ainda representa um grave problema de saúde pública, o enfermeiro é um agente fundamental para a qualidade de vida destes pacientes, o qual deve ser realizado de forma integral, considerando a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades biológicas, sociais, psicológicas e culturais. Por isso, é necessário que o usuário do programa de hanseníase tenha um cuidado supervisionado que contribua para reduzir o abandono do tratamento e aumente o número de pessoas curadas (BRASIL, 2008).

A atuação fisioterapêutica no tratamento das consequências da hanseníase é de fundamental importância desde a prevenção até a reabilitação do paciente, visto que o fisioterapeuta tem os recursos que auxiliam no processo de reparo de úlceras, trabalha na prevenção de deformidades e amputações, prima pelo fortalecimento e é capaz de adaptar este paciente as novas condições físicas.



De acordo com Ministério da Saúde (2009) os indicadores de monitoramento e avaliação da hanseníase magnitude da epidemia na cidade de Jales verificou se que o coeficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes apresenta 4/10.000 habitantes, que é considerado médio.

Devido à falta de informações, pessoas não têm procurado assistência no início da doença e, quando estão em tratamento, muitas vezes desistem por se tratar de um processo demorado. Considerando os dados apresentados por abandono, há a necessidade de um melhor acompanhamento das ações, dessa forma pode se promover uma maior orientação dos pacientes e melhoria do acompanhamento dos casos.

## CONCLUSÃO

Fazem tratamento na Unidade de Saúde de Jales cinco pacientes com hanseníase. Acredita-se que na população jalesense haja mais acometidos pela doença, do que mostra os resultados. Talvez a falta de informação, ou até mesmo a vergonha sejam a causa de não buscar o tratamento. É imprescindível o investimento na divulgação e no tratamento contra a hanseníase.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol. 36 nº.3. Uberaba May/June 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010)>. Acesso em outubro de 2017.

BRASIL - Ministério da Saúde. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. 1ª ed. Brasília; 2008.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância a Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2 ed. rev. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial da União.**2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hansenise.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenise.pdf)>. Acesso em outubro de 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. **Boletim epidemiológico** nº 11, volume 44. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CRISTOFOLINI L. Aspectos da assistência de enfermagem na hanseníase: prevenção da úlcera plantar. Faculdades do Sagrado Coração. Bauru, 1983.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (2): 235-242, 2002. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em outubro de 2017.

DIAS, Andréia; CYRINO, Eliana G.; LASTÓRIA, Joel C. Conhecimentos e Necessidades de Aprendizagem de Estudantes de Fisioterapia sobre a Hanseníase. **Hansenologia Internationalis** 2007; 32(1): 9-18.

FILHO, R. C.; SANTOS, S. S.; PINTO, N. M. .M. Hanseníase: detecção precoce pelo enfermeiro na atenção Primária. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 606-620, 2010.

FOGOS, A. R.; OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, M. L. T. Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde de Carapina/ES. **Hansen Int.** 2000; 25(2):147-58.

FONSECA, I. F.; RAMOS, J. L. S; SILVA, S. E. T., et al. Importância do enfermeiro no controle do tratamento da hanseníase: revisão integrativa. **Revista e-ciência**. v.3, n.2, 2015, p.97-106. Disponível em: <<http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/88>>. Acesso em outubro de 2017.

FREITAS, C. A. S. L. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.6, n. spe, pp. 657-663, 2008.

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde (BR). **Guia de vigilância epidemiológica**. 5a ed. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia\\_vig\\_epi\\_vol\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf)>. Acesso em outubro de 2017.

GONÇALVES G. Promovendo a cicatrização de úlceras hansênicas e não hansênicas com laserterapia: ensaio clínico em unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **Hansen Int.** 2000;25(2):133-42.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em outubro de 2017.

IGNOTTI E; BAYONA M; ALVAREZ-GARRIGA C., et al. Transmission of Hansen's Disease and Unscreened Household Contacts. **Indian J Lepr.** 2010;79(1):11-25.



LIMA, Hívena M. N.; SAUAIA, Naime; COSTA, Vanja, R. L., et al., Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Revista Brasileira Clínica Médica**, 2010;8 (4): 323-7.

MARQUES, Cristiane M.; MOREIRA, Demóstenes; ALMEIDA, Patrícia N. Atuação fisioterapêutica no tratamento de úlceras plantares em portadores de hanseníase: uma revisão bibliográfica. **Hansenologia Internationalis**28(2): 145-150, 2003.

MARZLIAK, Mary Lise; NASCIMENTO, Ana Claudia Fedato; CABRAL, Silvana Lourenço, et al. Relatório de Monitoramento - **Hanseníase** - 1.o quadrimestre de 2016. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/hanseniaese/doc/hans16\\_relatorio2015.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/hanseniaese/doc/hans16_relatorio2015.pdf)>. Acesso em outubro de 2017.

MENDONÇA, V. A.; COSTA, R. D.; MELO, G. E. B. A., et al. Imunologia da hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, vol.83 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962008000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000400010)>. Acesso em outubro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Brasília; 2004.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020**. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>>. Acesso em outubro de 2017.

RIDLEY DS, JOPLING WH. Classification of leprosy according to immunity: a five-group system. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1966; 34:255-73.

RODRIGUES, A. D. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**, v. 5, n. 7, p. 101-106, 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE - Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Informe Epidemiológico Hanseníase. Ceará: Governo do Estado do Ceará; 2014.

SOUSA, A. A.; OLIVEIRA, F. J. F.; COSTA, A. C. P. J. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por Pacientes acompanhados em unidades básicas De Saúde de Imperatriz-MA. **SANARE**, Sobral, V.12, n.1, p. 06-12, jan./jun. - 2013.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 325-334, jul./set. 1997. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniaese\\_formas\\_clinicas\\_diagnostico\\_diferencial.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniaese_formas_clinicas_diagnostico_diferencial.pdf)>. Acesso em outubro de 2017.



SOUZA, Y. R.; CUNHA, J. R.; BROMERSCHENKEL, A. I. M. Atuação da fisioterapia na hanseníase no Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, vol. 10, n.1 - Hanseníase. Jan/Mar, 2011. Disponível em:<  
[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=139](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=139)>. Acesso em outubro de 2017.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. Dermatologia tropical – Hanseníase. Gráfica Tropical, Manaus, 1997.

TRINDADE, L. C.; ZAMORA, A. R. N.; MENDES, M. S. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1): 51 - 65, 2009 – 51.

VAN, B. S. M.; DE WIT, M. Y. L.; KLASTAR, P. R. et al. Mini Review: The epidemiology of *Mycobacterium leprae*: Recent insight. *FEMS Microbiology Letters* 136:221-230, 1996.

VELLOSO, Alda Py; ANDRADE, Vera. **Hanseníase Curar Para Eliminar**, 1ª ed., Porto Alegre, ed. Das Autoras, 2002. 109 p.



Revista Científica do Centro Universitário de Jales  
IX Edição (2018); ISSN: 1980-8925  
<http://www.unijales.edu.br/reuni>