

**MÁRCIA MARIA DE OLIVEIRA PINHEIRO**

**HANSENÍASE EM REGISTRO ATIVO NO MUNICÍPIO DE PASSOS, MG-  
BRASIL 2006.**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Iranilde José Messias Mendes.

**FRANCA  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MÁRCIA MARIA DE OLIVEIRA PINHEIRO

HANSENÍASE EM REGISTRO ATIVO NO MUNICÍPIO DE PASSOS,  
MG-BRASIL 2006

Presidente: \_\_\_\_\_  
Nome: Profa. Dra. Iranilde José Messias Mendes  
Instituição: UNIFRAN

Titular 1: \_\_\_\_\_  
Nome: Prof. Dr. Lucif Abrão Nacif Júnior  
Instituição: UNIFRAN

Titular 2: \_\_\_\_\_  
Nome: Prof. Dra. Maria Jacira Silva Simões  
Instituição: UNESP

Franca, 19 / 04 / 2007.

**Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca**

P721h            Pinheiro, Márcia Maria de Oliveira  
                    A hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG-Brasil/  
  
Márcia Maria de Oliveira Pinheiro ; Orientador: Iranilde José Messias  
Mendes. – 2006.  
60 f.: 30 cm.  
  
Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca  
Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção da  
Saúde  
1.Promoção da Saúde. 2.Incapacidades físicas 3.Eliminação da  
Hanseníase. I.Universidade de Franca. II.Título.  
  
CDU – 616.982.2

**DEDICO** este trabalho à minha querida filha Camila.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus familiares pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas;

à minha orientadora, Profa. Dra. Iranilde José Messias Mendes por ter auxiliado nesta jornada;

à Dr. Carlos Alberto Rodrigues de Faria pela receptividade no Departamento de Hanseníase, por sua generosidade e dedicação ao trabalho.

ao enfermeiro Alexander Silva Aragão, sempre solícito às minhas indagações para a execução deste trabalho;

ao Prof.Dr.Lucif Abrão Nacif Júnior, pela seriedade e disponibilidade para colaborar com seus alunos;

à Prof. Dra. Maria Jacira Silva Simões pela colaboração no término deste trabalho.

## RESUMO

PINHEIRO, Márcia Maria de Oliveira. **Hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG-Brasil 2006.** 60 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Franca, Franca, SP.

Estudo descritivo que teve como objetivo conhecer o perfil do indivíduo acometido pela hanseníase em seus aspectos demográficos e epidemiológicos e a situação do controle em registro ativo, segundo a forma clínica, tempo de diagnóstico, o comprometimento físico na ocasião do diagnóstico, esquema de tratamento medicamentoso e forma de apresentação ao serviço. Os dados foram coletados no Departamento de Hanseníase do Ambulatório Escola de Enfermagem da FAENPA/FESP-UEMG, onde foram analisados 22 prontuários de pacientes em registro ativo que deram entrada no serviço, para tratamento, no período de 01 de janeiro a 30 de setembro de 2006. A análise dos resultados possibilitou a identificação de aspectos concordantes da realidade da hanseníase com a realidade nacional, em particular com a região sudeste do país. Permitiram ainda considerar que do ponto de vista demográfico e epidemiológico, a situação dos pacientes traduzem bem o que traz a literatura sobre a influência dos fatores sócio econômico e epidemiológico na determinação da doença. Quanto à situação de controle desses pacientes, considerou-se que problemas organizacionais e ou administrativos, da rede municipal de saúde podem ser responsáveis também pelos fracassos das atividades dos serviços resultando, por exemplo, no diagnóstico tardio da doença. Destaca-se ainda a visão subjacente às práticas dos profissionais da área da saúde relativas à necessidade de se pautarem numa concepção de saúde mais ampliada e dinâmica sobre os padecimentos humanos, assim como a integração individual e sócio ecológica.

**Palavras-chave:** Promoção de saúde; incapacidades físicas; eliminação da hanseníase.

## **ABSTRACT**

PINHEIRO, Márcia Maria de Oliveira. **Hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG-Brasil 2006.** 60 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Franca, Franca-SP.

This descriptive study had as objective to know the profile of the person stricken by leprosy in its demographical and epidemiological aspects and the situation of the control in active record according to the clinical form and the evolution of the disease, diagnosis time, the physical implication at the moment of the diagnosis, medicinal treatment scheme and the how the present to the service. The data were collected at Departamento de Hanseníase do Ambulatório de Enfermagem ( FAENPA/FESP-UEMG) where the enrollment of 22 patients in active record who checked in the service, for treatment, from January 01 to September 30 2006. The analysis of the results made it possible to identify the concordant aspects of the reality of leprosy in all national territory especially in the southeast area of the country. It was also possible to take into account that from the demographical and epidemiological point of view, the situation of the patients shows what literature brings about the influence of the social and epidemiological factors in the determination of the disease. Concerning the control situation of these patients, it was considered that the organizational and or administrative problems of the health municipal network can also be responsible for the failures of the service activities leading to, for instance, the late disease diagnosis.

The subjacent view of the health professionals` practices is also pointed out, they are related to the necessity of ruling in a wider and more dynamic health conception about the human ailments, just like the individual and socio-ecological integration.

**Key words:** Promoting health; physical disabilities; leprosy elimination.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos casos de hanseníase, segundo a idade e o sexo. Passos, MG. 2006	35
Tabela 2 –	Distribuição dos casos de hanseníase, segundo a escolaridade. Passos, MG. 2006	37
Tabela 3 –	Distribuição dos pacientes, segundo o modo de entrada no Departamento de Hanseníase do Ambulatório da Escola de Enfermagem da FAENPA/FESP-UEMG. 2006	38
Tabela 4 –	Distribuição dos pacientes, segundo o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico de hanseníase Passos, MG. 2006	39
Tabela 5 –	Distribuição dos pacientes, segundo a forma clínica. Passos, MG. 2006	40
Tabela 6 –	Distribuição dos Comunicantes de hanseníase segundo a forma clínica. Passos, MG. 2006	41
Tabela 7 –	Distribuição dos pacientes, segundo os graus de incapacidade física e a forma clínica. Passos, MG. 2006	42
Tabela 8 -	Distribuição territorial de casos de hanseníase. Passos, MG. 2006	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMBES – Ambulatório Escola

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

DH – Departamento de Hanseníase

DATASUS – Processamento de Dados do Sistema Único da Saúde

FAENPA – Faculdade de Enfermagem de Passos

FESP – Fundação de Ensino Superior de Passos

M. leprae – Mycobacterium leprae

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PQT – Poliquimioterapia

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

UEMG – Universidade Estadual de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA HANSENIASE .....	14
1.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENIASE .....	16
1.2.1 Incapacidades físicas na hanseníase.....	20
1.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA.....	23
1.4 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA DOENÇA.....	25
1.5 ASPECTOS OPERACIONAIS DO CONTROLE E TRATAMENTO DA HANSENIASE .....	26
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	29
2.1 OBJETIVO GERAL .....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 ÁREA E LOCAL DO ESTUDO.....	32
3.3 AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO.....	33
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	33
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	34
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>CONCLUSÕES</b> .....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	57
<b>ANEXOS</b> .....	60

## INTRODUÇÃO

Não obstante todo o conhecimento da etiologia e da patogenia da hanseníase, do avanço tecnológico e das alternativas terapêuticas, desde a antiguidade até os dias de hoje esta doença ainda representa um problema para saúde pública em vários países do mundo (OMS, 2005).

Trata-se de uma doença infecto-contagiosa, de alto poder incapacitante, pois os prejuízos neurais advindos do ataque da *Mycobacterium leprae* são responsáveis, além das incapacidades físicas, pela manutenção do preconceito e estigma que ainda existem ao redor da doença (OPROMOLLA, 1990).

A doença tem cura, porém encontra como ambiente favorável à sua propagação as péssimas condições de vida das populações e sua erradicação tornou-se um desafio constante para as políticas nacionais e internacionais de saúde (CLARO 1983). No mundo todo há cerca de um milhão de pacientes em registro ativo, porém estima-se um número realmente maior, pois só no Brasil tem cerca de 500 mil casos, e isto significa o segundo país do mundo, em número absoluto de casos (OMS, 2005; VALLA, 2000).

Ainda é endêmica em quase todos os estados e macroregiões do Brasil; entretanto os coeficientes de prevalência e detecção apresentam grandes variações em todo território nacional. Estados do norte e nordeste apresentam alta endemicidade, já no sudeste os índices são de média endemicidade e no estado de Santa Catarina, a doença já foi eliminada (PACTO, 2006).

Desde 1981 a Organização Mundial da Saúde vêm trabalhando incessantemente para a redução da carga global da hanseníase. Nesta ocasião, o Grupo de Estudos sobre a Quimioterapia da Hanseníase recomendou o uso de poliquimioterapia (PQT) como tratamento padrão da doença (BRASIL, 2001 a; OMS, 2005). O esquema padrão de PQT associa os medicamentos Dapsona, Rifampicina e Clofazimina e tem duração que varia de seis a dezoito meses de tratamento

dependendo do quadro clínico da doença (BRASIL, 2001). Foi introduzido no Brasil, em 1986 e fundamenta-se em três premissas: Que o paciente é a fonte principal; que abaixo de um limiar arbitrário de prevalência o potencial de transmissão é limitado e que, abaixo desse nível mínimo, a doença desaparecerá gradualmente (MARTELLI, et al 2002, apud LOMBARDE, et al, 1999; OLIVEIRA, et al, 1989; e LECHAT, 1999).

Entre 1985 e início de 2005, mais de 14 milhões de casos de hanseníase foram diagnosticados e completaram um esquema de PQT e o número de países que notificaram os coeficientes de prevalência acima de um caso por 10.000 habitantes foi reduzido de 122 em 1985 para nove, no início de 2004. Cabe salientar que em sua 44ª Assembléia mundial em 1991, a OMS definiu como meta para a eliminação da hanseníase, a prevalência de registro inferior de um caso para 10.000 habitantes sendo que esta meta programática deveria ter sido alcançada pelos países endêmicos até o ano 2000(OMS, 2005). Este prazo foi prorrogado e em novembro de 2005, Novartis e a OMS renovaram acordo para estender o prazo para a eliminação da hanseníase no mundo, até 2010 assegurando que atividades de controle da doença serão mantidas até que a meta de prevalência inferior a 1/10mil habitantes seja alcançada e o fornecimento de medicamentos necessários continuará disponibilizado gratuitamente em todos os países endêmicos (OMS, 2004).

Entre o período 2000 até 2005, aproximadamente quatro milhões de pacientes foram curados pela poliquimioterapia o que significou um declínio de 20% por ano desde 2001. (OMS 2005).

O princípio fundamental do controle da hanseníase é o *controle da morbidade*, isto é, a detecção oportuna de novos casos, o diagnóstico da doença e seu tratamento com quimioterapia eficaz na forma de PQT, o aconselhamento ao paciente e sua família, a educação comunitária, a prevenção de incapacidades/deficiências, a reabilitação e o encaminhamento das complicações. Os principais elementos desta nova estratégia visam à implementação de estratégia sustentável e não mais aquela abordagem baseada em campanhas, pois há evidencia de que a comunicação interpessoal ainda é a melhor maneira de transmitir as mensagens certas sobre a hanseníase (OMS, 2005).

Embora o impacto das ações, no âmbito desta endemia não ocorra em

curto prazo, acredita-se que o Brasil reúne atualmente condições favoráveis para a sua eliminação como problema de saúde pública, levando-se em consideração a descentralização dos serviços de saúde e a implantação do Programa de Saúde da Família (SÃO PAULO, 2006; BRASIL, 2002-a).

Neste particular, ressalta-se a importância do enfoque da Promoção da Saúde no que diz respeito ao processo de capacitação da comunidade e estímulo à sua participação para o controle deste processo, pois as altas prevalências da hanseníase demonstradas nos dados epidemiológicos atuais (OMS, 2005; PACTO, 2006) são indicativos da necessidade de programas voltados para a promoção da saúde a partir do acesso às informações sobre esta doença e também da reorientação do serviço já implantado.

A OMS, através da Primeira Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa-Canadá (1986) traz uma definição de saúde a partir de uma abordagem holística e ecológica da vida: "Saúde é o resultado dos cuidados que alguém dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida, de assegurar que a sociedade em que vive se ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde" (VILELA, 2000; OMS, 1986).

Nesta perspectiva, trabalhar no sentido de eliminar uma doença contagiosa do meio ambiente, melhorando a saúde e a qualidade de vida das pessoas, exige um esforço coordenado de suportes educativo, político administrativo. Com relação à educação salienta-se o emprego de estratégias capazes de auto capacitação da pessoa, pois, como se refere Battaglion (2003, p.90) apud Tones, (1989), a comunidade deverá dispor de conhecimentos necessários que lhe possibilite operar mudança em seu meio.

Considerando-se que a municipalização dos serviços de saúde e a implantação crescente de equipes de Saúde da Família vêm ocorrendo em todo território brasileiro, as condições para o controle da endemia da hanseníase são favoráveis. Contudo, a reorientação dos serviços traz implicações importantes na maneira de como os profissionais de saúde devam atuar, na rede básica na resolução dos problemas de saúde, no caso particular, no controle da hanseníase. Nesta direção, Barbosa et al (2005, p.270) ressalta a necessidade da competência geral além da

específica, do profissional da saúde, no caso particular da psicologia, a fim de assegurar que sua prática considere as necessidades sociais, os direitos humanos em direção a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades.

O presente trabalho foi motivado por minha inserção como fisioterapeuta, em um serviço de referência que desenvolve as ações de controle da hanseníase. O panorama desfavorável à atuação do profissional fisioterapeuta levou à busca de novos horizontes culminando com meu ingresso ao mestrado em Promoção de Saúde. Sendo assim, aumentou o interesse por este estudo, cujo foco foi o doente de hanseníase e o controle de sua morbidade, sobretudo no que diz respeito à prevenção e reabilitação das incapacidades físicas decorrentes da doença, justificado pela importância de que a equipe que atua na área deverá ser capacitada para a concretização da proposta de eliminação da hanseníase. Para discorrer sobre o assunto, foi realizada uma revisão da literatura através de estudos em livros clássicos, artigos e publicações oficiais. As fontes de dados utilizadas foram Lilacs, Scielo, Bireme, Datasus, Ministério da Saúde, IBGE, OPAS e OMS.

Na seqüência encaminhou-se o anteprojeto para a apreciação do Comitê de Ética da Universidade de Franca. Após autorização, solicitou-se o consentimento de apoio institucional para a coleta dos dados.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Os primeiros escritos sobre hanseníase vêm da Índia e são datados de 600 AC. Denominada *lepra*, a doença era cercada de medo, dando origem ao estigma e preconceito que até hoje existe com difícil abordagem e resolução. Na Idade Média, foram criadas as primeiras ordens religiosas que cuidavam destes doentes, quando então surgiram centenas de leprosários para abrigá-los (COCHRANE, 1964). O autor assinala que entre os séculos XVIII e XIX, na Europa, houve um avanço na qualidade social, gerado pela Revolução Industrial que fez com que a doença entrasse em declínio naquela população.

Com a descoberta do agente etiológico, causador da infecção, em 1873 pelo médico norueguês, Gerhard Armauer Hansen, as ações de combate à moléstia tornaram-se mais objetivas. Em meados do século XX, alguns países conseguiram uma excelente redução na incidência da doença, investindo na higiene corporal e no saneamento básico. Entretanto, nos continentes asiático e africano a doença continuava endêmica e em franca expansão para o Novo Mundo, através das conquistas portuguesas e espanholas (BRASIL, 1987).

No Brasil, os primeiros casos notificados de hanseníase, datam do ano de 1600, mas somente duzentos anos depois, por volta de 1800 é que começaram as ações de combate à doença. Essas ações que eram limitadas à construção de leprosários e à reclusão do doente (internação compulsória), ao longo do tempo promoveram a piora do quadro, pois aumentavam o preconceito aos que viviam no isolamento. Abandonados pelas famílias, os doentes permaneciam institucionalizados até a morte. (COCHRANE, 1964).

O primeiro grande avanço no combate à hanseníase teve lugar nos anos quarenta, quando teve início o uso da *Dapsona*, uma droga que conseguia deter o avanço da doença. Porém o tratamento durava muitos anos ou até a vida toda, o que dificultava a adesão ao tratamento. Nos anos setenta o conhecimento da resistência do *M.leprae* à dapsona determinou o desenvolvimento de novas drogas para o combate à doença e em meados dos anos oitenta iniciou-se o emprego da Poliquimioterapia, isto é a associação de vários medicamentos para o tratamento da hanseníase.

Dentre as medidas na política de tratamento da doença no Brasil, assinala-se a mudança de terminologia lepra por Hanseníase, em homenagem ao descobridor do bacilo de Hansen. A proposta fundamentava-se na crença de que a mudança do termo lepra cuja conotação pejorativa data de tempos remotos, aliadas a outras medidas no processo de seu tratamento, poderiam minimizar o preconceito. Assim o termo Hanseníase foi oficialmente adotado em nosso território desde 1976 quando se tornou lei nº. 9010-DOU de 30 de março de 1995 (HANSENIASE, 2005; JOPLING; MCDOGALL, 1991).

Os antigos sanatórios, colônias ou leprosários foram desativados ou transformados em hospitais gerais ou centros de tratamento de doenças tropicais e os pacientes tratados ambulatorialmente com sucesso, desde 1985 quando os medicamentos necessários passaram a ser disponibilizados gratuitamente em todos os países endêmicos através da Organização Mundial da Saúde.

A hanseníase é hoje uma doença principalmente de países tropicais e subtropicais. Contudo, é nas regiões mais pobres desses países que a incidência da doença é maior. Daí a afirmação de que não são as temperaturas regionais que determinam a distribuição da doença, mas as condições de miséria em que vivem estas populações (OMS, 2005).

O Ministério da Saúde em parceria com a OPAS/OMS e o Instituto Lauro de Souza Lima, cumprindo mais uma das etapas do Plano Nacional de Eliminação, em julho de 2004, iniciaram o estudo de âmbito nacional para a validação do diagnóstico da hanseníase, que será feito por médicos previamente identificados, com pelo menos cinco anos de experiência de campo, entre outros requisitos. A questão em discussão relaciona-se ao procedimento adotado para o diagnóstico da doença. Estudo realizado na Índia indicou um excesso de diagnóstico, de 4 a 18% (BRASIL, 2004b).

Apesar do avanço das pesquisas científicas na descoberta de medicamentos eficazes no tratamento da infecção, há necessidade de estudos na área básica e aplicada como, por exemplo, capazes de evidenciar prováveis motivos pelos quais o coeficiente de detecção não acompanha o coeficiente de prevalência. Martelli, 2002 em seu estudo sobre o comportamento destas variáveis num período de 17 anos, demonstrou que a introdução do PQT no tratamento da infecção produziu um grande impacto na curva da prevalência enquanto de detecção, os indicadores de transmissibilidade da infecção, permanecem elevados com ligeira tendência de crescimento (MARTELLI, 2002).

Do que se sabe até então é que os fatores considerados coadjuvantes ou predisponentes à propagação do bacilo são: os fatores ligados ao hospedeiro como a constante exposição ao bacilo, a resistência específica individual, doenças debilitantes e imunodepressoras, desnutrição, gravidez, puerpério e puberdade; e as ligadas ao meio ambiente, como precárias condições de saneamento, baixa situação socioeconômica e superpopulação doméstica.

## 1.2 - ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença humana infecto-contagiosa, sistêmica, causada por uma bactéria que ataca os nervos, pele e todos os órgãos, exceto o cérebro, os pulmões e os rins (FOSS, 1999).

O problema maior da doença é que esta bactéria tendo tropismo pelos nervos periféricos pode causar as incapacidades e deformidades, que são responsáveis pelo medo e tabus que envolvem a doença. Neste particular, Opromolla. (1999) diz que a doença não teria tamanha importância se fosse apenas uma doença de pele contagiosa.

O agente causador é *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen. Da família das mycobacterias é Gram-positivo e álcool-ácido resistente (BAAR); não se multiplica em meios de cultura artificiais e pode permanecer de 36 horas a nove dias no meio ambiente a uma temperatura de 36, 7 graus centígrados a 77. 6% de umidade

média.

O bacilo viável tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, tem capacidade de infectar um grande número de pessoas, no entanto poucas pessoas adoecem, pois o organismo da maioria delas apresenta resistência ao bacilo, destruindo-o. Entretanto, entre as que adoecem, o grau de imunidade varia e determina a evolução da doença. Mesmo em populações que vivem em situações de alta prevalência da doença, somente cerca de 5-10% das pessoas, adoecem (FOSS, 1999; BRASIL, 2001 a; MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVVITI, 2004).

Uma vez instalado no organismo da pessoa infectada o bacilo se multiplica lentamente (de 11 a 16 dias) e o período de incubação é bastante longo, entre dois e sete anos. Uma vez detectado o caso e iniciado o tratamento específico, diminui rapidamente o número de bacilos viáveis eliminados. Por isso, para fins operacionais e de vigilância epidemiológica, o período de transmissão é considerado a partir dos primeiros sinais e sintomas, até o momento em que se iniciou o tratamento específico. Esse período é chamado de rede de contaminação. Estas considerações são importantes para a abordagem da vigilância dos contatos intradomiciliares, a busca das fontes de infecção ou de casos secundários. (BRASIL, 2001a; MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVVITI, 2004).

A transmissão da doença ocorre pelas vias aéreas superiores e foi confirmada pela infecção bem sucedida de ratos expostos ao ar carregado de bacilos. Mas outra possibilidade é o contato direto com a pele através de feridas de doentes; e com secreções (esperma, saliva, suor ou lagrima) dos doentes portadores de formas contagiantes.

É necessário um contato íntimo e prolongado para a contaminação, como a convivência de familiares na mesma residência, onde o contágio ocorre cinco a oito vezes mais freqüentemente que no extra familiar. Daí a importância dos que mantêm contatos intradomiciliares com o doente de hanseníase (BRASIL, 1993; BRASIL, 2002).

O início das manifestações, costuma ocorrer no adulto jovem, indivíduos de 20-30 anos de idade principalmente, sendo a doença raramente observada em crianças com menos de cinco anos. A incidência é maior nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo (BRASIL, 1983).

Os primeiros sintomas da doença, mais comumente encontrados, são as

alterações da sensibilidade térmica: hiperestesia (durante período fugaz), seguida de hipoestesia e, após algum tempo, anestesia. A seguir, ocorre perda progressiva da sensibilidade dolorosa e por último, da tátil (BECHELLI, 1987).

A classificação da hanseníase adotada atualmente nos serviços públicos de saúde brasileira resultou do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri (1953). A doença ficou classificada segundo sua tendência de evoluir em direção a um de seus pólos, encontrando-se duas formas polares e dois grupos: Formas Tuberculóide e Virchowiana e grupos Indeterminados e Dimorfo (BRASIL, 1993).

A hanseníase indeterminada (HI) é a forma inicial da doença. Aparece após um período de tempo, que varia de poucos meses até anos e evolui espontaneamente para a cura, na maioria dos casos ou para as outras formas da doença, em 25% dos casos. Geralmente, encontra-se apenas uma lesão de cor mais clara que a pele normal (mácula) e com diminuição da sensibilidade. O prognóstico é bom, isto é, quando tratada adequadamente, a cura ocorre sem deixar seqüelas, embora às vezes persistam pequenas áreas hipoestésicas e/ou máculas hipocrômicas residuais. A investigação epidemiológica é muito importante para descobrir a fonte da doença e para o diagnóstico precoce de novos casos de hanseníase. O Teste de Mitzuda tem importante valor prognóstico na HI, pois se for negativo, deve-se considerar o potencial de evolução para o pólo virchowiano (BRASIL, 2002a).

A hanseníase tuberculóide é forma não contagiante da doença, caracterizada por lesão bem localizada que ocorre em pessoas que têm alta resistência ao bacilo. Essas lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e pouco elevados; com ausência de sensibilidade (dormência) e com distribuição assimétrica. Ocorrem alterações nos nervos próximos à lesão, espessamento neural geralmente intenso e assimétrico, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular. Não apresentam bacilos ao exame microscópico. O seu prognóstico é variável, pois depende do tronco nervoso acometido e da adequação do tratamento das neurites. Raramente, ocorre comprometimento visceral. As lesões maiores podem apresentar anidrose (ausência ou diminuição da secreção do suor) e/ou alopecia (ausência de cabelos ou pelos do corpo). Quando ocorre o comprometimento nervoso como única manifestação clínica, é chamada de Tuberculóide Neural Pura. (BRASIL, 2001a; MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVVITI, 2004).

Já na hanseníase dimorfa as lesões dermatológicas podem ser poucas e assimétricas ou numerosas e simétricas, com placas eritematosas róseo-violáceas e/ou pigmentadas, polimorfas, com relevo variável; uniformemente infiltradas com clareamento central ou com bordas internas nítidas e externas imprecisas e difusas (lesões foveolares ou também chamadas de queijo suíço). O comprometimento de nervos é freqüente, porém em maior número e mais simétrico que a forma tuberculóide. Este grupo é considerado muito instável imunologicamente e por isto passível, através de surtos reacionais, de piorar ou melhorar seu posicionamento no espectro, dando a estes pacientes um elevado potencial incapacitante. (BRASIL, 2001a; MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVVITI, 2004).

A hanseníase virchowiana é forma contagiante da doença, quando não tratada. Estima-se que doentes virchowianos eliminam em torno  $2,4 \times 10$  trilhões de bacilos pelo trato respiratório, diariamente (BRASIL, 2001a).

Neste grupo a imunidade é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e das mãos que favorecem os traumatismos e feridas que podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele e nódulos, acompanhada de alopecia (queda do pelo) e anidrose (ausência de suor). A madarose (perda de cílios e supercílios) é outra característica desta forma da doença. As alterações faciais do doente tornam a pele, além de espessa, sede de grande número de hansenomas de tamanhos variados e confluentes, em maior número, na frente. Os supercílios caem, o nariz se espessa e se alarga. Os lábios tornam-se mais grossos e proeminentes. As bochechas e o mento se deformam pelo aparecimento de nódulos. A barba se escasseia ou desaparece. Essas alterações em conjunto dão ao rosto o aspecto de cara de leão, que é denominada *facies leonina* (FOSS, 1999).

As manifestações extracutâneas nos doentes bacilíferos podem ser encontradas no nariz, caracterizada por rinite específica com infiltração difusa, às vezes com hansenomas, tardiamente, ulcerações e perfurações do septo; na mucosa oral, ou por lesões nos lábios, língua, palato mole, úvula, palato duro, com BAAR, principalmente na fase ativa da doença; na laringe ocorrem infiltrações da epiglote, falsas cordas vocais e nas fases tardias afonia, dispnéia e asfixia, nos olhos ocorrem madarose, espessamento neural da córnea, lagoftalmo, conjuntivites e queratite. Além

destas manifestações, ocorrem também linfadenomegalias, hepatomegalia, esplenomegalia, comprometimento dos testículos (atrofia) com diminuição da testosterona, ginecomastia e esterilidade. (WHO, 1998).

Os rins são sede de glomerulonefrite e amiloidose, sendo a insuficiência renal a causa mais comum de óbito nos virchowianos. Nos ossos, ocorrem rarefações mais comumente nas mãos e pés, tardiamente aparecem as atrofias e absorções, osteomielite, osteoporose difusa. Ocorre ainda periostite significativa na tíbia dos virchowianos. O comprometimento da medula óssea leva a uma diminuição da hematopoiese, com conseqüente anemia. Nos músculos, a lesão mais comum é atrofia neuropática e por desuso (BECHELLI, 1987).

Durante o período de tratamento deve-se atentar para os surtos reacionais e o grau de comprometimento dos nervos periféricos. As seqüelas físicas são definitivas, não significando necessariamente atividade da doença.

### 1.2.1-Incapacidades Físicas da Hanseníase

As lesões nervosas poderão ocorrer em todas as formas da hanseníase, exceto na forma indeterminada. São comuns nas reações do tipo I e aparecem mais intensamente, nas reações do tipo II (BRASIL, 2002a) que serão descritas adiante. Estas lesões trarão em sua evolução os mais variados graus de comprometimento físico, dependendo do tempo de evolução da doença, da forma clinica, da adequação do tratamento.

As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades não devem ser dissociadas do tratamento poliquimioterapico. Tais atividades serão baseadas nas informações obtidas através da avaliação neurológica, no diagnóstico da hanseníase e tendo sempre em mente que este acompanhamento deve estender-se em alguns casos após a alta por cura, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente neurites e reações.

Mesmo os pacientes que não apresentaram comprometimento neural (incapacidades) devem ser alertados para a possibilidade da ocorrência dos mesmos e

orientados à auto vigilância para os sintomas como dor e espessamento dos nervos.

Os nervos mais freqüentemente afetados pela hanseníase são:

Face: Nervo Trigêmeo (V par) – função sensitiva (nos ramos oftálmico e maxilar). Nervo Facial (VII par) – Inerva os músculos frontal, orbicular do olho, superciliar, bucinador, zigomático maior.

Pescoço: Nervo Auricular

Membros Superiores: Nervo radial, mediano e ulnar.

Membros Inferiores: Nervo fibular comum e tibial posterior.

A pesquisa de sensibilidade deve ser feita na seqüência: térmica, dolorosa, tátil, mas deve-se atentar para a dificuldade em realizá-la nos indivíduos excessivamente nervosos, crianças e simuladores. Nestes casos, realizam-se os testes de pilocarpina ou de histamina (BRASIL, 2002 a).

A presença de incapacidades, causadas pela hanseníase em um paciente curado, é um indicador de que o diagnóstico foi tardio ou de que o tratamento foi inadequado (MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVVITI, 2004).

O grau de incapacidade física refere-se ao maior grau encontrado no exame físico e seu registro faz parte da Avaliação Dermatológica Simplificada (**Anexo 1**). Sendo que o grau Zero refere-se ao paciente que no exame dermatoneurologico não apresenta qualquer problema com os olhos, mãos e/ou pés devido à hanseníase; o grau I refere-se ao paciente que apresenta diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, mãos e pés (ao teste com estesiometro não sente 2g –lilás); no grau II as lesões aparecem nos olhos como lagofalmo; triquiase; ectrópio e opacidade corneana central e acuidade visual menor que 0,1. Nas mãos e pés lesões tróficas e/ou traumáticas, mão em garra; garra dos artelhos e reabsorção óssea .

Alguns casos de hanseníase, porém, apresentam alterações de sensibilidade e alterações motoras (perda de força muscular) sem sintomas agudos de neurite. Esses casos são conhecidos como neurite silenciosa (BRASIL, 2001-a).

Durante a evolução da doença ou do tratamento, podem ocorrer surtos de alteração da resistência ao *M. leprae* que resultam em reações imunológicas denominadas *estados reacionais*, que são classificadas em dois tipos de reação: a reação do tipo I de hipersensibilidade tardia, freqüente na forma dimorfa, caracterizada por edema e eritema das lesões pré-existentes ou surgimento de novas lesões e

edema das extremidades. Já a reação do tipo II, manifesta-se por febre alta, neurite, artrite, edema, pápulas e nódulos cutâneos dolorosos difusos, às vezes lesões numulares eritemoto-infiltrativas em alvo (eritema polimorfo) (MARGARIDO-MARCHESE; TEDESCO-MARCHESE; RIVVITI, 2004).

É raro, mas pode ocorrer recidiva da doença, mesmo após alta por cura. Os sinais de atividade clínica podem ser cutâneos: novas lesões, aumento das lesões já existentes, eritema, infiltração; ou sintomas neurais: com paralisia ou parestesia de músculos não afetados anteriormente, áreas anestésicas novas ou aumento das pré-existentes (GALLO; OLIVEIRA, 1977).

Em conformidade com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) para se conhecer a *porcentagem de casos com deformidades entre os casos novos detectados e avaliados no ano* faz-se o cálculo de casos novos detectados no ano com grau de incapacidade I e II / casos novos com grau de incapacidade avaliados no ano X 100. Esta porcentagem é importante para estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos e estimar a endemia oculta. É considerado alto quando maior que 10% , médio com porcentagens de 10 a 5% e baixa quando menor ou igual a 5%.

Outro indicador importante, também recomendado pelo MS é a *porcentagem de casos paucibacilares e multibacilares curados com seqüelas* (coorte), que é construído pelos casos PB e MB detectados nos anos das coortes e que curaram com graus de incapacidade I e II / casos MB e PB detectados nos anos das coortes com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura X 100. É indicador da transcendência da doença. Útil para a programação de insumos para a prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta e também para subsidiar política de ações para sequelados.

Em Minas Gerais, no ano de 2005 foram diagnosticados 2.953 casos, mantendo a mesma média dos cinco anteriores, ou seja, cerca de 3.000 casos novos por ano. Entre os casos novos o percentual de grau de incapacidade foi de 11,3% considerado alto e indicando que o diagnóstico ainda está sendo realizado tardiamente (MINAS GERAIS, 2005).

Segundo a OMS (2005), um aspecto freqüentemente negligenciado é a prestação de serviço de longa duração para pacientes que sofrem de seqüelas de

danos neurais como, por exemplo, úlceras plantares ou reações hansenicas crônicas. Esses casos precisarão, além de intervenções clínicas e cirúrgicas, de apoio de serviços especializados de orientação.

### 1.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A hanseníase é doença de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o Território Nacional, portanto todo caso deve ser notificado utilizando a ficha de notificação e investigação do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis. BRASIL, 1993; BRASIL, 2002c; BRASIL, (2004 a).

Por ser doença crônica é necessário o registro das informações relativas ao acompanhamento dos casos, permitindo monitorar a prevalência e a efetividade do tratamento (BRASIL, 2004A).

A prevalência e a incidência são indicadores básicos para o conhecimento e manejo de qualquer doença em saúde coletiva. Na primeira, seus valores dimensionam a magnitude da mesma, quanto a se constituir, ou não, problema de saúde pública; na segunda, são fundamentos dos procedimentos de previsão e administração sanitária de recursos humanos e materiais, de custeio e de capital. No entanto, em países do Terceiro Mundo, os dados relativos a essas medidas são muito imprecisos em decorrência às limitações na obtenção, registro, processamento e análise de informações de saúde. Em relação à hanseníase, a questão é ainda mais complexa, dado o longo período de incubação. Por isso, até a expressão "incidência", não é rigorosamente adequada, pois não existem casos novos em apenas um ano, mas casos detectados no período sejam novos ou não. Mais grave, no entanto, é o fenômeno conhecido pelos hansenólogos como "iceberg epidemiológico", pelo qual se designa o fato de que o número de casos conhecidos da doença é sempre apenas a extremidade visível de contingente muito mais numeroso (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde seguindo a diretrizes da estratégia global utiliza os seguintes indicadores para avaliação da hanseníase (BRASIL, 1978):

Coeficiente anual de *deteção de casos novos* na população por 10.000 habitantes? Casos novos residentes detectados no ano / População em 1º julho ano X 10.000. Este coeficiente é útil para determinar a tendência secular da endemia e medir

a intensidade das atividades de detecção de casos. Parâmetros para avaliação: Hiperendêmico = 4,0; Muito alto 4,0 a 2,0; Alto 2,0 a 1,0; Médio 1,0 a 0,2 e Baixo quando este coeficiente está abaixo de 0,2.

Já o coeficiente anual de *prevalência* por 10.000 habitantes é construído pelos casos em registro ativo em 31 de dezembro ano / população em 31 de dezembro ano X 10.000. É importante para medir a magnitude da doença. Utilizam-se os parâmetros: Hiperendêmico = 15,0; Muito Alto: 10,0 -14, 9; Alto: 5, 0-9, 9; Médio: 1, 0-4, 9; e finalmente Baixo: menos que 1. Estes coeficientes são estimados para cada grupo de 10.000 habitantes. Lembrando que ,segundo a OMS, a meta para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública é atingir os coeficientes de prevalência em todos os países do mundo em menos de 1,0/10.000(OMS,2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (apud ORGANIZAÇÃO, 1983), para as áreas de baixa endemicidade, o exame de contatos domiciliares de casos infecciosos, especialmente crianças, e de pessoas notificadas como casos suspeitos, constitui o método mais eficiente e prático de descobrimento dos casos; quando a prevalência for de aproximadamente 1 por 1000 ou superior, dever-se-iam utilizar métodos adicionais, tais como o exame de crianças em idade escolar, de recrutas militares e de outros grupos selecionados; censos intensivos são aconselháveis para as populações hiperendêmicas.

Segundo os dados de acompanhamento da hanseníase (DATASUS, 2006) a distribuição da prevalência é muito diferente tomando-se em comparação, as regiões. Comparando-se a taxa de prevalência por região, no mês de setembro de 2006, a maior taxa foi na região norte com 2,93; região centro-oeste, 2,80; nordeste 1,45; sudeste 0,53 e a menor taxa registrada foi na região sul, 0,46.

Em relação às taxas de detecção, a região norte, registra no mesmo período 3,03; a região centro-oeste 2,61; a nordeste 1,39; a sudeste 0,45 e a região sul a taxa é de 0,36.

O Estado de Minas Gerais é considerado de média endemicidade, com população de 19.237.434 habitantes e taxa de prevalência de 2,4 casos (coeficiente/10.000) (MINAS GERAIS, 2006). As taxas de prevalência dentro do Estado de Minas Gerais sofrem enorme variação, como por exemplo: 46.60 em Jampruca; 16.20 em Cuparaque; 7.51 em Alfenas; até 0.28 em Arcos (BRASIL, 2006).

No município de Passos (DH/AMBES) foram 22 casos novos detectados no período de janeiro a setembro de 2006, o que significa uma taxa de prevalência de 2,2 (coeficiente/10.000), muito aquém da meta de eliminação da hanseníase que é de 1/10. 000, porém próxima aos países do sudeste asiático e africano (DATASUS, 2006; OMS, 2005).

#### 1.4 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA HANSENÍASE

De acordo com a OMS (2005) em 1985 eram 122 países considerados endêmicos, isto é, com a prevalência acima de um caso para cada 10. 000 habitantes. Desde a introdução da poliquimioterapia de curta duração em larga escala, a prevalência mundial se aproximou desta meta, reduzindo em 90% a prevalência mundial. Cerca de 14 milhões de pessoas foram curadas e 4 milhões tiveram incapacidades físicas evitadas.

Em 2004, foram registrados 407.000 novos casos e em 2005 este número diminuiu para 286.000. Este decréscimo se deu principalmente devido à redução em número de casos novos detectados na Índia (índice 29% menor se comparado com 2003).

Atualmente, a hanseníase persiste como problema de saúde pública em apenas nove países sendo seis países Africanos, dois no Sudeste da Ásia e um, na América Latina. Estes países são por ordem de prevalência: Angola, Brasil, República Central Africana, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal e República Unida da Tanzânia.

Em 2004 foram registrados 49.078 casos novos em todo o território nacional, ficando evidente que a endemia ainda é importante no Brasil, pois se trata de um país extenso com grandes distâncias geográficas e diferenças culturais sendo que os serviços de saúde, ainda que disponíveis na maioria dos municípios apresentam uma variedade muito grande em seu poder de resolutividade. Cerca de 80% dos casos, concentram-se em aproximadamente, 600 municípios brasileiros, onde vivem mais de 50% da população do país. Registra atualmente, 8% de casos novos em menores de

quinze anos (IBGE, 2006).

O Estado de Minas Gerais registrou no ano de 1991 o espantoso número de 34.944 doentes em registro ativo, sendo neste referido ano a prevalência de 22 / 10.000. Mas no final de 2005 o estado registrou 2.807 casos de hanseníase em curso de tratamento, significando um taxa de 1,5 / 10.000, considerada média pelos parâmetros da OMS (MINAS GERAIS, 2005).

Em Passos, no ano de 2004 foram registrados 29 casos novos da doença; no ano 2005 foram outros 26 casos e no ano corrente, de janeiro a setembro (2006) são 22 casos em registro ativo que significa uma taxa de prevalência de 2,2 /10.000.

## 1.5 ASPECTOS OPERACIONAIS DO CONTROLE E TRATAMENTO

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (M.S, 2002), o diagnóstico precoce deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da hanseníase e baseia-se fundamentalmente, no exame clínico, na busca dos sinais dermatoneurológicos da doença. Nesse sentido, define *caso suspeito de hanseníase*: toda lesão cutânea que apresenta perda ou diminuição de sensibilidade e, caso de *hanseníase*, toda a pessoa que apresenta uma ou mais de uma das seguintes características:

- Lesão de pele com alteração de sensibilidade;
- Acometimento de nervo (s) com espessamento neural;
- Baciloscopia positiva.

Ainda de acordo com o MS, uma vez diagnosticado, o caso de hanseníase deve ser classificado, operacionalmente, para fins de tratamento em:

- Paucibacilares (PB): casos com = 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido; (forma indeterminada e tuberculoide).
- Multibacilares (MB): casos com > 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido. (forma virchowiana e dimorfa).

A forma de apresentação dos pacientes no serviço de atendimento ou na

unidade básica de saúde é também chamada de modo de detecção dos casos novos e foi classificada segundo orientação do MS em cinco modalidades. O encaminhamento, a demanda espontânea, o exame de contatos, o exame da coletividade e outros métodos que não incluam os anteriores (BRASIL, 1993).

Cabe ressaltar a preocupação dos responsáveis pela política de controle da hanseníase, com o cuidado em proteger o paciente da exclusão social imposta, historicamente, pelas seqüelas decorrentes da doença numa fase em que não se dispunha de tecnologias suficientes para prevenir sua transmissão e seqüelas. Para isso está previsto que todo portador de hanseníase, mesmo os que têm formas contagiantes, assim que iniciam o tratamento já é considerado não contagiante e todos os pacientes que fazem tratamento regular, devem continuar trabalhando normalmente. Cabendo, aos profissionais da saúde garantir a manutenção dos doentes no trabalho, independente da forma clínica observada (BRASIL, 2000; 2000 a; HANSENÍASE, 2005).

O roteiro de diagnóstico clínico constitui-se das atividades: anamnese; avaliação dermatológica; avaliação neurológica; diagnóstico dos estados reacionais; diagnóstico diferencial e classificação do grau de incapacidade física (BRASIL, 2001a). (HANSENIASE, 2005; BRASIL, 2001a).

Hoje a hanseníase é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento. Os esquemas de Poliquimioterapia da Organização Mundial da Saúde-PQT/OMS recomendados para o tratamento dos doentes levam à cura em períodos de tempo relativamente curtos, sendo o tratamento realizado em regime ambulatorial, nos postos de saúde da rede básica, não havendo necessidade de especialistas ou equipamentos sofisticados para o desenvolvimento das atividades de controle da doença.

Na hanseníase paucibacilar (PB) são usados a Rifampicina em uma dose mensal de 600mg supervisionada, isto é, na presença do agente de saúde e a Dapsona em doses diárias de 100 mg auto-administrada e 100 mg em uma dose mensal supervisionada. Para o seguimento dos casos é necessário o comparecimento mensal do doente para a medicação supervisionada num total de seis doses em até nove meses e revisão dermatoneurológica no sexto mês.

Na hanseníase multibacilar (MB) são usados a Rifampicina e Dapsona da mesma forma já descrita, acrescida de uma dose mensal supervisionada de

Clofazimina (300 mg) e uma dose diária (50 mg) auto-administrada. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c).

A medicação antirreacional recomendada pelo Ministério da Saúde é basicamente para o tratamento das reações imunológicas do tipo I onde se usa a Prednisona (1mg/kg/dia). Nas reações tipo II usa-se a Talidomida, na dosagem de 100-400 mg/dia, sendo proibida para mulheres em idade fértil (COHN, 1987; BRASIL, 2000). Usa-se também a Ciclosporina e a Pentoxifilina dependendo da necessidade.

O uso da vacina BCG é recomendado aos comunicantes de pacientes portadores de hanseníase, independente da forma clínica, com a finalidade de melhorar a sua imunidade. A vacina é aplicada no braço direito, por via intradérmica, no volume de 0,1 ml e deve ser feita em duas doses com intervalo de seis meses da primeira dose (BRASIL, 2001). Esta vacina também diminui o aparecimento de formas graves da doença, como os casos multibacilares. (BRASIL, 2002a).

De maneira geral, a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas são bastante simples e obtidos pela utilização de procedimentos fisioterapêuticos para a restauração da amplitude de movimentação, flexibilidade, força muscular, marcha, coordenação motora e de atividades auto cuidado, que têm sido divulgados periodicamente, por meio de materiais informativos distribuídos pelo Ministério da Saúde, através das Secretarias de Estado da Saúde e várias Organizações Não Governamentais.

As atividades de auto cuidado estão relacionadas aos cuidados com a pele ressecada, com os olhos, nariz e pés, visando principalmente, prevenir as lesões decorrentes da falta de sensibilidade e manter a flexibilidade muscular e a mobilidade articular por meio de exercícios físicos e auto massagens (BRASIL, 2006; HANSENIASE, 2005; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 1977; BRASIL, 2002b; MOVIMENTO, 2006).

Em 2000 o *M.leprae* teve seu genoma completamente seqüenciado o que abriu novas perspectivas que permitirão a abordagem de questões tais como a descoberta de novas drogas, melhores ferramentas diagnósticas e vacinas (SÃO PAULO, 2006).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os aspectos demográficos, epidemiológicos e a situação de tratamento quimioterápico e fisioterapêutico do indivíduo acometido pela hanseníase que está em tratamento no Departamento de Hanseníase do Ambulatório Escola, da Escola de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP)- Universidade Estadual de Minas Gerais – (UEMG), no período de 01 de janeiro a 30 de setembro de 2006, visando contribuir com a equipe de saúde, sobretudo na prevenção, reabilitação das incapacidades e acompanhamento após cura.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os dados relativos às variáveis: idade, sexo e grau de escolaridade dos pacientes em registro ativo;
- Identificar o número de comunicantes dos pacientes,
- Identificar a forma de apresentação do doente, no Departamento;
- Verificar o tempo decorrido entre os primeiros sinais/sintomas da doença até o diagnóstico.

- Identificar a forma clínica apresentada na fase de investigação diagnóstica;
  - Identificar o grau de incapacidade física do paciente na ocasião do diagnóstico;
  - Descrever os tipos de tratamento de apoio disponibilizados para estes pacientes.
- ? Verificar a distribuição territorial dos doentes.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo descritivo com abordagem quantitativa de dados secundários obtidos nos prontuários dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em registro ativo no Departamento de Hanseníase do AMBES/FESP-UEMG.

Pesquisa descritiva é aquela que tem como objetivo principal, a descrição das características de uma determinada população, ou o estabelecimento de relações entre variáveis e seus determinantes. Neste tipo de pesquisa não há interferência daquele que pesquisa, isto é, o pesquisador descreve o objeto de pesquisa, procurando descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos (BARROS; LEHFELD, 2000). O investigador, na pesquisa de campo, assume o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local (campo) em que se deram ou surgiram os fenômenos.

Para Chizzotti, 2005 a pesquisa descritiva é caracterizada ainda como sondagem, já que obtém dados da população de estudo, a partir de uma população predefinida, visando conhecer características específicas desta população-alvo, correlacionando-as com fatores pré-estabelecidos.

A abordagem é quantitativa porque prevê a mensuração de variáveis estabelecidas previamente, com o objetivo de verificar e explicar sua influência sobre

outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. Sendo assim, o pesquisador consegue descrever, explicar e prever (CHIZZOTTI, 2005).

Os coeficientes de prevalência e os graus de incapacidades físicas comentados neste estudo são padronizados pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde e estão disponíveis para utilização e consultas no DATASUS ,MS e na OMS (DATASUS,2006 ; MINAS GERAIS,2006; OMS,2005 ; PACTO,2006).

### 3.2 ÁREA E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Passos, localizado no Sudoeste de Minas Gerais na microrregião de Furnas. Distanto a 341 km da capital Belo Horizonte (MG), 412 km de São Paulo (SP) e 150 km de Ribeirão Preto (SP). A população estimada do município é de 105.098 habitantes, numa área de unidade territorial de 1.339km<sup>2</sup> e densidade demográfica de aproximadamente 78 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2006).

A assistência à saúde desta população, é feita por 58 estabelecimentos de saúde, sendo 31 públicos e 27 privados; dentre eles, 17 são Programas de Saúde da Família e 09 ambulatorios; 04 hospitais; 407 leitos hospitalares, sendo 314 leitos hospitalares disponíveis ao SUS; 537 postos de serviços de nível superior dos quais, 328 médicos, 77 enfermeiras e 31 odontólogos; 477 profissionais de nível técnico; 242 auxiliares de enfermagem e 72 técnicos de enfermagem. (IBGE, 2006).

O ensino superior conta com cinco faculdades: Enfermagem, Educação Física, Nutrição, Engenharia Civil e Computação. Entre as atividades econômicas, destacam-se a agroindústria, a pecuária e a indústria confeccionista.

Dentro deste cenário, para fins operacionais e epidemiológicos estaremos lidando apenas com os casos que estão em registro ativo no DH/AMBES.

O Departamento de Hanseníase está vinculado à Faculdade de Enfermagem de Passos (FAENPA) que é mantida pela Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP/UEMG). Foi criado em 1992 inicialmente para atender a demanda

dos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. O atendimento aos casos de hanseníase do município e região (27 cidades) tem parceria com a Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde.

O serviço funciona diariamente durante 4 horas, sob a responsabilidade de um médico dermatologista cedido pela Secretaria Estadual de Saúde, de cinco estagiários bolsistas do curso de enfermagem, de um médico oftalmologista e um enfermeiro (voluntários). Utiliza também os serviços de nutrição, psicologia e assistência social que estão disponibilizados para o atendimento da AIDS, neste ambulatório. Atualmente o atendimento ao doente de hanseníase encontra-se em processo de descentralização, com amplo treinamento de pessoal. O atendimento passará aos Programas de Saúde da Família e terá supervisão do Serviço de Referência.

O serviço hoje está organizado para atendimento do diagnóstico, exames complementares, tratamento padronizado pela OMS e orientações para prevenção de incapacidades físicas. O Departamento tem trabalhos de pesquisa em andamento nesta área e melhorias na estrutura física estão sendo executadas para melhoria deste atendimento. Este Departamento também é responsável pela realização de cursos on line sobre Hanseníase, que é feito em parceria com NLR (Netherlands Leprosy Relief), uma ONG comprometida com o combate à Hanseníase em todo o mundo e a FESP/UEMG.

### 3.3 AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO

A amostra deste estudo contou de 22 prontuários de pacientes em registro ativo no referido ambulatório, no período de 01 de janeiro a 30 de setembro de 2006.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados utilizouse um roteiro construído a partir de informações constantes nos prontuários e que eram de interesse do presente estudo (Apêndice A).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (Processo 121/06) e antecedendo a coleta de dados, foi solicitada, por escrito, ao médico responsável pelo serviço, a autorização para a manipulação dos prontuários (Apêndice B). A partir daí, os dados foram coletados pela pesquisadora, no período de 01 a 30 de setembro de 2006. Dos prontuários, usouse somente uma identificação numérica para resguardar a identidade dos pacientes.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A organização das informações foi realizada de acordo com os objetivos descritos como, aspectos pessoais, clínicos e do tratamento dos casos de hanseníase. Os resultados estão apresentados em números absolutos e percentuais, distribuídos em Tabelas.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados referentes à hanseníase são transcritos nas tabelas de 1 a 8 ,apresentados em valores absolutos e percentuais e seguidos das respectivas discussões.

**Tabela 1-**Distribuição etária e do gênero dos casos diagnosticados. Passos, MG. 2006

Grupo etário (anos)	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
15-19	-	-	1	4,5	1	4,5
20-34	5	22,7	1	4,5	6	27,2
35-49	4	18,2	2	9,0	6	27,2
50-64	4	18,2	1	4,6	5	22,7
65-79	2	9,0	-	-	2	9,0
S/informação	1	4,5	1	4,6	2	4,5
<b>tal</b>	<b>16</b>	<b>72,7</b>	<b>06</b>	<b>27,3</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DH/AMBES/FESP-UEMG. Passos-MG (janeiro a setembro/2006).

A Tabela 1 mostra que a faixa de idade mais produtiva da população estudada foi exatamente a mais afetada pela doença. Foram 17 casos de hanseníase (77,3%) com idade entre 20 e 64 anos. Considerando-se o risco potencial de incapacidades físicas próprias da doença, nesta faixa etária, os prejuízos sociais gerados pelo absenteísmo no trabalho, aposentadoria precoce e a própria dificuldade de inserção no mercado de trabalho serão determinantes para a perda de qualidade de vida destes indivíduos.

Nos períodos que não se dispunha de drogas eficazes para esta população havia probabilidades de contágio no trabalho, dado que as formas clínicas mais graves são as mais freqüentes neste grupo etário. Mas, não se buscou neste estudo, relacionar o tipo de atividade, com eventuais problemas decorrentes do diagnóstico e a necessidade da intervenção do profissional de saúde para assegurar a manutenção do paciente no serviço, pois não haviam dados suficientes registrados nos

prontuários, principalmente relativos à ocupação do paciente e à sua procedência.

Nenhum caso da doença em menores de 15 anos foi registrado neste estudo, o que indica eficácia das medidas aplicadas para o controle da doença no município. Embora no Estado de Minas Gerais, no ano 2004, para cada 100 casos diagnosticados, seis eram crianças (MINAS GERAIS, 2006).

Lembrando que crianças menores de quinze anos adoecem mais quando há maior endemicidade da doença. Este é um dado que tem significado epidemiológico importante porque indica a precocidade da exposição ao *M. leprae* e a persistência da transmissão da doença, constituindo-se assim indicador do nível endêmico (BRASIL, 2002 a; BRASIL, 1987).

No Estado de São Paulo, cerca de 4% dos casos novos foram encontrados em menores de 15 anos, enquanto que o país registra 8% de casos novos em menores de 15 anos (SÃO PAULO, 2005).

Analisando-se a tabela 1 quanto ao gênero, observou-se 16 casos (72,7%) masculino e apenas seis (27,3%) feminino. Esta tendência de predomínio do gênero masculino em relação ao feminino em Passos-MG foi confirmada no próprio Departamento de Hanseníase, pois em estudo retrospectivo feito recentemente nesta população, constatou-se que dos 825 prontuários analisados, 497 (60,3%) eram masculino e 328 (39,8%) feminino (AGUILAR, 2006).

Em estudo feito em Londrina-PR, avaliou-se 459 fichas do serviço de atendimento aos casos de hanseníase, e encontraram-se 56% do gênero masculino, com idade entre 35 e 54 anos e escolaridade até primeiro grau (BARRO, 2004).

Entretanto, em dados recentes levantados pela OMS (2005), embora a hanseníase possa afetar mais indivíduos do sexo masculino do que feminino, em termos relativos, isso nem sempre é verdade, pois existem diferenças regionais e culturais a serem consideradas.

**Tabela 2** – Distribuição dos casos, segundo o grau de escolaridade. Passos, MG. 2006

<b>Grau de escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Analfabeto/fundamental incompleto	20	90,9
Ensino Médio	02	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DH/AMBES/FESP-UEMG. Passos-MG (janeiro a setembro/2006).

De acordo com a Tabela 2, não há casos de hanseníase em indivíduos com nível superior, observando-se apenas dois casos (9,09%) com segundo grau e os demais, 20 casos (90,91%) são analfabetos ou tem primeiro grau incompleto. Isto constitui uma valiosa informação tanto para o serviço de atendimento quanto para o planejamento de futuras ações educativas. A linguagem falada e/ou escrita (palestras, orientações, folhetos, manuais) deve ser adequada para esta população quanto aos esclarecimentos sobre a doença, sua evolução, tratamento e principalmente para a compreensão das atividades de auto cuidado e reconhecimento dos sinais e sintomas precocemente.

Estas considerações são primordiais também para a adesão ao tratamento e para abordagem do estigma que existe ainda hoje em relação a esta doença.

Em estudo feito por KERR-PONTES et al (2004) demonstrou-se a associação entre pobreza, a urbanização descontrolada e hanseníase no estado do Ceará, concluindo que além de expostas às doenças, estas pessoas são excluídas das oportunidades sociais e materiais.

Neste sentido, os levantamentos feitos pelo IBGE (2005) demonstrou que aproximadamente  $\frac{1}{4}$  da população vive na pobreza com menos de 2 dólares por dia. Ainda, segundo a OMS, mais de 80% das doenças, inclusive a hanseníase, está relacionada à falta de saneamento básico das populações (OMS, 2005).

**Tabela 3** – Distribuição dos casos segundo a forma de apresentação destes pacientes ao serviço. Passos, MG. 2006

<b>Forma de Apresentação</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
Encaminhamento	17	77,3
Demanda Espontânea	03	13,6
Exame de contatos	02	9,1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DH/AMBES/FESP-UEMG. Passos-MG (janeiro a setembro/06).

O encaminhamento refere-se aos casos em que o paciente é encaminhado pelos serviços de saúde para o tratamento ou mesmo para a elucidação diagnóstica, que juntamente com a demanda espontânea representa 20 (90,9%) dos casos. Isto é indicativo de bom conhecimento da doença pelos serviços de saúde e pela população em geral ou falta de busca ativa pelo serviço. Nenhum caso foi diagnosticado por exame da coletividade, ou seja, atividades de vigilância sanitária e epidemiológica que aparentemente não estão sendo realizados.

Antecedendo este estudo, o DH/AMBES e a Secretaria Estadual de Saúde realizaram várias ações educativas voltadas para os PSFs que justificariam o bom percentual de pacientes encaminhados para tratamento neste período.

Um estudo feito em Recife, PE, no período entre 1960 e 1985 pela análise de 3.923 fichas de pacientes notificados, demonstrou que o modo mais freqüente de descoberta de casos novos da doença foi a consulta dermatológica, em 39,7% dos casos, seguido pelo encaminhamento em 34,9% dos casos. Os exames dos contatos foram responsáveis por 14,2% dos casos (ALBUQUERQUE et al, 2004). Não foram descritos casos notificados por demanda espontânea neste estudo.

Por demanda espontânea entende-se a apresentação voluntária ao serviço de saúde, isto é, uma ação individual de uma pessoa que, partindo de uma suspeita ou do conhecimento dos sinais ou sintomas da hanseníase procurou o serviço médico. É neste contexto que, segundo VILELA et al (2000) a liberdade de cuidar de si mesmo é freqüentemente cerceada por condicionamentos sociais e culturais, além de fatores econômicos e políticos. Portanto a ação individual deve que ser acompanhada

da responsabilidade social. Desta forma, ressalta-se a importância do vínculo estabelecido entre serviço e comunidade no qual deverão ser considerados a acessibilidade, a representação social e o preconceito da doença, o conhecimento e a prática libertadora dos profissionais de saúde entre outras. Pois de acordo com a Carta de Ottawa (OMS, 1986) promover saúde “*consiste em proporcionar aos povos meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma*”.

**Tabela 4** – Distribuição dos casos segundo o tempo (anos) entre o início dos sintomas até o diagnóstico da hanseníase. Passos, MG. 2006

<b>Tempo (anos)</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
< 1	4	18,3
1	7	31,8
2	1	4,5
3	-	-
4	1	4,5
5	-	-
>5	2	9,1
S/informação	7	31,8
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DH/AMBES/FESP-UEMG. Passos-MG (janeiro a setembro/06).

O tempo decorrido entre os primeiros sintomas até a data do diagnóstico da doença é um importante indicador epidemiológico e demonstra que 11 (50%) dos casos foram diagnosticados e com os sintomas já em progresso, no prazo máximo de um ano e os outros 11 (50%) já tinham o diagnóstico e sintomas num período superior a um ano. Observa-se ainda que 31,8% não tinham informação quanto ao tempo dos sintomas e diagnóstico da doença. O que mostra a grande falha do serviço em relação a qualidade dos dados, ou seja com ausência de informações indispensáveis para uma melhor avaliação do programa.

O tempo provável de evolução da hanseníase, segundo a tabela 4 depende exclusivamente das informações do paciente, o que dificulta a confiabilidade nesta informação já que o paciente relatará apenas sinais e sintomas, a partir do

momento em que tomou consciência da doença, esquecendo as ocorrências anteriores.

Em Recife-PE, houve uma diminuição e estabilização do intervalo de tempo decorrido desde o aparecimento dos sintomas até o diagnóstico da hanseníase, a partir de 1979, que foram considerados indicadores da detecção mais precoce dos casos e, conseqüentemente da aproximação do coeficiente de detecção mais precoce de casos do coeficiente de incidência (ALBUQUERQUE et al, 2004).

**Tabela 5** – Distribuição dos casos segundo a forma clínica. Passos, MG. 2006

<b>Forma Clínica</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
Virchowiana (HV)	09	40,9
Tuberculoide (HT)	-	-
Dimorfa (HD)	10	45,5
Indeterminada (HI)	03	13,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DH/AMBES/FESP-UEMG. Passos-MG (janeiro a setembro/06).

Ao se analisarem as formas clínicas prevalentes no grupo estudado, observam-se na Tabela 5 que 19 (86,4%) tinham as formas polarizadas da doença ou de acordo com a classificação operacional eram Multibacilares, isto é, Virchowiana + Dimorfa e 3 (13,64%) apresentavam a forma Indeterminada. Não foram encontrados pacientes diagnosticados com a forma tuberculoide. Ficando evidente que o diagnóstico foi feito tardiamente e que as potenciais incapacidades físicas já estavam instaladas ou em progressão, mostrando a precariedade das atividades de educação em saúde tanto do próprio doente, do serviço de saúde e da comunidade de maneira geral.

Lembrando que na forma dimorfa o acometimento nervoso é significativo, pois maior número de nervos é lesado e há possibilidades de graves neurites (BRASIL, 2002a). Nesta amostra são 10 casos (45,5%) com esta forma.

De acordo com a classificação operacional esta forma clínica é considerada também Paucibacilar (teste de Mitzuda positivo). Na impossibilidade em se realizar o teste Mitzuda sua classificação passa a ser Multibacilar, pois se deve

considerar a possibilidade de regressão espontânea ou de progressão para as formas mais graves da doença quando esta não é tratada adequadamente.

No Brasil as formas multibacilares têm sido predominantes (BRASIL, 2002;ALBUQUERQUE,2004).

No presente estudo foram encontrados nove (40,9%) de doentes com forma virchowiana da hanseníase, que tem sério agravante por tratar-se de forma contagiante da doença (antes de iniciar o tratamento com PQT).É oportuno lembrar que nesta forma clinica as manifestações viscerais são importantes assim como a presença de incapacidades físicas devido ao alto grau de lesões dermatoneurológicas apresentadas, por isto é doente que tem maiores dificuldades sociais e no trabalho.

**Tabela 6** – Distribuição dos comunicantes de hanseníase, segundo a forma clínica dos casos Passos, MG. 2006

<b>Forma clínica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
HI + HT	08	3,9
HD + HV	123	96,1
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DH/AMBES/ FESP- UEMG. Passos-MG (janeiro a setembro/2006).

As formas multibacilares da hanseníase (D + V) foram predominantes entre os comunicantes (96,1%). Esse resultado é preocupante uma vez que traduz diagnóstico tardio e que provavelmente constituíram fonte de infecção dos doentes deste estudo. Ao exame dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares destes pacientes, foram detectados outros quatro casos (18%), sendo dois novos e dois que já tinham completado o curso de tratamento.

Importante esclarecer que entre os 2 novos casos confirmados através do exame de comunicantes um é solteiro e vive ainda no mesmo domicilio e o outro trata-se de uma pessoa casada e sem filhos (aí foi acrescentado mais um contato apenas).

Estudo feito em Porto Alegre (RS) para averiguar os comunicantes que adoeceram de hanseníase, numa amostra de 418 pacientes, foram encontrados 120 (29%) doentes que conviviam ou que já conviveram com doente de hanseníase no

momento do preenchimento da ficha de notificação e a maior freqüência destes, foi do gênero feminino, forma multibacilar e que já apresentavam incapacidade física instalada (EIDT, 2005).

Segundo a literatura, é esperado que no meio familiar o contágio ocorra cinco a oito vezes mais freqüentemente que no meio extrafamiliar (BRASIL, 2001 a), porém, na amostra estudada esta porcentagem está em torno de 18%, pois entre os 22 novos, foram encontrados quatro casos (dois deles já terminaram tratamento e dois iniciaram o tratamento). Este é mais um indício que os familiares estão em contato com formas contagiantes da doença ainda não diagnosticadas e/ou tratadas, pois ao iniciar a PQT a pessoa doente tem rapidamente uma negativação baciloscópica da orofaringe deixando de ser fonte de infecção.

Mas apesar dos contatos intradomiciliares constituírem a população com maior risco de adoecerem, em Minas Gerais, o exame sistemático deste grupo só foi informado em 21,5% dos 9.306 contatos registrados. Reflexo disto é o baixo percentual (9,8%) de casos detectados a partir dos exames de contatos (MINAS GERAIS, 2006).

**Tabela 7** – Distribuição dos casos segundo os graus de incapacidade física e forma clínica. Passos, MG. 2006

FORMA/GRAU	Virchowiana		Tuberculoide		Dimorfa		Indeterminada	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Grau 0	02	9,1	-	-	04	18,2	03	13,6
Grau 1	04	18,2	-	-	06	27,3	-	-
Grau 2	01	4,6	-	-	-	-	-	-
Sem registro	02	9,1	-	-	10	45,5	03	13,6

**Fonte:** DH/AMBES/FESP-UEMG. Passos-MG ( janeiro a setembro / 2006).

Quanto às incapacidades físicas presentes no momento do diagnóstico, 13 casos (59.9%) correspondiam aos graus I e II, com as incapacidades presentes em maior ou menor grau, e já necessitando de intervenção efetiva (BRASIL, 1977; LEHMAN et al., 1997). Segundo o Departamento de Vigilância Epidemiológica de São Paulo, cerca de 9% dos pacientes já apresentam incapacidades físicas moderadas ou graves, no momento do diagnóstico, o que mostra que o momento do diagnóstico ainda é tardio (SÃO PAULO, 2005).

É oportuno ressaltar que a sensibilidade é fundamental para a

preservação e para a função dos olhos, pés e mãos. Na presença de alterações sensitivas mínimas, tais como as que ocorrem no Grau I (54%), a conduta oportuna pode reduzir riscos da perda da sensibilidade protetora (BRASIL, 2002a).

Em estudo para determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados, num universo de 189 pacientes hansenianos virgens de tratamento, 62 deles apresentavam grau zero e os demais 127, graus I e II, indicativos da necessidade de busca ativa destes pacientes como programas com estratégias visando uma melhor adesão ao tratamento. (BORGES; ALVIN, 1987).

No Estado de Minas Gerais, no ano de 2003 foram registrados, 3.323 casos novos da doença e destes, 335 (10%) apresentaram incapacidades físicas severas no momento do diagnóstico. A forma Multibacilar foi responsável por 2.333 (69%) casos. No ano de 2005 foram diagnosticados outros 2953 casos, destes 11,3% apresentaram grau de incapacidade física no diagnóstico (MINAS GERAIS, 2006 ; PACTO, 2006).

Um estudo do comprometimento ocular realizado (SOUZA et al., 2005) no Abrigo João Paulo II em Marituba-PA, em 58 pacientes que já estavam curados pela hanseníase segundo as normas do Ministério da Saúde, constatou-se que 99,1% apresentavam envolvimento ocular, sendo 77,2% deles da forma virchowiana.

O comprometimento neural e vascular que são característicos da hanseníase e anestesia de extremidades leva ao comprometimento ungueal. Em estudo realizado (ARRUDA, 2004) em 104 pacientes, foi mostrado que o comprometimento ungueal apresentado sob a forma de distrofia teve uma frequência de agentes onicomicose, em 91,3% dos casos. Estes achados sugerem que a unha destes pacientes são suscetíveis às onicomicoses, principalmente com predisposição à infecção por agentes oportunistas.

**Tabela 8** – Distribuição territorial dos casos de hanseníase. Passos, MG. 2006.

	<b>N. casos</b>	<b>%</b>
Zona Norte	18	82%
Zona Sul	2	9%
Zona Rural	1	4,5%

Outro município	1	4,5%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Fonte:DH/AMBES/FESP-UEMG.Passos-MG (janeiro a setembro /2006).

A Tabela 8 mostra a distribuição territorial dos casos de hanseníase dentro do município de Passos. A primeira observação que se pode fazer é que, no período estudado quase a totalidade dos casos da doença residem na zona urbana do município, isto é, 20 (90,90%) dos 22 casos em registro ativo. Em segundo lugar, demonstrou que 18 (82%) casos em tratamento estão concentrados na região norte da cidade, sendo que a maioria é de casos multibacilares, indicando um foco de contaminação da doença e principalmente falha diagnóstica.

Em relação às condições socioeconômicas e ambientais da população residente na zona norte de Passos, o que chama a atenção é a falta investimentos em saneamento básico, educação sanitária, moradias dignas. Neste cenário a população torna-se vulnerável a contrair qualquer tipo de doença, particularmente tornando o ambiente propício para a disseminação da hanseníase e indicando as condições de pobreza que historicamente acompanham esta doença.

Nota-se, também que não houve busca ativa e/ou campanhas educativas sobre a doença na zona rural do município, pois apenas 01 caso entre os que estão em registro ativo é procedente da zona rural. Entretanto, os dados do IBGE, relativos à população do município de Passos (2005), demonstra que 64% da população vive na zona urbana e que 36% na zona rural.

Esta abordagem sobre a distribuição territorial dos casos de hanseníase no município é útil para a reorientação do atendimento, pois considerando-se o momento de descentralização do serviço para os PSFs pode-se intensificar o trabalho de busca ativa, de esclarecimentos sobre a doença, de contingenciamento de pessoal e de material, etc.

A urbanização da hanseníase vem ocorrendo em todas as áreas endêmicas, inclusive no Brasil. Este fenômeno parece estar associado aos movimentos migratórios e ao caótico assentamento dos migrantes nos espaços urbanos periféricos e foi descrito por ALBUQUERQUE (2002).

Finalmente, quanto aos tratamentos de apoio disponibilizados no

DH/AMBES, todo o paciente diagnosticado com hanseníase dispõe da PQT, acompanhamento médico, exames complementares, de enfermagem, nutrição, psicologia e assistência social. Não há até o presente momento acompanhamento fisioterapêutico preventivo ou para acompanhamento destes pacientes.

Embora não seja objetivo do estudo verificou-se que a adesão ao tratamento foi de 95,5%, pois houve apenas 01 (4.5%) desistência, no período estudado. Taxas de abandono em torno de 15% são encontradas em várias regiões do país. (BRASIL, 2001b).

Em estudo retrospectivo de 20 anos de atividade do AMBES, feito recentemente, foram analisados 825 prontuários, onde foi constatado o predomínio de pacientes multibacilares, com taxa de abandono de 13% e a taxa de alta por cura de 86. 4%. As reações ocorreram em 183 (22%) antes, durante ou após o tratamento PQT. Este mesmo estudo levantou também estes dados no Estado de Minas Gerais e constatou que no mesmo período foram predominantes as formas multibacilares, com taxa de abandono de 26% e de alta por cura, 83% (AGUILAR; LIMA, 2006).

## CONCLUSÕES

A hanseníase continua representando problema de saúde pública no município de Passos-MG, situando-o como área de média endemicidade segundo o coeficiente de prevalência de 2,2/10.000 registrado no DATASUS para o período deste estudo.

O adulto jovem do gênero masculino com baixo grau de escolaridade apareceu com maior frequência em relação ao feminino.

Nenhum caso da doença foi diagnosticado em menores de 15 anos de idade.

O ingresso da maioria dos pacientes no Departamento de Hanseníase foi por meio de encaminhamento de outros serviços de saúde.

O período decorrido entre o início dos sintomas da doença até o estabelecimento do diagnóstico foi de, aproximadamente, um ano.

As formas multibacilares foram as mais frequentes.

O número de comunicantes foi maior nos casos de hanseníase multibacilares.

O grau de incapacidade física mais frequente desta amostra foi Grau I.

Os casos de hanseníase em registro ativo no município de Passos-MG são provenientes da zona urbana.

A maioria dos casos de hanseníase multibacilar está concentrada na região norte da cidade.

Todos os casos de hanseníase diagnosticados tiveram acesso ao

tratamento com poliquimioterapia gratuito recomendado pela OMS/MS. Não há até o presente momento o acompanhamento dos casos de hanseníase por um profissional de Fisioterapia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É interessante observar que o nosso país apresenta semelhanças com grandes potências mundiais em tecnologia, como no tratamento da AIDS, na área de cirurgia plástica, etc.; e por outro lado precisa de ajuda internacional igualmente aos países paupérrimos como África para eliminar uma bactéria de baixa patogenicidade como a que causa a hanseníase.

Neste aspecto, é imperativo salientar que a ocorrência da hanseníase está intimamente ligada às precárias condições socioeconômicas das populações afetadas e que não há plano em curto prazo para mudar a atual situação. Isto fica bem explícito, na distribuição espacial da doença, em países mais pobres e subdesenvolvidos. Exemplo claro foi a eliminação na Noruega, no século XIX quando foram feitos investimentos na área social e também a insignificância epidemiológica deste agravo, nos países ricos e desenvolvidos (COCHRANE, 1964).

No que diz respeito às complicações neurológicas da doença, de acordo com a OMS (2005) a maneira mais eficaz de prevenir é realizar o diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas. No entanto, os altos índices detectados nas formas mais graves da doença, levam a acreditar que a ainda terá longa permanência em nosso meio.

Quanto à inclusão do fisioterapeuta na equipe de atendimento ao portador de hanseníase, embora previsto no programa nacional, o serviço onde foi desenvolvido o estudo ainda não dispõe deste profissional. Ressalta-se que a profissão de Fisioterapia foi reconhecida no Brasil, na década de 70 e desde então, tem ampliado

sua atuação acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico da saúde. Nota-se também a escassez de literatura específica do trabalho do fisioterapeuta em programas de atendimento à hanseníase

Ainda que o período nebuloso da reclusão do doente tenha ficado para trás com a abolição dos leprosários, o conhecimento da doença permanece restrito a redutos específicos de estudiosos humanistas e o investimento do dinheiro público é deficitário para realizar toda a abordagem necessária. É notória a falta de estrutura dos serviços municipais de saúde para atender a demanda oportuna e eficazmente.

Sugere-se a continuidade de programas educativos para todos os profissionais da área de saúde, incluindo treinamento efetivo no serviço de atendimento à hanseníase, como busca ativa e melhor acolhimento a estes pacientes e familiares. Observa-se ainda a carência de dados qualitativos que representem a real situação desta doença para que se possa melhor avaliar as necessidades.

O conceito de reabilitação abrange questões diretamente relacionadas com pobreza, desigualdade e desenvolvimento sustentável. Assim, é importante que a sociedade inclua as pessoas afetadas pela hanseníase nos programas em andamento que tratam de outros membros deficientes da comunidade. Segundo a OMS (2005), muitos projetos tem demonstrado os benefícios reais e o custo-eficácia positivo que resultam do uso de enfoques de reabilitação baseados na comunidade para tratar dessa questão.

Salientou-se no presente estudo a questão da multidimensionalidade que envolve a doença e o doente da hanseníase. Destacou-se a necessidade da superação do conceito negativo de saúde pelo conceito positivo o qual, segundo a Carta de Ottawa (1996) sobre promoção de saúde, pressupõe categorias entre outras: auto cuidado, conjugação de saberes, determinação política, valores humanos, espiritualidade. Nesta perspectiva entende-se que esse enfoque não se restringe ao conhecimento racional, mas, como diz Maffesoli (1995,) apud Vilela et al (2000, p. 80) a *subjetividade das massas, repousando sobre o contágio afetivo, a partilha de sentimentos e emoção*. Nessa perspectiva será possível, como diz a OMS (2005), almejar que até o ano 2010 o mundo tenha uma carga menor de hanseníase, menos estigma e discriminação, atividades baseadas nos princípios de equidade e justiça social, bem como parcerias fortes baseadas em igualdade e respeito mútuo em todos

os níveis.

Este estudo motivou a elaboração de um projeto de atendimento para a população com hanseníase, que deverá contar com área física e equipamentos adequados para o acompanhamento a curto, médio e longo prazo, incluindo o fisioterapeuta. Para que o serviço seja adequado a esta demanda, já está em andamento o primeiro projeto de pesquisa na área da Fisioterapia em Hansenologia desenvolvida por esta pesquisadora. Intitulada *Incapacidades Físicas Residuais pós PQT*. Trata-se de um estudo retrospectivo que culminará na avaliação física dos pacientes que já foram submetidos a tratamento para hanseníase mas ainda são portadores de algum tipo de limitação nas suas atividades rotineiras e que comprometem sua qualidade de vida.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A amostra do estudo foi pequena;

Faltam dados relativos à procedência e ocupação dos pacientes nos prontuários;

Há escassez de literatura específica de Fisioterapia em Hansenologia, principalmente no que se refere à utilização de equipamentos e técnicas.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, A. M. M; LIMA, M. M. **Surtos reacionais:** estudo retrospectivo no AMBES/Passos-MG. 2006. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Minas Gerais; Fundação de Ensino Superior de Passos-MG, Passos.

ALBUQUERQUE, M.F.P.M; MORAIS,H.M.M; XIMENES,R. **A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro.**Revista de Saúde Publica, 2004.Disponível em: [http://.../scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101989000200004&Ing=em&nrm=is](http://.../scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101989000200004&Ing=em&nrm=is). Acesso em: 10.03.2006.

ARRUDA, C. M. **Freqüência de agentes etiológicos de onicomiose em pacientes hansenianos.** 2004. 99 f. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br/lilacs/398663.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2006.

BARBOSA,C.F; MENDES,I.J.M. **Concepção da Promoção de Saúde de psicólogos no serviço público.** Padêia.Cadernos de Psicologia e Educação,15 (31) .269-276.

BARROS, M. P. A. A. **Avaliação da situação da hanseníase em Londrina 1997-2001.** Hansenologia Internationalis, v. 29, n. 2, p. 110-117, jul. /dez. 2004.

BATTAGLION, Ângelo. Neto. **O conceito e a prática dos acadêmicos de Educação Física com atuação em Saúde Pública.** Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, departamento Materno Infantil e Saúde Pública. 2003.

BARROS, A. J. S; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica.** Um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Pearson Education, 2000.

BECELLI, L. M. Lepra. In: VERONESI, R. **Doenças infecciosas e parasitárias.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 357-358.

BORGES, E; ALVIN, M. S. F. Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP. **Caderno de Saúde Pública**, v. 3, n. 3, p. 266-271. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase** – prevenção e tratamento das incapacidades físicas, mediante técnicas simples. Rio de Janeiro, 1977.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal do conhecimento da hanseníase**. Disponível em: <<http://www.hansen.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Portaria n. 497 / GM/MS de 09/10/87; Instruções Normativas 001 / DNDS/SNPES/ MS**. Brasília. 1987.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia de Controle da Hanseníase**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 1993.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed., p.10-11. Brasília: FUNASA, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas da Saúde. **Legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil**. Brasília-DF: Departamento de Atenção Básica, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde Hanseníase. **Atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica; – Área Técnica de Dermatologia Sanitária, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Hanseníase: informações para agentes comunitários de saúde**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase**, Brasília-DF, 2001c.

\_\_\_\_\_. **Guia para o controle da Hanseníase**. Cadernos de Atenção Básica n. 10, Série A Normas e Manuais Técnicos; n. 111. Brasília-DF: Departamento de Atenção Básica, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Série J cadernos de reabilitação em hanseníase**. n. 1. Manual de

adaptações de palmilhas e calçados. Brasília-DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

\_\_\_\_\_. **Auto-instrução em análise de situações da endemia de hanseníase**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, jul. 2004a.

\_\_\_\_\_. **Consenso de Bauru para a validação do diagnóstico da hanseníase em estados endêmicos no Brasil**. Bauru-SP; São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde; Secretaria de Vigilância a Saúde; Ministério da Saúde; Instituto Lauro de Souza Lima, jul. 2004b.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase: representação sobre a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1983.

COCHRANE, R. G. **The history of leprosy and its spread through the world**. In: COCHRANE, R. G.; DAVEY, T. E. **Leprosy in theory and practice**. 3. ed. Bristol: John Wright, 1964. p. 1-18.

COHN, A. **Desenvolvimento social e impacto na saúde**. In: BARATA, K. K. R (Org.). Rio de Janeiro: Abrasco, 1987. p. 261.

DATASUS. Processamento de Dados do Sistema Único da Saúde. **Indicadores epidemiológicos**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/indicadoresepidemiologicos.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2006.

EIDT, L. M. **Comunicantes que adoeceram de hanseníase: estudo em um centro de referência**. Porto Alegre-RS, 2005. Disponível em: <<http://www.bireme.br/lilacs/427388.htm>>. Acesso em: 1dez. 2006.

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Bras. Dermatologia**, v. 74, p.113-119, 1999.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Fiocruz**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.org.br.htm>>. Acesso em: 19 out. 2006.

GALLO, M.; OLIVEIRA, M.L.W. Recidivas e reinfecção em hanseníase. **Simpósio Hanseníase**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 351 -357, jul./set. 1997.

HANSENIASE **Lepra: Lei n. 9.010; Lei n. 3.542; Lei n. 909; Lei n. 3.230; Lei n. 882**. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/hanseniaze.htp>>. Acesso em: 19 dez. 2005.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/default.htm>>. Acesso em: 19 set. 2006.

JOPLING, W. H.; MCDOGALL, A. C. **Manual de hanseníase**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1991. 183 p.

KERR-PONTES, L.R.; MONTENEGRO, A.C.; BARRETO, M.L.; WERNECK, G.L.; FELDMEIERS, H. In: Inequality and leprosy in Northeast Brasil: an ecological study. *Int.Journal Epidemiology*.2004; 33: 262-9.

LADHANI, S. B. Leprosy disabilities: the impact of multidrug therapy (MDT). **Inter. J. Dermat.** v. 36, p. 561-572, 1977.

LEHMAN, L. F; ORZINI, M. B. P; FUZIKAWA, P. L; LIMA, R. C; GONÇALVES, S. D. **Avaliação neurológica simplificada-ALM**. Belo Horizonte: Internacional, 1997.

MARGARIDO-MARCHESE, L.; TEDESCO-MARCHESE, A. J.; RIVVITI, E. A. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (Orgs.). **Tratado de infectologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 736-760, v. 2.

MARTELLI, C.M. T; STEFANI, M.M. A; PENNA, G.O. ANDRADE, A.L.S.S. **Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase**.Revista Brasileira de Epidemiologia. vol. 5 N.3 : São Paulo,dez.2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Situação da hanseníase por município-2005**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2006.

MOVIMENTO de reintegração de pessoas atingidas pela Hanseníase. Disponível em: <<http://www.morhan.gov.br.htm>>. Acesso em: 6 jun. 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Geneva, 2000.

\_\_\_\_\_. **The continued provision of free leprosy treatment for all patients worldwide until 2010** – novartis foundation for sustainable development. 2004. Disponível em: <<http://www.oms.br/opas.htm>>. Acesso em 18 dez. 2005.

\_\_\_\_\_. **Estratégia global para maior redução da carga da hanseníase e a sustentação das atividades de controle da hanseníase** (Período do Plano: 2006-2010). Tradução do documento original WHO/CDS?CPE/CEE/2005.53. Geneve, 2005. Disponível em: <<http://www.who.com.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2005.

OPROMOLLA, D. V. A. Novos rumos na terapêutica da hanseníase. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 65, p. 86-90, 1990.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Manual para o controle da hanseníase**. Washington DC; 1983. Disponível em: <<http://www.opas.org.br.htm>> Acesso em: 15 jan. 2006.

PACTO de **Indicadores da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sinan/indicadoresepidemilogicos.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2006.

PROGRAMA nacional de eliminação da hanseníase/**SVS/MS**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br.htm>>. Acesso em: 16 jan. 2005.

SÃO PAULO. **Campanha Estadual de Combate à Hanseníase; Coordenação do PCH-DVEH/CVE**. Disponível em: <<http://www.hansen.gov.br/campanhas.htm>> Acesso em: 17 dez. 2005.

SOUZA, F. S.; ALMEIDA, L. N. F.; COSTA, J. P.; ROCHA, P. V.; ALMEIDA SOBRINHO, E. F. O envolvimento ocular nos hansenianos Marituba-PA, de agosto a outubro de 1999. **Arq. Bras de Dermatologia**, v. 69, p. 369-372, 2005.

VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M. **Desmedicalizando o conceito de saúde**. Ribeirão Preto: Holos, 2000. 83p.

WHO. **Model prescribing information drugs used in leprosy**. Geneva: WHO/DMP/DSI/98. 1., 1998.

HANSENIASE EM REGISTRO ATIVO NO MUNICÍPIO DE PASSOS, MG-  
BRASIL 2006

**APÊNDICE A** — Modelo de Formulário Utilizado para Coleta de Dados no Departamento de Hanseníase do Ambulatório Escola da Escola de Enfermagem da FESP-UEMG

**DADOS PESSOAIS:**

Ficha: \_\_\_\_\_ Data da Notificação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

Raça ( ) Branca ( ) Negra ( ) outras \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos.

Escolaridade ( ) 1 ano ou menos ( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior ou mais

Procedência: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**DADOS CLINICOS:**

Nº de Lesões Cutâneas ( ) Uma ( ) de 2 a 5 ( ) Mais de 5

Nº Troncos Nervosos Espessados ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Mais de 2

Forma Clínica ( ) Indeterminada ( ) Tuberculoide

( ) Dimorfa ( ) Virchowiana

Grau de Incapacidade no Diagnóstico: ( ) Grau 0

( ) Grau I

( ) Grau II

Classificação Operacional ( ) Paucibacilar ( ) Multibacilar

Modo de Entrada ( ) Caso Novo ( ) Transferência

Modo de Detecção do Caso Novo ( ) Encaminhamento ( ) Demanda Espontânea

( ) Exame de coletividade ( ) Exame de contatos

Baciloscopia ( ) Positiva ( ) Negativa ( ) Não realizada

TRATAMENTO

Início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Adesão ( )sim ( )não

Esquema Terapêutico Atual ( )PQT/PB/06doses

( )PQT/MB/12 doses ( )outros\_\_\_\_\_

NºContatos registrados \_\_\_\_\_ nºexames \_\_\_\_\_

Tempo (anos) decorrido entre os primeiros sintomas\_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

HANSENIASE EM REGISTRO ATIVO NO MUNICIPIO DE PASSOS, MG-  
BRASIL 2006.

**APÊNDICE B** — Declaração de Apoio Institucional

Eu confirmo ter lido o projeto de pesquisa A hanseníase em registro ativo no município de Passos/MG e após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRAN, autorizo a pesquisadora principal a ter acesso aos prontuários dos pacientes para a coleta de dados e também a todos os procedimentos do serviço de atendimento à hanseníase.

Nome: Dr. Carlos Alberto Faria Rodrigues

Cargo: Médico Dermatologista Responsável pelo Departamento de Hanseníase

Local: Ambulatório Escola da Escola de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos / Universidade Estadual de Minas Gerais.

Passos, 30 de agosto de 2006.

Dr. CARLOS ALBERTO RODRIGUES FARIA

HANSENIASE EM REGISTRO ATIVO NO MUNICIPIO DE PASSOS, MG-BRASIL 2006

**ANEXO A** – FICHA DE AVALIAÇÃO DERMATONEUROLÓGICA SIMPLIFICADA



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)