

Diogo Lima Pereira

Faculdade Anhanguera de Anápolis
diogo.pereira@aedu.com

Lourenzo Martins de Brito

Faculdade Anhanguera de Anápolis
lourenzo.brito@aedu.com

Adriano Honorato Nascimento

Faculdade Anhanguera de Anápolis
adriano.nascimento@aedu.com

Eduardo Lopes Ribeiro

Faculdade Anhanguera de Anápolis
eduardolopesribeiro@aedu.com

Kaley Ricardo Moura Lemos

Faculdade Anhanguera de Anápolis
Kaley.lemos@aedu.com

Josimar Nogueira Alves

Faculdade Anhanguera de Anápolis
josimarnogueiraalves@yahoo.com.br

Layo César Gonçalves Brandão

Faculdade Anhanguera de Anápolis
layo.cesar@hotmail.com

Anhanguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato
Alameda Maria Tereza, 4266
Valinhos, São Paulo
CEP 13.278-181
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Artigo Original
Recebido em: 18/02/2012
Avaliado em: 07/03/2012

Publicação: 8 de outubro de 2012

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DAS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE NA CIDADE DE ANÁPOLIS-GO

RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Ele geralmente afeta a pele e os nervos periféricos. A Hanseníase é classificada em Paucibacilar e Multibacilar. Os casos Paucibacilares apresentando duas variantes clínicas, a Hanseníase Tuberculóide e Hanseníase Indeterminada. Os casos Multibacilares são divididos em Hanseníase Virchowiana e Hanseníase Dimorfa. A presente pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da Hanseníase na cidade de Anápolis, quanto às formas clínicas. Os dados deste estudo foram obtidos através da análise das notificações da Hanseníase. Foram Analisados 525 casos de hanseníase, do município de Anápolis, Goiás dos anos de 2006 a 2010, dos quais 52,95% são do sexo masculino e 47,05% do sexo feminino. A forma Dimorfa da Hanseníase apresentou a maior prevalência, de 69,91% dos casos, 18,29% dos casos ocorreu na forma Virchowiana e 11,79% dos casos ocorreram na forma Indeterminada, Tuberculóide e não classificadas da Hanseníase.

Palavras-Chave: saúde; Hanseníase; *Mycobacterium leprae*; lepra.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*. It usually affects the skin and peripheral nerves. Leprosy is classified into paucibacillary and multibacillary. Paucibacillary cases presenting two clinical variants, the Indeterminate leprosy and tuberculoid leprosy. The cases multibacillary are divided into lepromatous leprosy and borderline leprosy. This study aimed to understand the epidemiology of leprosy in the city of Anápolis, and clinical forms. Data from this study were obtained through the analysis of notifications of Leprosy. Were analyzed 525 cases of leprosy in the city of Anápolis, Goiás the years 2006 to 2010, of which 52.95% are male and 47.05% female. The borderline leprosy had the highest prevalence of 69.91% of cases, 18.29% of the cases occurred in the lepromatous type and 11.79% of cases occurred in indeterminate type, tuberculoid leprosy and unclassified.

Keywords: Leprosy; *Mycobacterium leprae*; epidemiological profile; clinical forms; notifications.

1. INTRODUÇÃO

Em 1873, quando ainda acreditava-se que a lepra era uma punição divina, o cientista norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen relacionou a doença com o microrganismo *Mycobacterium leprae* como o agente etiológico da Hanseníase, a partir de biópsias de lesões cutâneas, confirmando a natureza infecciosa da enfermidade (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica causada pelo *M. leprae*. Taxonomicamente, o *M. leprae* pertence à ordem *Actinomycelalis* e família *Mycobaderiaceae*. Possui forma de bacilo reto ou levemente encurvado, com extremidades arredondadas, tamanho médio variando entre 0,3 e 0,5 µm de diâmetro e 4,0 a 7,0 µm de comprimento. O bacilo de Hansen é um patógeno intracelular obrigatório, o qual pode ser observado formando aglomerados ou globias, em arranjos paralelos. A temperatura ótima de crescimento é de aproximadamente 30°C e, portanto, a bactéria tende a invadir áreas mais frias do corpo, como o queixo, maçãs do rosto, orelhas, joelhos e extremidades distais. A reprodução ocorre pelo processo de divisão binária e é um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR positivo), uma vez que retém a fucsina básica na parede celular, corando-se em vermelho pela técnica de Ziehl-Neelsen, na qual se apresentam, na maioria deles, corados de forma irregular ou granular. Este aspecto foi observado por Hansen e posteriormente confirmado por outros pesquisadores (MONOT et al., 2005; WHO, 2005; TRABULSI; ALTERTHUM, 2008; BARBIERI; MARQUES, 2009).

Segundo Santos e colaboradores (2005) (in apud Foss, 1997) o *M. leprae* tem alto poder infectante e baixa patogenicidade. O microrganismo se multiplica lentamente. Sua transmissão ocorre através do contato direto com pacientes bacilíferos, a partir de gotículas de aerossol e, mais raramente, por contato direto. O principal local de inoculação é o nariz. Os bacilos são viáveis por pelo menos sete dias em secreções nasais secas. Além disso, úlceras cutâneas também podem lançar um grande número de bacilos. Traumas na pele pode ser um ponto de entrada do microrganismo (AHW, 2005; GOMES; FRADE; FOSS, 2007).

O *M. leprae* invade os nervos periféricos com predileção pelas células de Schwann e pele, sendo que quase todas as complicações são decorrentes dessa invasão. Também compromete as vias aéreas superiores e olhos, podendo causar comprometimento irreversível da função dos nervos como degeneração axonal, fibrose aumentada, desmielinização e deficiência crônica (ARAÚJO, 2003; FU-REN ZHANG et al., 2009).

De acordo com OMS (Organização Mundial de Saúde), o Ministério da Saúde classifica a Hanseníase para fins operacionais de tratamento quimioterápico. A mesma propôs uma classificação simplificada e operacional na qual se consideram dois grupos autônomos e estáveis. Os casos com até cinco lesões é considerado Paucibacilar (PB) e aqueles com mais de cinco lesões são Multibacilares (MB) (BRASIL, 2009).

A Hanseníase PB é uma doença menos grave, apresentando duas variantes clínicas, a Hanseníase Tuberculoide (HT) e Hanseníase Indeterminada (HI) que é caracterizada por poucas lesões na pele hipopigmentada e anestésicas (PEREIRA et al., 2008).

A HT apresenta lesões bem demarcadas, em quantidade reduzida, indolor e com distribuição assimétrica. Apresenta lesões em placas ou anulares com margens papulosas, eritema ou áreas da pele com hipocrômia (manchas esbranquiçadas). As lesões com desenvolvimento centrífugo lento induzem a atrofia no interior da lesão, podendo ainda, adquirir aspecto tricofitóide, com descamação das bordas. Na forma neural pura, ocorre o espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave. A baciloscopia neste caso é negativa. Apesar da possibilidade de cura espontânea na HT, sugere-se que os casos sejam tratados para diminuir a evolução da doença e as complicações neurais (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2009).

A HI é caracterizada clinicamente por manchas hipocrômicas na pele, únicas ou múltiplas, com alteração de sensibilidade e limites indeterminados. A baciloscopia de raspado intradérmico é geralmente negativa, mas caso positiva sugere evolução da doença. Não há comprometimento de troncos nervosos e, deste modo, não ocorrem alterações motoras que podem desenvolver incapacidades, podendo ocorrer apenas de sensibilidade térmica conservando as sensibilidades dolorosas e táteis (PEREIRA et al., 2008; BRASIL, 2009).

A Hanseníase MB é classificada em Hanseníase Virchowiana (HV) e Hanseníase Dimorfa (HD) e é associada a múltiplas lesões de pele (PEREIRA et al., 2008; BARBIERI; MARQUES, 2009).

A HV se apresenta como máculas hipocrômicas que evoluem progressivamente. Clinicamente, a HV apresenta lesões disseminadas na pele que podem ser infiltrativas, eritematosas, com limites indeterminados, brilhantes e de proporções simétricas. Nos locais de grande infiltração podem surgir pápulas, tubérculos, nódulos e hansenomas. Há infiltração difusa da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios. Nesta forma constitui-se uma doença sistêmica com complicações viscerais graves, principalmente em casos reacionais, nos quais olhos, testículos, rins e outros órgãos

podem ser comprometidos. Há comprometimento da sensibilidade das lesões de pele e acometimento dos troncos nervosos. A baciloscopia de raspado intradérmico é positiva com grande número de bacilos (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2009).

A HD é caracterizada por se aproximar dos aspectos morfológicos da HV e HT. Deste modo, há grande variação de sinais e sintomas que incluem lesões eritematosas, eritemovioláceas, ferruginosas, infiltradas, edematosas, brilhantes, escamosas com limites internos nítidos e limites externos indeterminados, centro deprimido, hipocrômico ou de coloração natural, com hipoestesia ou anestesia. O comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, podendo esses pacientes desenvolver incapacidades e deformidades físicas. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são características sugestivas para esta forma clínica. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com número de bacilos variável (PEREIRA et al., 2008; BRASIL, 2009).

O bacilo se multiplica ou é destruído dentro dos macrófagos pela ativação das células T (nos casos das Paucibacilares). A predisposição para o desenvolvimento ou controle das formas clínicas da doença está relacionada, com o complexo de histocompatibilidade principal (MHC) e o fenótipo antígeno leucocitário humano (HLA) ambos geneticamente determinados. Entre os indivíduos com susceptibilidade, aqueles que apresentam alelos HLA-DR2 e HLA-DR3 tendem a evoluir para a forma PB (tuberculóide) e os que apresentam o alelo HLA-DQ1, para a forma MB (virchowiana), de acordo com o tipo de resposta desencadeada pelas células T (BARBIERI; MARQUES, 2009).

Em 1991, a 44^a Assembléia Mundial de Saúde firmou a resolução WHA44.9, declarando seu compromisso de erradicar a Hanseníase até o final de 2000, ou seja, atingir uma prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Atualmente, a carga global de casos da Hanseníase mundial reduziu em aproximadamente 90% quando comparada as duas últimas décadas, obtendo-se uma diminuição de 37,8% na incidência da doença no Brasil, entre 1998 e 2003. O Brasil apresentou coeficiente de 2,10 casos por 10.000 habitantes em 2007. As regiões norte, nordeste e centro-oeste persistem como áreas endêmicas. Apenas a região sul, atingiu a meta de eliminação (MIRANZI et al., 2010; MELÃO et al., 2011; WHO, 2005).

O Brasil é o maior responsável pela endemia da Hanseníase no continente americano, correspondendo mais de 90% dos casos nas Américas e, segundo Pedro e colaboradores (2009), o Brasil ocupa o primeiro lugar em número absoluto de casos de Hanseníase no mundo com quase 40.000 diagnosticados no ano de 2008. A Hanseníase é

doença de notificação compulsória e está contemplada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) após confirmação diagnóstica (BRASIL, 2007; WHO, 2010; PEDRO et al., 2009; MIRANDA et al., 2010; MELÃO et al., 2011).

O diagnóstico é padronizado e estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela OMS, que define como Hanseníase a presença de um ou mais dos seguintes achados: Lesões de pele com alteração de sensibilidade; Acometimento de nervos com espessamento neural; Baciloscopia positiva. O diagnóstico laboratorial da Hanseníase é de grande importância para diferenciá-la de outras doenças dermatoneurológicas, casos de recidiva e na classificação para fins de tratamento. Outros exames laboratoriais disponíveis são a reação de Mitsuda (aplicação intra-dérmica de antígeno do *M. Leprae*), sorologia anti-PGL-1, imunohistoquímica e reação em cadeia da polimerase (PCR). Estes três últimos são aplicados apenas para pesquisas, sendo de pouca vantagem na prática clínica (NASCIMENTO; OLIVEIRA; BARBOSA, 2007; BARBIERI; MARQUES, 2009; BRASIL, 2009).

O tratamento da Hanseníase iniciou-se no final de 1940 com a implementação da sulfona no tratamento da doença. A Poliquimioterapia (PQT) foi recomendada pela OMS em 1982 e no Brasil foi implantada gradativamente a partir de 1991, normatizada pela portaria nº 140/91 do Ministério da Saúde. O tratamento da Hanseníase no Brasil é padronizado pelo Ministério da Saúde seguindo recomendações da OMS. Os esquemas de PQT, recomendados pela OMS, devem ser cumpridos rigorosamente para o sucesso da terapia, promovendo a cura com períodos de tratamento relativamente pequenos. A PQT é composta da associação de dapsona, clofazimina e rifampicina, e difere conforme a classificação do paciente (adulto ou pediátrico) e da patologia apresentada (paucibacilar ou multibacilar), (CURTO; BARBOZA; PASCHOAL, 2007; PEREIRA et al., 2008; FERREIRA et al., 2010; LIMA et al., 2010).

Não há uma forma de prevenção específica, mas existem medidas que podem evitar novos casos, como o diagnóstico e tratamento precoce. A identificação da Hanseníase e o tratamento adequado têm grande importância na prevenção das incapacidades físicas. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da Hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura (BRASIL, 2011).

A presente pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da Hanseníase em Anápolis, quanto às formas clínicas; analisar o abandono do tratamento e índice de cura; identificar a prevalência da Hanseníase na cidade de Anápolis, Goiás.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem transversal quantitativa do tipo descritiva. As informações inerentes ao estudo foram obtidas através da análise dos dados dos pacientes com diagnóstico de Hanseníase, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), após confirmação diagnóstica, atendidos na Unidade de Saúde do Jundiá (OSEGO) da cidade de Anápolis, Goiás, de Janeiro de 2006 à Dezembro de 2010, sendo estes coletados pelos pesquisadores por meio do Termo de Concordância de Realização de Pesquisa de Campo. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da associação anhanguera educacional LTDA de acordo com o protocolo nº 1745/2011.

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado através da anamnese e condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico do lóbulo auricular e cotovelo) utiliza a coloração de Ziehl-Neelsen e quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB.

O microscópio é o equipamento utilizado na leitura da baciloscopia. O índice baciloscópico utilizado é o proposto por Ridley e Jopling (1966), baseado em uma escala logarítmica com variação entre 0 a 6. É o método de avaliação quantitativo mais correto e utilizado na leitura da baciloscopia em hanseníase. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

3. RESULTADOS

Foram analisados 525 casos de hanseníase, notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2006 a 2010, no município de Anápolis, Goiás e, dos quais 278 (52,95%) são do sexo masculino e 247 (47,05%) do sexo feminino. No ano de 2007 houve a maior prevalência, com 115 (21,90%) dos casos (Tabela 1).

Tabela 1. Notificações de Hanseníase do ano de 2006 a 2010, quanto ao sexo dos pacientes de Anápolis, Goiás.

Ano	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2006	53	19,10	44	17,80	97	18,50
2007	58	20,90	57	23,10	115	21,90
2008	62	22,30	49	19,80	111	21,10
2009	55	19,80	40	16,20	95	18,10
2010	50	18,00	57	23,10	107	20,40
Total	278	52,95	247	47,05	525	100,00

Obteve-se em geral uma maior prevalência da Hanseníase no sexo masculino anos de 2006 com 54,64%, 2007 com 50,43%, 2008 com 55,86% e 2009 com 57,90%. Somente no ano de 2010 ocorreu maior prevalência do sexo feminino com 53,27% do número de casos (Gráfico 1).

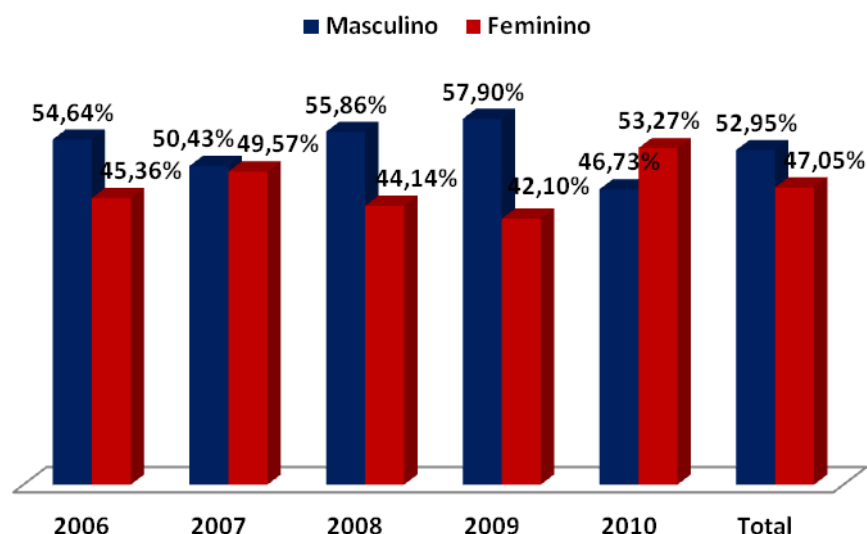


Gráfico 1. Perfil de incidência da Hanseníase, segundo sexo, no período de 2006 a 2010, Anápolis, Goiás.

A faixa etária que apresentou maior prevalência foi de 20 a 64 anos de idade totalizando 79,43% dos casos. Observou-se que a faixa etária com menor índice de casos foi de 5 a 9 anos de idade com 0,57% (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência anual de notificações de Hanseníase quanto a faixa etária dos pacientes de Anápolis, Goiás.

Ano	2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5-9	1	0,19	0	0	0	0	1	0,19	1	0,19	3	0,57
10-14	0	0	2	0,38	5	0,96	2	0,38	2	0,38	11	2,10
15-19	2	0,38	7	1,34	6	1,14	2	0,38	2	0,38	19	3,62
20-34	27	5,14	24	4,57	39	7,43	24	4,57	41	7,81	155	29,52
35-49	29	5,53	40	7,62	23	4,38	23	4,38	19	3,62	134	25,53
50-64	29	5,53	21	4	26	4,95	31	5,90	21	4	128	24,38
65-79	8	1,52	19	3,62	12	2,29	10	1,90	21	4	70	13,33
≥80	1	0,19	2	0,38	0	0	2	0,38	0	0	5	0,95
Total	97	18,50	115	21,90	111	21,10	95	18,10	107	20,40	525	100

Outra variável analisada foi as formas clínicas da Hanseníase, que podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência por ano da notificação segundo forma clínica, Anápolis, Goiás.

Forma clínica	2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indeterminada	2	0,38	0	0	2	0,38	13	2,48	10	1,90	27	5,14
Tuberculóide	1	0,19	0	0	1	0,19	1	0,19	6	1,14	9	1,71
Dimorfa	76	14,48	91	17,33	89	16,95	51	9,72	60	11,43	367	69,91
Virchowiana	13	2,48	10	1,90	15	2,86	27	5,14	31	5,90	96	18,29
Não classificada	5	0,95	14	2,67	4	0,76	3	0,57	0	0	26	4,95
Total	97	18,50	115	21,90	111	21,10	95	18,10	107	20,40	525	100

Dentre as notificações analisadas observou maior prevalência da Hanseníase Dimorfa com 367 (69,91%) casos, seguida da Hanseníase Virchowiana com 96 (18,29%), Hanseníase Indeterminada com 27 (5,14%) e Hanseníase Tuberculóide com 9 (1,71%) notificações (Gráfico 2).

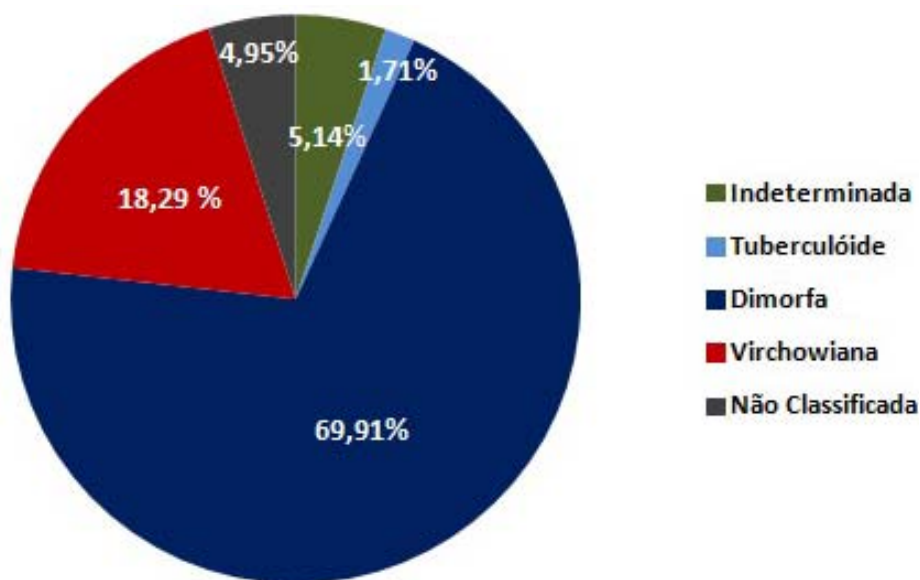


Gráfico 2. Prevalência da notificação segundo forma clínica, Anápolis, Goiás.

Quanto à evolução dos casos de Hanseníase notou-se que 354 (67,43%) evoluíram para cura, 11 (2,10%) evoluíram para óbito, 31 (5,89%) abandonaram o tratamento e 86 (15,44%) casos foram transferidos para outras unidades de saúde (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência por ano da notificação segundo Evolução do caso, Anápolis, Goiás.

Evolução	2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não preenchido	0	0	1	0,19	4	0,76	2	0,38	36	6,86	43	8,19
Cura	67	12,76	82	15,62	81	15,43	74	14,10	50	9,52	354	67,43
Transf. mesmo município	6	1,14	7	1,34	4	0,76	0	0	1	0,19	18	3,43
Transf. para outro município	6	1,14	7	1,34	11	2,10	12	2,29	10	1,90	46	8,77
Transf. para outro estado	0	0	4	0,76	2	0,38	1	0,19	4	0,76	11	2,10
Transf. para outro País	0	0	1	0,19	0	0	0	0	0	0	1	0,19
Óbito	4	0,76	2	0,38	1	0,19	3	0,57	1	0,19	11	2,10
Abandono	8	1,52	8	1,52	8	1,52	3	0,57	4	0,76	31	5,89
Erro diagnóstico	1	0,19	2	0,38	0	0	0	0	1	0,19	4	0,76
Trans. não especificada	5	0,95	1	0,19	0	0	0	0	0	0	6	1,14
Total	97	18,50	115	21,90	111	21,10	95	18,10	107	20,40	525	100

4. DISCUSSÃO

Obteve-se em geral uma maior prevalência da Hanseníase no sexo masculino. Somente no ano de 2010 ocorreu prevalência do sexo feminino no número de casos (Gráf. 1), reportando os dados obtidos pelos estudos de Nascimento; Oliveira; Barbosa (2007). Comparando a prevalência da Hanseníase no período de cinco anos deste estudo com a pesquisa anterior feita por Nascimento; Oliveira; Barbosa (2007) dos cinco anos anteriores a 2006, observou-se uma diminuição do número de casos notificados.

A cidade Anápolis, Goiás apresentou um coeficiente de 3,53 casos de Hanseníase por 10.000 habitantes em 2007 e 3,19 casos de Hanseníase por 10.000 habitantes em 2010, mostrando estar acima do recomendado pela OMS (2005) e ainda acima da média brasileira.

A faixa etária que apresentou maior prevalência foi de 20 a 64 anos totalizando 79,43% dos casos (Tab. 2). Observou-se um aumento de casos na faixa etária de 50 a 64 anos, comparando com os estudos de Nascimento; Oliveira; Barbosa (2007). A decorrência deste aumento pode ser devido mudança da estrutura etária, com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento proporcional dos idosos (BRASIL, 2011), e também

pode-se considerar que o envelhecimento é acompanhado de diminuição da imunidade, tornando o indivíduo mais suscetível a patologias infecto-contagiosas (SOUZA; SILVA; HENRIQUES, 2005).

A forma Tuberculóide da Hanseníase que se caracteriza em uma forma benigna, apresentou 1,71% dos casos. Comparando-se com os estudos Nascimento; Oliveira; Barbosa (2007) houve um declínio acentuado. Notou-se que a forma clínica mais acometida foi a Hanseníase Dimorfa com 69,91% dos casos. De acordo com Pereira et al. (2008), essa forma é caracterizada pelo comprometimento neurológico troncular e episódios reacionais, podendo esses pacientes desenvolver incapacidades e deformidades físicas. Dentre os pacientes avaliados, 18,29% casos foram de Hanseníase Virchowiana, a qual nesta forma constitui-se de uma doença sistêmica com complicações viscerais graves, induzindo um comprometimento de olhos, testículos, rins e outros órgãos (BRASIL, 2009). Este é um dado preocupante, por serem estas as formas clínicas mais graves da Hanseníase. O baixo percentual da forma Indeterminada da Hanseníase de 5,14% pode ser explicado pelo alto índice das formas graves, isto pode ser esclarecido, de acordo com Pereira et al. (2008), porque a forma Indeterminada evolui para as formas mais graves, pelo atraso no diagnóstico, falta de informação da sociedade e pela resistência do paciente em aceitar ser portador da Hanseníase, impedindo o diagnóstico precoce permitindo a evolução para formas graves.

As formas não classificadas da Hanseníase ocorreram em 4,95% dos casos. Outros métodos de diagnóstico poderiam ser utilizados para fornecer um diagnóstico diferencial, diminuindo as notificações de formas não classificadas.

Quanto à evolução dos casos de Hanseníase obteve-se uma boa perspectiva, sendo que apenas 2,10% dos casos evoluíram para óbito, havendo um declínio no decorrer dos cinco anos analisados. 5,89% abandonaram o tratamento, visto que também há um decréscimo de abandono ao passar dos anos. E 67,43% evoluíram para cura. Observando ainda que 8,19% não foram notificados quanto à evolução dos casos. Segundo Miranzi et al. (2010) estima-se que somente 1 em cada 3 dos portadores de Hanseníase esteja notificado e que, dentre esses, muitos fazem um tratamento irregular ou o abandonam, tendo como consequência bacilos resistentes às medicações e que podem levar a dificuldades no tratamento da doença e agravamento da forma clínica aumentando o problema de controle da Hanseníase.

5. CONCLUSÃO

A partir desse estudo, verifica-se que a cidade de Anápolis, Goiás está com indicador de casos acima do preconizado pela OMS e superior também a média brasileira, demonstrando uma situação de alerta e que continua sendo um grave problema de saúde pública, necessitando atenção para que não haja aumentos de casos. Também foi visto uma alta prevalência de formas graves da Hanseníase, entretanto houve um bom índice de cura.

Não há uma forma de prevenção específica, mas existem medidas que podem evitar novos casos e as formas multibacilares, como o diagnóstico e tratamento precoce, monitoramento de pessoas que convivem com pacientes doentes e aplicação da BCG. A identificação da Hanseníase e o tratamento adequado têm grande importância na prevenção das incapacidades físicas. A prevenção vem com a orientação para o autocuidado, apoio psicológico e social. Medidas assim são necessárias para minimizar ou evitar sequelas.

REFERÊNCIAS

- AHW. Alberta Health And Wellness. Leprosy. **Public Health Notifiable Disease Management Guidelines**, Alberta, Canadá, 2005. Disponível em: <<http://www.health.alberta.ca/documents/ND-Leprosy.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2011.
- ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Belo Horizonte, v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003.
- BARBIERI, C.L.A.; MARQUES, H.H.S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 281-290, 2009.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sala de Imprensa. **Projeção da População do Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 30 set. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Informações Técnicas**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31205>. Acesso em: 18 mar. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Série A: Normas e Manuais Técnicos**. 2.ed. Brasília, 2007. 68p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Procedimentos Técnicos para Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília, 2009. 44p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. **Diário Oficial**. Portaria Conjunta Nº 125, 26 mar. 2009. Brasília, 2009. 2p.
- CURTO, M.; BARBOZA, D.B.; PASCHOAL, V.D.A. Avaliação da importância do diagnóstico e tratamento precoce da Hanseníase em relação ao custo do tratamento. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 153-160, 2007.

- FERREIRA, S.M.B. et al. Recidivas de casos de Hanseníase no estado de Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, Cuiabá, v. 44, n. 4, p. 650-657, 2010.
- FU-REN ZHANG, M.D. et al. Genomewide Association Study of Leprosy. **The new england journal of medicine**, Boston, MA, Estados Unidos da América, v. 361, p. 2609-2618, 2009.
- GOMES, F.G; FRADE, M.A.C.; FOSS, N.T. Úlceras cutâneas na Hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, São Paulo, v. 82, n.5, p. 433-437, 2007.
- LIMA. H.M.N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com Hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Luis, MA, v. 8, n. 4, p. 323-327, 2010.
- MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com Hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Cianorte, PR, v. 44, n. 1, p. 79-84, 2011.
- MIRANDA, C.S. et al. Informações acerca da Hanseníase aos escolares do ensino fundamental nas escolas do bairro de passagem de areia, em Parnamirim/RN. **Revista Extensão e Sociedade**, Natal, RN, ano 02, v. 1, n. 2, 2010.
- MONOT, M. et al. On the Origin of Leprosy. **Science**, Washington, DC, v. 308, p. 1040-1042, 2005.
- NASCIMENTO, S.S.; OLIVEIRA, D.F.; BARBOSA, L.R. Perfil epidemiológico dos doentes de Hanseníase no município de Anápolis. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**, Valinhos, v. 10, n. 11, p. 52-58, 2007.
- PEDRO, H.S.P. et al. Comparação Entre a Classificação Operacional No Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o Resultado da Baciloscopia. **Hansenologia Internationalis**, São José do Rio Preto, v. 34, n. 2, p. 13-19, 2009.
- PEREIRA, S.V.M. et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, p. 774-780, 2008.
- RIDLEY, D.S.; JOPLING, W.H. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. **Int. J. Lepr.**, v.34, p.255-73. 1966.
- SOUZA, M.M.; SILVA, G.B.; HENRIQUES, M.E.R.M. Significado de ser idoso/doente de Hanseníase. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, v. 07, n. 03, p. 327-332, 2005.
- TRABULSI, L.R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia: Micobactérias**. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 2008. Cap.56, p.431-432.
- WHO. World Health Organization. **Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities: (Plan period: 2006-2010)**. Washington, DC; 2005. Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Guidelines_1-Global_Strategy_Plan_period_06-10.pdf> Acesso em: 18 mar. 2011.
- WHO. World Health Organization. **New case detection rates, data reported to who as of beginning january 2009**. Washington, DC; 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/situation/LEPDRATE2008.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2011.

Diogo Lima Pereira

Atualmente é professor na Faculdade Anhanguera de Anápolis e biomédico - Laboratório Anaclin Genoma Ltda.

Lourenzo Martins de Brito

Mestre em Educação Física com ênfase em Reabilitação Cardiovascular - UnB-DF. Especialista em Anatomia Humana Lato Sensu - PUC - GO, Especialista em Fisiologia do Exercício - UVA - RJ,

Especializando em Metodologia do Ensino a Distância - EAD - AESA - Anhanguera Educacional S.A. Graduado em Educação Física pela UniEvangélica. Professor de Anatomia Humana e Fisiologia Humana e Personal Trainer para população especial.

Adriano Honorato Nascimento

Graduação em Biomedicina pela Universidade Católica de Goiás (1998). Especialista em Hematologia e Banco de Sangue Lato Sensu pela ACT de São José do Rio Preto-SP. Atualmente é Biomédico - Laboratório Santa Clara de Anápolis - Santa Casa de Misericórdia de Anápolis. Tem experiência na área de Biologia Geral, com ênfase em Biomedicina Professor da Faculdade Anhanguera de Anápolis - Curso de Biomedicina

Eduardo Lopes Ribeiro

Graduação em Biomedicina pela Universidade Católica de Goiás (2004), especialista em Microbiologia pela Universidade Federal de Goiás (2005). Atualmente é biomédico do Laboratório da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, professor da disciplina de Micologia na Faculdade Anhanguera de Anápolis. Tem experiência na área de Análises Clínicas, com ênfase em Microbiologia.

Kaley Ricardo Moura Lemos

Atualmente é professor e supervisor de estágio obrigatório do curso de Biomedicina da Faculdade Anhanguera de Anápolis.

Josimar Nogueira Alves

Graduação em Biomedicina pela Faculdade Anhanguera de Anápolis (2012) e graduação em Tecnologia em Redes de Computadores pela Faculdade Anhanguera de Anápolis (2008). Atualmente é estagiário - Laboratório Escola de Análises Clínicas.

Layo César Gonçalves Brandão

Atualmente é estagiário do Hospital Municipal Jamel Cecilio.