



## **LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB, PERÍODO DE 2003 A 2012**

*Levantamento epidemiológico dos pacientes assistidos no serviço de  
referência em hanseníase do município de Campina Grande -PB, período  
de 2003 a 2012*

*Anna Júlia de Souza Freitas\*, Dayverson Luan de Araújo Guimarães,  
Luana da Silva Noblat, Lethycia da Silva Barros, Brunna Emanuely Guedes de Oliveira,  
Pedro Henrique Araújo da Silva, Maria Fátima Gonçalves de Araújo,  
Monalisa Ferreira de Lucena, Maria do Socorro Ramos de Queiroz*

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

*\*Corresponding author. E-mail address: ajsfreitas22@gmail.com*

### **RESUMO**

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*. O homem é a única fonte de infecção, sendo a transmissão feita diretamente do paciente não tratado. A doença manifesta-se por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Existem aproximadamente 1.500.000 pacientes com Hanseníase no mundo, sendo o Brasil o segundo no ranking mundial de casos. O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase. Tratou-se de um estudo retrospectivo, longitudinal, documental e descritivo, realizado entre Fevereiro e Junho de 2013 no qual foram avaliados os prontuários dos pacientes portadores de Hanseníase atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase do município de Campina Grande-PB, no período de 2003 a 2012. Foram registrados 552 novos casos de Hanseníase, sendo que o gênero masculino prevaleceu. As faixas etárias de maior incidência foram de 20 a 29 anos para os homens e de 50 a 59 anos para as mulheres. A classificação operacional mais encontrada foi a Paucibacilar e a forma Tuberculoide predominou nos dois gêneros. A grande maioria dos pacientes obteve a cura, tomando em média 6 doses da medicação poliquimioterapia para paucibacilares (PQT/PB) e 12 doses da



poliquimioterapia para multibacilares (PQT/MB). Ressalta-se que a busca ativa dos pacientes, o controle de comunicantes e uma capacitação contínua da equipe de saúde podem contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos portadores de Hanseníase, além de um eficaz controle da doença na sociedade.

**Palavras-Chave:** *Mycobacterium leprae*. Prevalência. Poliquimioterapia.

## ABSTRACT

Leprosy is an infectious contagious disease caused by the bacillus *Mycobacterium leprae*. The man is the only source of infection, the transmission being made directly from the untreated patient. The disease is manifested by symptoms and signs of the skin and neurological. There are approximately 1,500,000 patients with leprosy in the world and the Brazil is the second in the world ranking of cases. The objective of this paper was conduct a survey of clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy in Reference Service in the city of Campina Grande-PB. The study was retrospective, longitudinal, descriptive and documentary, conducted between February and June 2013, in which were evaluated the chips of the Leprosy patients attended at the reference service of leprosy in the city of Campina Grande-PB, from 2003 to 2012. Were detected 552 new cases of leprosy. The male gender prevailed. The age groups of highest incidence were 20-29 years for men and 50-59 years for women. The operational classification more found was Paucibacillary and the Tuberculoid predominated in both genders. The great majority of patients achieved cure, taking an average of 6 doses of medication paucibacillary multidrug therapy (MDT/PB) and 12 doses of multibacillary multidrug therapy (MDT/MB). It's important to observe that the search active of the patients, the control of contacts and continuous capacitation of health team can contribute to an improved quality of life of carrier leprosy patients, beyond of an effective disease control in society.

**KEY WORDS:** *Mycobacterium leprae*, Prevalence, Multidrug therapy

## INTRODUÇÃO

A Hanseníase, também conhecida como doença de Hansen, foi identificada em 1874, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen. É uma doença infectocontagiosa com evolução lenta causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) chamada também de Bacilo de Hansen (BOECHAT; PINHEIRO, 2012). O homem é a única fonte de infecção da doença, sendo a transmissão feita de maneira direta do paciente não tratado portador do bacilo, que os elimina pelas vias aéreas superiores infectando terceiros (BUDEL et al., 2011).



As referências mais remotas de casos de Hanseníase datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença que é uma das mais antigas da humanidade (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

Com relação à sintomatologia, a Hanseníase manifesta-se, principalmente, por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Ao decorrer do tempo, se a doença não for tratada, surgem lesões nos nervos em sua maioria nos troncos periféricos que acabam acarretando incapacidades e deformidades ao indivíduo. Estas, por sua vez, resultam não apenas em prejuízos econômicos e psicológicos aos doentes, mas também fazem com que estes sofram preconceito por onde andam (SIMPSON; FONSECA; SANTOS, 2010).

O Ministério da Saúde utiliza a classificação de Madri para diferenciar os pacientes acometidos pela Hanseníase: Paucibacilares (PB), casos com até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido e Multibacilares (MB), casos com mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido e com baciloscopia positiva (SOUSA, 2012). Além disso, a Hanseníase também é dividida quanto à forma clínica, aos aspectos histológicos, bacteriológicos e imunológicos em: Tuberculoide, Indeterminada que correspondem aos casos de PB e Dimorfa e Virchowiana referentes aos de MB respeitando aos critérios de cada caso individualmente (GARCIA, 2011).

A Hanseníase é considerada um problema de saúde pública porque existe cerca de 1.500.000 pacientes em todo o mundo, sendo que o Brasil contribui com cerca de 94% dos casos do continente americano, ocupando o segundo lugar em número absoluto de enfermos no ranking mundial, perdendo apenas para a Índia (RAMOS; SOUTO, 2010). No território brasileiro, a situação da doença não é homogênea, com as regiões mostrando tendências distintas em relação à prevalência e ao controle (SILVA et al., 2010). Na Paraíba, assume proporções preocupantes detectando-se em média cerca de 970 casos novos da doença a cada ano, caracterizando um estado de média endemicidade (GARCIA, 2011). O município de Campina Grande é um dos prioritários para o controle da doença por apresentar a maior taxa de incidência do estado seguido pelas cidades de João Pessoa e Cajazeiras (SOUSA, 2012). Assim sendo, o Brasil adotou algumas medidas para controle dos



altos índices de Hanseníase, tais como atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades físicas, vigilância de comunicantes e educação em saúde (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Portanto, este trabalho teve por objetivo realizar um levantamento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase no Serviço de Referência do município de Campina Grande-PB correspondente ao período de 2003 a 2012.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Tratou-se de um estudo retrospectivo, longitudinal, documental e descritivo, desenvolvido entre Fevereiro e Junho de 2013 com pacientes portadores de Hanseníase atendidos no ambulatório do Serviço de Referência do município de Campina Grande – PB.

Fizeram parte do estudo 552 pacientes que tiveram o diagnóstico clínico e laboratorial confirmado entre os anos de 2003 a 2012 e que foram registrados e notificados junto ao Serviço de Referência. Foram excluídos do estudo pacientes que estavam sendo encaminhados para realizar o diagnóstico ou que não tinham concluído o diagnóstico no referido período.

As variáveis do estudo foram coletadas por meio de um questionário específico preenchido com informações do prontuário e da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizada pela Secretaria de Saúde do município de Campina Grande-PB. As variáveis sócio-demográficas estudadas foram: idade, gênero, ano de diagnóstico, tempo de tratamento e as variáveis clínicas foram classificação operacional, forma clínica, baciloscopia e esquema terapêutico.

Os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva por meio dos programas Microsoft Excel (versão 2007), EPIINFO 3.5.1 e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 16.0 e apresentados por meio de gráficos e/ou tabelas.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética da UEPB. O gerente do Serviço Municipal de Saúde assinou um termo institucional liberando a pesquisa e o Termo de compromisso para uso de dados em arquivo.

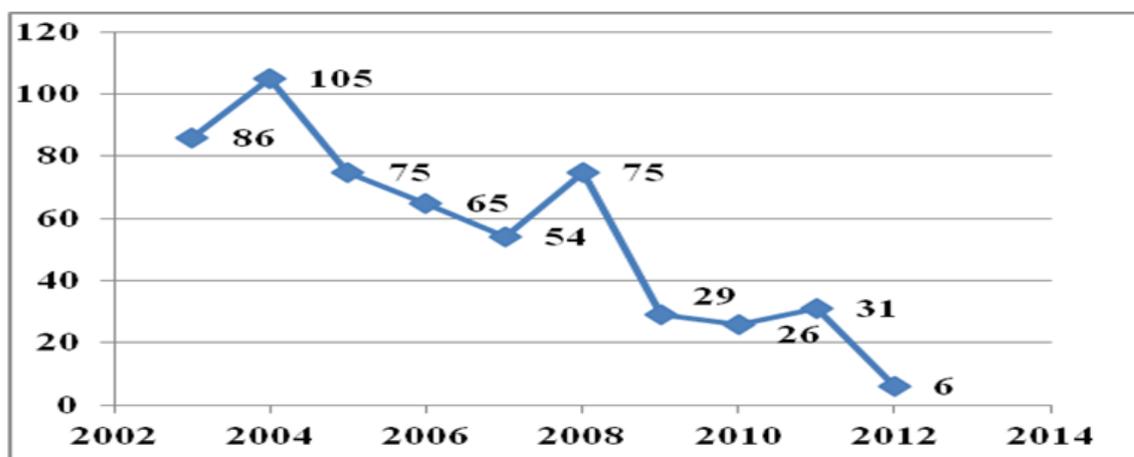
Também foi apresentado um termo de compromisso do pesquisador que possibilitou a realização dessa pesquisa, visto que os dados estavam contidos nas fichas dos pacientes no Centro de Hanseníase.

Foram cumpridas neste trabalho as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto teve aprovação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB (CAAE: 0466.0.133.000-09).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período estudado foram detectados 552 novos casos de Hanseníase no Serviço de Referência em Campina Grande-PB. Conforme o GRÁFICO 1, o ano de 2004 apresentou o maior número de casos com 105 pacientes diagnosticados com a doença.

GRÁFICO 1 – Número de casos de Hanseníase diagnosticados por ano.



Fonte: Dados da pesquisa.

Neste estudo o maior número de casos novos de Hanseníase diagnosticados situou-se nos anos de 2003 e 2004, corroborando com os estudos de outros pesquisadores (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; RODRIGUES, 2010; MELÃO et al., 2011). Tal resultado pode ser fruto dos esforços feitos pelas equipes de saúde na busca dos pacientes, muitas vezes em domicílio, para que estes pudessem ser tratados (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). Outra explicação são as diversas propagandas veiculadas nos meios de comunicação na época a respeito dos sintomas e tratamento, o que fez com que as pessoas pudessem tomar consciência e procurar atendimento médico nos diversos setores. Foi importante notar que houve uma queda acentuada do número de casos no Serviço de Referência a partir do ano de 2009, época em que aconteceu a descentralização do tratamento dando a oportunidade dos pacientes se tratarem no Programa de Saúde da Família (PSF) em seus respectivos bairros na cidade de Campina Grande.

Os resultados mostraram maior número de pacientes do gênero masculino, 277 casos, sendo que a faixa etária mais prevalente a que vai de 20 a 29 anos. Entre as mulheres o maior número de casos foi na faixa etária entre 50 a 59 anos como mostra a TABELA 1.

**TABELA 1** – Avaliação do número de casos de hanseníase por faixa etária e por gênero.

FAIXA ETÁRIA	GÊNERO MASCULINO		GÊNERO FEMININO	
	N	%	N	%
0 – 9 Anos	2	1	3	1
10 – 19 Anos	27	10	26	9
20 – 29 Anos	52	19	45	16
30 – 39 Anos	51	18	30	11
40 – 49 Anos	48	17	49	18
50 – 59 Anos	42	15	56	20
60 – 69 Anos	33	12	37	14
70 – 79 Anos	18	6	15	5
80 – 89 Anos	4	2	10	4
90 – 99 Anos	-	-	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>277</b>	<b>100</b>	<b>275</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

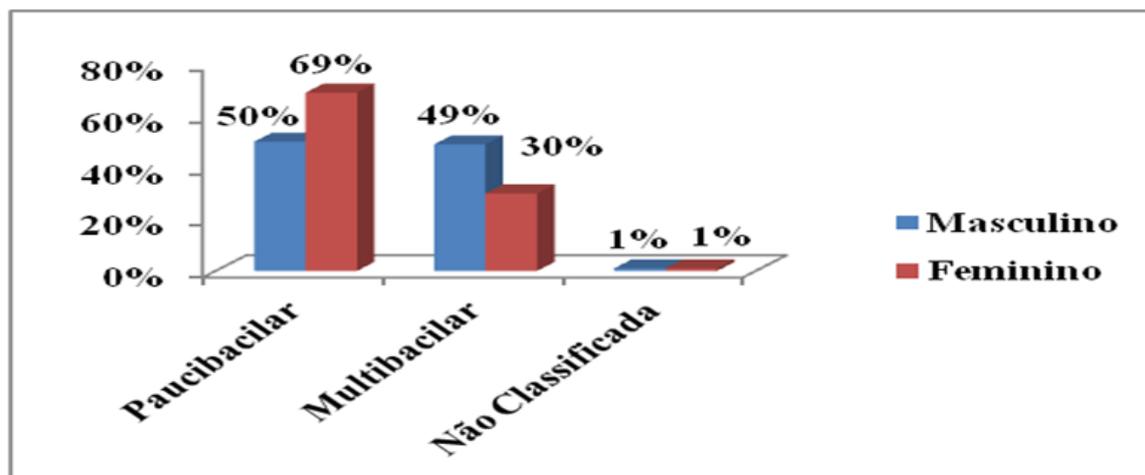


Levando-se em consideração o gênero, o masculino foi o que predominou no nosso estudo, mesmo que discretamente, dado condizente com literaturas pesquisadas (BATISTA et al., 2011; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012). No entanto, outros pesquisadores encontraram prevalência do gênero feminino em seus estudos (LOBO et al., 2011; PINTO et al., 2011). Autores justificaram que a maior incidência entre os homens está associada ao fato destes estarem em maior contato social com outras pessoas, não se preocuparem muito com sua saúde, além de que as políticas de saúde para estes são mais escassas (MELÃO et al., 2011). O predomínio entre as mulheres em outros estudos resulta do fato destas procurarem mais a ajuda médica e realizarem precocemente o tratamento (PINTO et al., 2011).

A faixa etária de maior prevalência no estudo ficou entre 20 e 59 anos para os dois gêneros, idade economicamente ativa dos pacientes confirmando outros resultados encontrados na literatura (NASCIMENTO et al., 2010). Este fator pode prejudicar a produtividade dos indivíduos, haja vista que estes, muitas vezes, tendem a se isolar se afastando da sociedade e do trabalho (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012). Observou-se ainda a presença de pacientes com menos de 10 anos de idade. Isso é preocupante, pois significa que eles possivelmente tenham sido contaminados nos primeiros anos de vida mostrando uma deficiência no controle da doença e uma provável cadeia de transmissão na família, como proposto também por outros autores (BATISTA et al., 2011).

Tomando como referência a classificação operacional da Hanseníase, a forma PB foi a que se mostrou mais incidente entre os pacientes no geral com 329 casos (59%) e também entre os gêneros, visto que 50% dos homens e a maioria das mulheres, 69%, tiveram a doença com tal classificação (GRÁFICO 2).

**GRÁFICO 2** – Distribuição da classificação operacional dos pacientes por gênero.

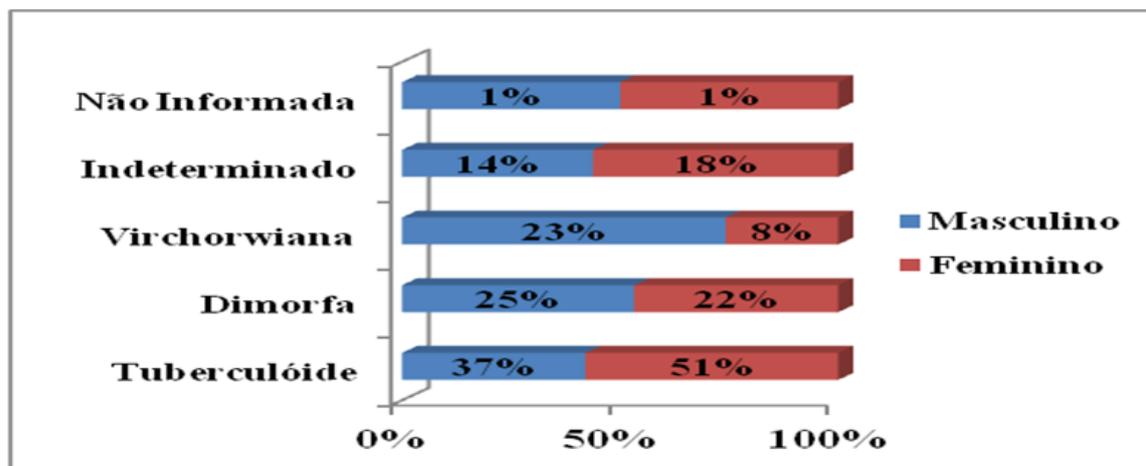


Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às classificações operacionais da doença, a PB foi a que predominou entre os pacientes, resultado semelhante a outros estudos revelando que o diagnóstico tem sido feito precocemente o que não permite que a doença chegue a sua forma mais grave (LOBO et al., 2011; MELÃO et al., 2011). Entre as mulheres, a maioria se encontrava no primeiro estágio da doença (PB) denotando que estas estão mais atentas ao corpo e procuram o tratamento em tempo hábil. Em contrapartida, foi detectado elevado número de pacientes do gênero masculino com a forma MB, o que pode ser explicado pelo fato de os homens, além de não se preocuparem com a estética corporal, demorarem mais a procurar o médico quando os sintomas surgem. Outros autores acharam a forma MB como a mais incidente em suas amostras (LIMA et al., 2010; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Com relação às formas clínicas, a Tuberculoide teve uma maior prevalência no período estudado apresentando 241 casos. A Dimorfa ficou em segundo com 129 casos seguida pela Virchowiana e a Indeterminada com 88 casos cada. Cerca de 1% dos pacientes não tiveram sua forma clínica informada. A forma Tuberculoide foi mais representativa tanto nos homens quanto nas mulheres (GRÁFICO 3).

**GRÁFICO 3** – Distribuição por forma clínica e gênero dos pacientes diagnosticados com Hanseníase.

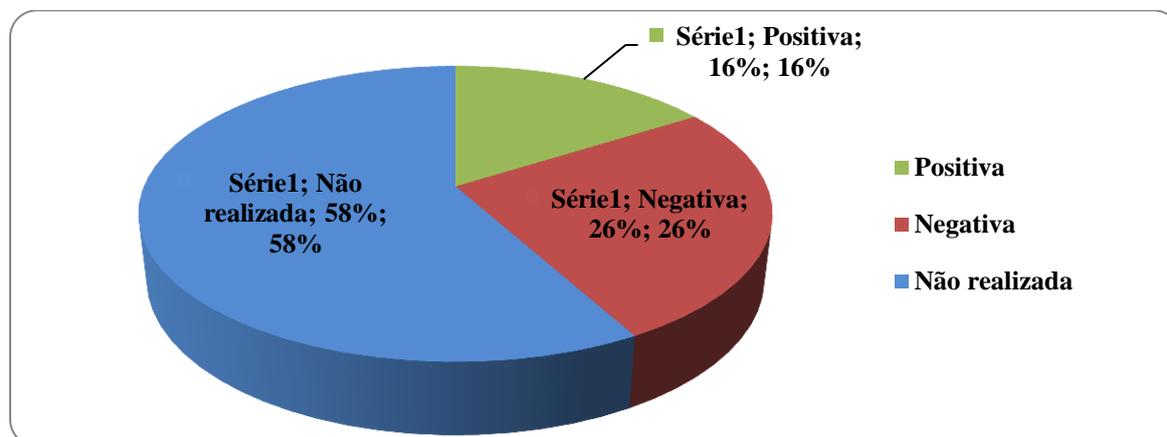


Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às formas clínicas, observou-se que a Tuberculóide se fez presente na maior parte dos pacientes do estudo valendo esse achado para os dois gêneros corroborando os achados de outros estudiosos em suas pesquisas (BATISTA et al., 2011; LOBO et al., 2011). Este resultado pode estar relacionado com o histórico da Hanseníase, no qual grande parte dos seus portadores não a reconhece no primeiro estágio (Indeterminada) e só procuram atendimento médico depois que surgem novas lesões, porém antes destas se proliferarem por todo o corpo. Ressalta-se também que vários outros estudos (LIMA et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2010; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012) acharam a forma Dimorfa como a mais prevalente mostrando que as ações de controle e prevenção da doença devem ser intensificadas para que o diagnóstico seja feito no menor tempo possível.

Foram observados os resultados dos exames de baciloscopia realizados por esses pacientes portadores da doença. No entanto, ressalta-se que a maioria deles, 58%, não realizou o exame (GRÁFICO 4). Por conseguinte, 26% apresentaram baciloscopia negativa o que indica que estes não eram capazes de transmitir a doença.

**GRÁFICO 4** – Avaliação dos doentes de hanseníase de acordo com o exame de baciloscopia.

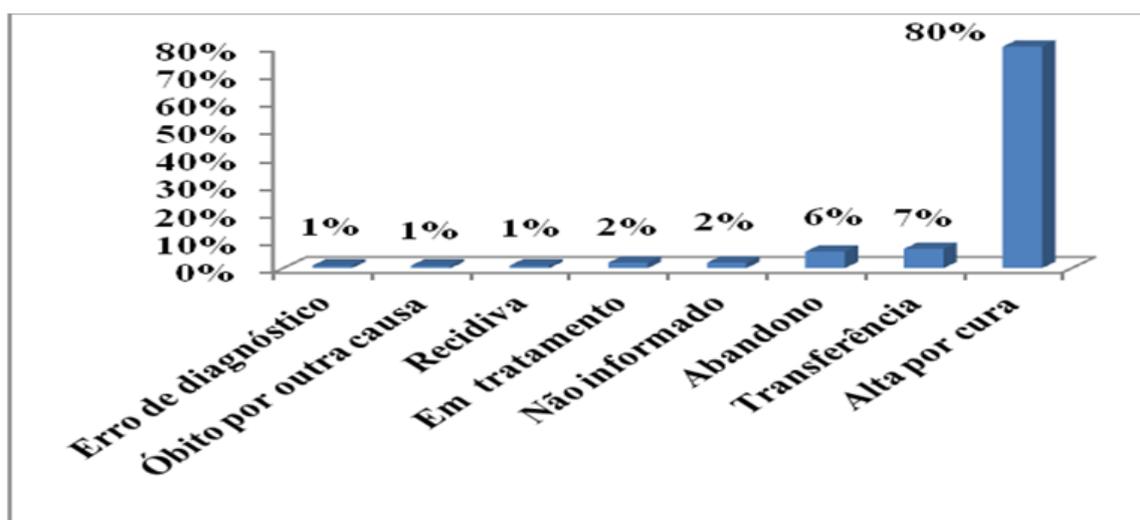


Fonte: Dados da pesquisa

O exame baciloscópico ou baciloscopia serve como auxílio no diagnóstico da Hanseníase. Porém, muitas vezes esse exame não é realizado por falta de estrutura dos postos de saúde. No período estudado encontrou-se grande número de pacientes com baciloscopia negativa justificado pelo fato da maioria encontrar-se com as forma Tuberculoide que sempre tem baciloscopia negativa, seguida da Dimorfa que pode ter baciloscopia positiva ou negativa o que se mostra como resultado favorável visto que estes não seriam capazes de transmitir a doença para terceiros (NASCIMENTO et al., 2010; PINTO et al., 2011). É notório que na maior parte do total dos pacientes diagnosticados no período estudado, a baciloscopia não foi realizada, dado encontrado também em outro estudo realizado na Paraíba (SIMPSON; FONSECA; SANTOS, 2010). Essa carência no Estado pode ser explicada pela falta de profissionais capacitados no interior, fazendo-se necessário que as amostras sejam levadas para outros centros o que leva tempo e provoca um diagnóstico específico tardio atrasando, assim, o início do tratamento do paciente, fazendo com que, muitas vezes, a baciloscopia seja dispensada pelos médicos. Ainda foram observados na literatura estudos em que a maior parte dos pacientes teve a baciloscopia positiva, concluindo-se assim que estes demoraram a procurar tratamento e eram fontes de infecção naquele momento (GARCIA, 2011; OLIVEIRA; MACEDO 2012).

Da totalidade dos pacientes que deram entrada no Serviço de Referência em Hanseníase no período estudado e que foram diagnosticados com a doença, 80% obtiveram o resultado esperado, ou seja, a cura. Ainda, de acordo com o GRÁFICO 5, 7% dos pacientes foram transferidos para outras unidades em Campina Grande ou para outras cidades. Além disso, 6% dos pacientes abandonaram o tratamento, o que é um dado preocupante e em 1% dos casos houve erro de diagnóstico.

**GRÁFICO 5 –** Conduta pós-diagnóstico dos portadores de Hanseníase.



Fonte: Dados da pesquisa

Entre os pacientes diagnosticados nos anos apontados, a grande maioria obteve o resultado esperado, ou seja, a cura. Daí pode-se inferir que um tratamento feito corretamente geralmente obtém êxito. Outros estudos revelaram também índices altos de cura (LIMA et al., 2010; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; RODRIGUES, 2010). Contudo, foi observado um número relevante de transferências o que revela uma descentralização no atendimento aos portadores de Hanseníase. Este fato beneficia a população carente que, por vezes, tem dificuldades de se deslocar até o centro da cidade podendo receber o tratamento nos PSF mais próximos a sua residência.

O abandono ao tratamento e casos de erros de diagnósticos também se fizeram presentes entre os pacientes, o que é um dado preocupante no tocante à recuperação destes. Aqueles que abandonam o tratamento podem acarretar prejuízos tanto a si próprios com o agravamento da doença e a criação de bacilos resistentes às medicações, como para as outras pessoas no tocante ao fato deles transmitirem a doença dificultando seu controle e erradicação (PEREIRA, et al., 2012). Os erros de diagnóstico encontrados reabrem as discussões para um melhor treinamento dos profissionais, haja vista, que estes precisam estar capacitados para fazerem um diagnóstico preciso, não prejudicando os pacientes por meio da administração de medicamentos sem necessidade. Além disso, a falta dos exames de baciloscopia pode estar dificultando o trabalho dos médicos causando os erros citados.

A TABELA 2 mostra a variação do número de doses tomadas pelos pacientes que conseguiram obter a cura. Destaca-se que 72% daqueles com as formas PB precisaram de 6 doses da PQT/PB, tomadas uma por mês. No entanto, a maior parte dos pacientes com as formas MB necessitaram de 12 doses da PQT/MB para se curar. Todavia, 13% destes tiveram um tratamento prolongado com mais de 12 doses do medicamento.

**TABELA 2** – Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de tratamento e número de doses da medicação.

FREQUÊNCIA DA MEDICAÇÃO	PQT/PB		PQT/MB	
	N	%	N	%
Menos de 6 doses	22	8	2	1
6 doses	202	72	2	1
7 a 11 doses	54	19	11	7
12 doses	1	1	124	78
Mais de 12 doses	-	-	21	13
<b>TOTAL</b>	<b>279</b>	<b>100</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Como foi comprovado cientificamente, a Hanseníase é uma doença que tem cura. No tratamento são utilizados esquemas-padrão de PQT que variam dependendo do estado do paciente e do estágio em que a doença se encontra. Existe um esquema-padrão para as formas Paucibacilares (PQT/PB) e outro para as Multibacilares (PQT/MB). Os pacientes tomam, em geral, uma dose da medicação a cada mês. O número de doses varia individualmente entre os pacientes até que se consiga a cura. Dentre os pacientes estudados que tomavam o coquetel PQT/PB foi visto que grande parte precisou de 1 dose mensal por um período de 6 meses, resultando em 6 doses, para obter a cura definitiva, resultado condizente com a literatura (OLIVEIRA; MACEDO, 2012). Da mesma maneira, os pacientes que fizeram tratamento PQT/MB precisaram, em sua maioria, de 12 doses da medicação. Porém, uma boa quantidade necessitou de mais doses para se curar o que pode ser confirmado com outros estudos encontrados (NASCIMENTO et al., 2010; RAMOS; FERREIRA; IGNOTTI, 2013). O motivo para esse achado reside no fato de que os pacientes podem estar demorando a procurar o médico atrasando o início do tratamento o que faz com este se torne mais longo por causa da maior gravidade das lesões.

## **CONCLUSÃO**

Apesar da diminuição no número de casos com o passar dos anos, a Hanseníase continua sendo um problema sério de saúde no município de Campina Grande - PB, fato este que requer medidas mais eficazes para se conseguir seu controle e uma melhoria na qualidade de vida dos enfermos.

Verificou-se que a maioria dos pacientes se encontrou na classificação PB, primeiro estágio da doença, comprovando assim que os mesmos estão atentos a sua saúde procurando o atendimento médico quando surgem os primeiros sintomas, o que aumenta a chance de cura e reduz as incapacidades causadas pela doença.

O gênero masculino merece atenção especial no que diz respeito ao controle da Hanseníase. Constatou-se que os homens respondem pela maior parcela daqueles que



apresentaram a doença na forma mais grave, a MB; fazendo-se necessária a intensificação de políticas públicas de saúde voltadas para o gênero por meio de campanhas de conscientização dos pacientes para que os mesmos não demorem a procurar o tratamento o que pode causar o agravamento do seu quadro clínico.

A imensa maioria dos pacientes foi curada, mostrando assim que o tratamento foi conduzido de forma adequada por eles e pela equipe de saúde, traduzindo que o Setor de Referência em Hanseníase tem obtido os resultados esperados.

Contudo, mesmo obtendo um alto percentual de cura é preciso que medidas sejam tomadas para o aprimoramento dos serviços prestados. A busca ativa dos pacientes em suas residências deve ser intensificada para uma melhor adesão destes ao tratamento; prevenindo, assim, que eles fiquem sem a medicação o que pode causar um agravo da doença, além de que se pode criar uma cadeia de transmissão entre as pessoas com as quais eles convivem.

Uma melhor capacitação dos profissionais de saúde é necessária para que não ocorram mais erros de diagnósticos como foi achado. Eles também devem contribuir levando informações à sociedade quanto à profilaxia da doença evitando, portanto, a crescente no número de casos.

Por fim, conclui-se que novos estudos precisam ser realizados a fim de que se possa ter uma real dimensão da Hanseníase na região de Campina Grande direcionando assim medidas sócio-educativas a serem realizadas no tocante à estagnação do número de casos da doença.

## REFERENCIAS

BATISTA, E S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 2, p 101-106, 2011.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Rev Virtual Quim**, v. 4, n. 3, p 247-256, 2012.



BUDEL, A. R. et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **An Bras Dermatol**, v. 86, n. 5, p. 942-946, 2011.

GARCIA, A. C M. Caracterização dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Campina Grande-PB no período de 2001 a 2008. **[Trabalho de Conclusão de Curso]**. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2011.

LANA, F C F. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase na Microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc Anna Nery (impr.)**. v. 15, n. 1, p. 62-67, 2011.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 4, p. 323-327, 2010.

LOBO, J. R. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 4, p. 283-7, 2011.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no extremo sul de Santa Catarina. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 44, n. 1, p. 79-84, 2011.

MIRANZI, S. S. C. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006 **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.

NASCIMENTO, S. S. et al. Perfil epidemiológico dos doentes de hanseníase no município de Anápolis. **Anais do prim. Seminário de Prod. Científica das Faculdades de Anhanguera**; 2010.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **SaBios: Rev Saúde e Biol**, v. 7, n. 1, p.45-51, 2012.

PEREIRA, E V. E. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An Bras Dermatol**, v. 86, n. 2, p.235-240, 2011.

PINTO, R. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia: **Rev B S Publica Miolo**, v. 34, n. 4, p. 906-918, 2011.

RAMOS, A. R. S. et al. Óbitos por hanseníase como causa básica em residentes no Estado de Mato Grosso, Brasil, no período de 2000 a 2007. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 22, n. 2, p. 273-284, 2013.



RAMOS, J. M. H.; SOUTO, F. J. D. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 43, n. 3, p.293-297, 2010.

RIBEIRO JUNIOR, A. F. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Clin Med**, v. 10, n. 4, p. 272-277, 2012.

RODRIGUES, V. V. Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no município de Teófilo Otoni, MG: uma análise de 2001 a 2008. **[Monografia de especialização]**. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. 2010.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil Epidemiológico Da Hanseníase No Município De Guarulhos, Sp. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013.

SILVA, A. S. et al. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p. 691-694, 2010.

SIMPSON, CA. et al. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansen Int**, v. 35, n. 2, p. 33-40, 2010.

SOUSA, V. M. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Campina Grande, 2005 a 2009. **[Trabalho de Conclusão de curso]**. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2012.

**Received:** 12 April 2020

**Accepted:** 08 June 2020

**Published:** 02 July 2020