

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ANDRÉA MARIA SANTOS MENDES**

**HANSENÍASE: aspectos sociais e históricos de uma  
endemia**

**PATOS DE MINAS  
2009**

**ANDRÉA MARIA SANTOS MENDES**

**HANSENÍASE: aspectos sociais e históricos  
de uma endemia**

Monografia apresentada como exigência parcial para a conclusão do curso de Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Sandra Regina Afonso Cardoso

**PATOS DE MINAS  
2009**

Aos meus pais, irmãos e amigos  
que me apoiaram nessa imensa  
jornada.

## **AGRADECIMENTO**

A Deus pela vida, pela serenidade e confiança.

A meu pai Gaspar Felipe Mendes e à minha mãe Luzia de Fátima Santos, pela paciência perante o estresse deixado pelo trabalho e também pelo apoio e dedicação que me deram em todos os momentos.

À minha professora e orientadora Dra Sandra Regina Afonso Cardoso, pela grande dedicação em todas as etapas deste trabalho

À minha professora de TCC Luciana de Araujo Mendes Silva pela correção do trabalho, compreensão e apoio.

A minha patroa e amiga Dra. Gisèle Cunha Barbosa Safatle, pela versão em inglês, correção ortográfico e incentivo.

Ao meu patrão Prof. Jamil Bastos Safatle pelo apoio.

A minha mãe de coração Professora Ionice Martins de Azevedo Lopez por me segurar nos momentos que achei que não mais conseguiria.

Às enfermeiras Maria José Marques, Mariah Luzia Figueiredo, Priscila Caixeta Nunes Mundim, pelos materiais fornecidos e dúvidas sanadas.

Aos meus amigos e colegas pela compreensão, pois muitas vezes foram trocados pelo trabalho.

Aos meus professores e colegas de curso, pois, juntos, trilhamos uma etapa importante em nossas vidas.

A todos que, de uma forma ou outra, contribuiu para a realização e a finalização deste trabalho.

**MUITO OBRIGADA.**

*“Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito.”*

Albert Einstein

## RESUMO

A hanseníase é uma doença contagiosa transmitida pelo bacilo de Hansen ou *Mycobacterim leprae*. A doença é descrita desde os tempos remotos e, desde então, desperta intenso preconceito social devido aos estigmas sofridos pelos portadores como perda de extremidades, fácies leonina ou evolução desfavorável quando o tratamento não é instituído precocemente. O objetivo do presente trabalho é fazer uma breve revisão sobre os aspectos patológicos e clínicos da hanseníase, incluindo os tratamentos disponíveis apresentam altos índices de cura.

O trabalho também objetiva mostrar os aspectos históricos do preconceito social sofrido pelos portadores de hanseníase e como isto ainda é bastante prevalente mesmo nos dias atuais.

Com esta abordagem, esperamos contribuir para a extinção de antigos conceitos que levavam e levam, até os dias de hoje, os indivíduos portadores a se sentirem discriminados socialmente.

**Palavras-chave:** Hanseníase, Preconceito, Estigma psicossocial, Discriminação Social.

## ABSTRACT

The Hansen's disease is a contagious pathology transmitted by Hansen's bacillus. The disease is described since remote past and from that time on arouses intense social prejudice because of the stigmas suffered by its carriers as loss of the extremities or leonine faces (unfavorable evolution when the disease is not treated precociously). The aim of the present work is to do a brief review about the pathological and clinical aspects of Hansen's disease (including available treatments) which nowadays offer a great possibility of total cure and make an especial approach to the difficulties and discriminations suffered by people who carries the disease. With this approach, we hope we can contribute to the extinction of ancient concepts which made and make until nowadays the individuals who have the disease feel socially discriminated.

**Keywords:** Hansen's disease, Prejudice, psycho-social stigmas

# SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>HANSENÍASE.....</b>	<b>12</b>
1.1	<b>Como Detectar A Hanseníase.....</b>	<b>14</b>
1.2	<b>Tratamento.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>HISTORICIDADE E SITUAÇÃO ATUAL DA HANSENIASE NO BRASIL.</b>	<b>17</b>
2.1	<b>Hanseníases no Brasil.....</b>	<b>21</b>
2.2	<b>Aspectos Epidemiológicos e Clínico da Hanseníase.....</b>	<b>23</b>
2.2.1	Aspectos epidemiológicos.....	25
2.2.2.1	<i>Diagnóstico diferencial.....</i>	<i>25</i>
2.2.2.2	<i>Diagnóstico laboratorial.....</i>	<i>26</i>
<b>3</b>	<b>ASPECTOS PSICOSOCIAIS DO PACIENTE HANSENICO.....</b>	<b>28</b>
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>36</b>

## INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa que afeta principalmente a pele e os nervos.

Conhecida também pelo nome de lepra, morféia ou doença de Hansen (em homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen que a descreveu em 1874), a moléstia é causada por uma bactéria em forma de bastão, o *Mycobacterium leprae*.

Considerando a Hanseníase como uma doença endêmica, de alta prevalência e contagiosa, que tem alto percentual e marginalização social de doentes, sabe-se que ela atinge a sociedade desde a antiguidade.

A melhoria das condições sanitárias e de habitação bem como os progressos da medicina constatou ser a Hanseníase menos contagiosa que outras doenças, além de ser curável com o tratamento adequado ela deixa de ser transmissível após a primeira dose tomada. Mesmo com essa melhora nos países pobres, ainda é alta, a incidência nas regiões, como a Índia, alguns países africanos e sul-americanos e parte da Oceania. No Brasil, está presente em todos os estados e é considerado grave problema de saúde pública.

O primeiro sinal clínico é o aparecimento de manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na pele, em qualquer parte do corpo. Estas manchas são indolores, não incomodam e não são pruriginosas. Nestas regiões os pelos podem cair e a pele ficar com a sensibilidade diminuída. Podem coexistir sensações de parestesia.

A desfiguração típica sofrida pelo hanseniano (como a perda de extremidades devido à lesão óssea) ou a chamada face leonina (em que o rosto se assemelha ao de um leão, com grossos nódulos cutâneos) são sinais avançados da doença. Estas sequelas hoje podem ser evitadas com o tratamento precoce.

Analisar a pessoa portadora de Hanseníase sob o ponto de vista de suas dificuldades e da discriminação perante a sociedade e à família é fazer com que o portador sintá-se protegido, visando o direito e cidadania para promoção de uma vida humana saudável e digna, fazendo com que participe das atividades existentes

para sua recuperação e contribuindo para a divulgação de possibilidades para reinserção na sociedade.

A escolha do tema se deu com base em estudos bibliográficos referente ao assunto “Hanseníase” e os preconceitos sofridos pelo portador.

Considerando a hanseníase como uma doença endêmica, de alta prevalência e contagiosa, que tem alto percentual e marginalização social de doentes, sabe-se que ela atinge a sociedade desde a antiguidade.

# 1 HANSENÍASE

A Hanseníase é uma moléstia infectocontagiosa de evolução lenta, cujo agente etiológico é o bacilo *Mycobacterium leprae*, descrito por Gerhard Hansen em 1873. Este bacilo se reproduz muito lentamente e apresenta alto poder de penetração no organismo humano embora apresente baixo poder infectivo. Isso significa que, quando a maioria das pessoas entra em contato com o microrganismo, mas não desenvolve a doença. Seu período de incubação é longo, variando de dois a cinco anos e o ser humano é a única fonte de infecção que se conhece (BRASIL, 2001; TELAROLLI JÚNIOR, 2001).

Inicialmente, a doença se caracteriza por apresentar manchas de cor avermelhada ou esbranquiçada, pequenas e insensíveis (o paciente não sente o calor, frio, dor ou tato) pelo corpo. Apresenta duas formas, que estão relacionadas às manifestações clínicas do paciente e suas condições imunológicas. A primeira é denominada forma tuberculóide. Nesse caso, não há comprometimentos dos troncos nervosos, trata-se de uma forma benigna e não contagiosa. A segunda é a forma maligna, chamada lepromatosa ou *virchowiana*. Nessa forma, a manifestação clínica é mais severa, com ulcerações, infiltrações difusas na pele e na face, com os doentes apresentando cargas altíssimas de bacilos, configurando, portanto, a forma contagiosa da doença. Entre essas duas formas, existe outra chamada de intermediária, *borderline* ou dimorfa. Nesse caso, os nervos periféricos são acometidos e a carga bacilar tende a ser alta sendo também uma forma contagiosa (BRASIL, 2001; PIMENTEL et al., 2008).

Em qualquer que seja a forma de hanseníase, a utilização da medicação correta irá provocar a morte do bacilo e, conseqüentemente, a cura da doença. No entanto, se o tratamento for tardio ou inadequado, a pessoa pode ficar com sequelas. A doença acomete os nervos periféricos, provocando deformidades e incapacidades que são responsáveis pela marginalização psicossocial do indivíduo acometido. Pessoas tratadas adequadamente, mesmo com deformidades, não transmitem a infecção. No entanto, essas pessoas necessitam de maiores cuidados para evitar que essas deformidades se agravem

A Hanseníase, a despeito dos avanços em seu controle provenientes do emprego dos esquemas poliquimioterápicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda persiste como problema de saúde pública em quinze países endêmicos, entre eles o Brasil (WHO, 2002).

O Brasil está entre os seis maiores países endêmico e possui o segundo maior número de casos de Hanseníase em todo o mundo, sendo classificado como um país do *Grupo 1* (que necessita de atividades de intensificação) (WHO, 2002). A doença é considerada um problema de saúde pública no país e está centrada particularmente em 15 estados considerados endêmicos: Maranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro, Goiás, São Paulo, Minas Gerais, Pará, Mato Grosso, Bahia, Ceará, Amazonas, Paraná, Piauí, Espírito Santo e Roraima. Estes representam 90,34% do número de casos do Brasil com taxa de prevalência de 5,3 por 10.000 habitantes.

Segundo Nemmen (2004) a Hanseníase é uma doença milenar, pois há indícios de sua existência desde épocas anteriores a Cristo. Foi alvo de vários mitos em relação ao seu contágio e ao perigo que representava aos indivíduos sadios que entrassem em contato com os indivíduos acometidos. A hanseníase ainda foi associada à perversão sexual. Segundo o Antigo Testamento, havia alegoria cristã ao explorar a associação entre a “lepra” e a luxúria, afirmando que as doenças de pele são o afloramento de pecados, promovendo dessa forma o perigo do contágio moral.

No Brasil, os primeiros casos de hanseníase foram notificados no Estado do Rio de Janeiro no ano de 1600. Nesta cidade foi criado mais tarde o primeiro “Lazareto” - local onde se abrigavam os doentes de hanseníase, lazarentos ou leprosos. Outros focos da doença foram identificados principalmente na Bahia e no Pará, o que levou as autoridades da colônia a solicitarem providências a Portugal, sem, entretanto, serem atendidas (PENNA, 1994).

Não havia outra medida preventiva que não o isolamento compulsório, mas a mente ensandecida das massas, já sofridas pela fome, pela miséria, pela ignorância, pelas credices e pelas investidas da peste, encontrava naqueles doentes, bíblicamente estigmatizados, os bodes expiatórios ideais para externar suas revoltas. (CARVALHO, 2004).

### 1.1 Como detectar a hanseníase

A primeira coisa a se observar no paciente é a existência de lesões cutâneas de cor mais clara do que a pele. Caso o profissional de saúde se depare com uma pessoa apresentando uma lesão na pele e suspeite do diagnóstico de hanseníase deve confirmar este diagnóstico. Feito isto, deve explicar à pessoa sobre a doença. É importante explicar os sinais e sintomas, examinar e fazer o teste de sensibilidade, examinar nervos, olhos, mãos e pés. Quanto mais cedo for diagnosticada menor a chance de seqüelas (BRASIL, 2008).



**Figura 1:** Presença de mácula no braço esquerdo, suspeita de hanseníase.

Ao paciente portador diagnosticado, deve se atentar para não se machucar na área insensível, pois é muito comum uma ocorrência de acidentes graves sem que os mesmos percebam.

## 1.2 Tratamento

Carvalho (2004) relata que nos últimos anos do século XIII e nos primeiros do XIV as escolas de medicina começaram a projetar e tornar conhecidos estudos relativos à lepra. A partir de estudos clínicos da doença, tentaram encontrar medidas terapêuticas e padronizá-las. Tudo isso com intuito de atenuar o sofrimento dos portadores da doença. Como não conheciam sua causa, nem acreditavam na sua cura, procuraram meios de evitá-la, de controlar sua progressão e, finalmente, de torná-la menos dolorosa.

Os médicos medievais estavam seguros da incurabilidade da doença e diziam ser inútil qualquer medida terapêutica depois de confirmada a doença. Bernard de Gordon ensinava que a lepra, uma vez alcançada sua plenitude, jamais poderia ser curada. E acrescentava:

Nós, os médicos, não deveríamos nos envolver, após a confirmação oficial da lepra, tentando curá-la, exceto se o objetivo é ganhar tempo, pois é possível prolongar a vida, com medicação adequada, capaz de impedir que a matéria melancólica, venenosa, atinja o coração. (Carvalho, 2004. p 91).

Vários tratamentos foram utilizados com o objetivo de curar os doentes como: sangrias e ervas medicinais, carne de víbora, castração e dietas especiais. Dos banhos de imersão em sangue fresco, ainda quente, de virgens ou de crianças, por impraticáveis, passou-se aos banhos em água pura, diários e prolongados (CARVALHO, 2004).

O tratamento atual da hanseníase compreende:

- Quimioterapia específica
- Supressão dos surtos reacionais
- Prevenção de incapacidades físicas
- Reabilitação física e psicossocial (ARAÚJO, 2003).

Com relação aos contatos domiciliares, se o mesmo for considerado de convívio diário com o portador de hanseníase, deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir as recomendações e condutas preconizadas. Não mais se recomenda aprazamento do contato para a segunda dose de BCG (BRASIL, 2008).

No Brasil do século XIX a sociedade começou a procurar seus próprios meios para se livrar da doença. Acreditava-se, por exemplo, que para se curar da lepra seria necessário tomar o veneno da mais peçonhenta das serpentes (a cascavel) e assim obteria-se a cura (CARVALHO, 2004).

A poliquimioterapia é constituída por rifampicina, dapsona e clofazimina acondicionados em quatro tipos de cartelas, com a composição de acordo com a classificação operacional de cada caso: Paucibacilar adulto, paucibacilar infantil, multibacilar adulto e multibacilar infantil (BRASIL, 2008).

Existem tratamentos com outras drogas, disponíveis nos centros de referência para hansenicos com impossibilidade de usar os esquemas padronizados e também para tratamento das reações adversas à quimioterapia convencional (ARAÚJO, 2003).

A alta por cura se dá nos pacientes paucibacilares que tomam 06 doses em um período de 6 a 9 meses e nos pacientes multibacilares após tomarem 12 doses em um período de 9 a 18 meses (BRASIL, 2008).

A poliquimioterapia pode apresentar efeitos colateral tais como: urina avermelhada, escurecimento da pele, forte prurido, manchas avermelhadas e escuras na pele (BRASIL, 2000). Os pacientes multibacilares que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento de 12 doses (BRASIL, 2008).

A avaliação do grau de incapacidade deve ser realizada obrigatoriamente no momento do diagnóstico, na alta e, também, a cada seis meses no tratamento multibacilar. Esse procedimento é fundamental para o planejamento das ações de prevenção de incapacidades e para a obtenção de indicadores epidemiológicos. Esses indicadores possibilitam a análise da efetividade das ações de detecção precoce de casos e a qualidade da assistência prestada durante o tratamento, podendo indicar a existência de casos não diagnosticados na população (BRASIL, 2008).

## 2 HISTORICIDADE E SITUAÇÃO ATUAL DA HANSENIASE NO BRASIL

A época exata do aparecimento de uma doença é muito difícil de ser apontada. Com base em textos antigos, por dados fragmentados e suposições de tradutores dos mesmos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações. Assim acontece com a hanseníase. Muito já foi relatado sobre sua origem e existência. Por outro lado, muitos desses escritos são citações de fontes descrevendo a moléstia sem os seus aspectos peculiares ou datas desconhecidas sobre o seu aparecimento na História.

No entanto, existem referências claras com relação a esta infecção em livros muito antigos. Ao que parece, a patologia já era conhecida na Índia em 1500 a.C., e no *Regveda Samhita* (um dos primeiros livros sagrados da Índia). A doença era denominada de KUSHTA. Contudo, na China, referências ainda mais antigas, feitas em um dos tratados médicos chineses, o *Nei Ching Su Wen*, dão conta de descrições compatíveis com pacientes portadores de hanseníase, por volta de 2600 a.C (OPROMOLLA, 2000).

Segundo CLARO (1995), no Japão antigo, a lepra também era vista como impureza, poluição e manifestação do pecado. Os “leprosos” não participavam dos rituais de purificação e o estigma não atingia somente o doente. Um caso de hanseníase na família sujava toda a linhagem familiar. Essa conduta não foi criada pelos japoneses essa conduta vem desde a História da doença. Para isso se faz necessário esclarecer o estigma:

O termo estigma é utilizado segundo o conceito desenvolvido por Goffman(1963)que encontra nessa manifestação sociocultural três tipos fundamentais:as abominações do corpo,os defeitos de caráter e proveniência social.É evidente que no contexto da hanseníase ,o estigma se refere ao descrédito a qualificação e a marginalização social em função da deformidades físicas do paciente .Uma vez que um individuo é estereótipos com tal rotulo social,que significa impor-lhe uma marca que,de um certo modo ,o reduz a uma condição inferior ao padrão mínimo atribuído a condição humana,restaria a ele duas possibilidades:ou se adequar ao papel marginal a ele designado,ou tentar “encobrir” as marcas que caracterizam o estereótipo estigmatizante(SANCHES et al., 2005).

As chagas são as provas do que não se quer ver ou mesmo entender. Elas são marcas sociais refletidas que exigem exclusão social e não se tem como esconder, pois se tenta a esconder a cabeça, a face e não se consegue tampar, descobrem braços e pernas, ela marca todo o corpo, aguça a percepção sobre o corpo humano e sua expressão com o símbolo e base do social:

Douglas vê o corpo humano como símbolo da sociedade, uma miniatura desta, reproduzindo a estrutura social, cujos limites estariam nas barreiras externas do corpo. Novamente somos levados a refletir sobre as características da hanseníase, que atinge predominantemente a pele e seu mecanismo de defesa, que é a sensibilidade cutânea, ameaçando assim os limites de separação entre o que é estrutura e extra-estrutural. Quando analisamos o estigma sob o ponto de vista da oposição entre o sagrado e o profano, encontramos em Douglas a definição de santidade como “unidade, integridade, perfeição do indivíduo e da espécie” e o exemplo bíblico da necessidade de purificação ritual para que leprosos pudessem aproximar-se do templo, ou seja, do local sagrado. O leproso era considerado punido por suas graves culpas e era por essa razão que devia ser isolado da convivência dos homens. Porém, era-lhe permitida a entrada na cidade em ocasiões particulares, como na semana santa, para que não fosse privado da ajuda divina. Em Módena, os leproso deviam a cada sexta-feira limpar a praça comercial por ocasião da feira. É evidente por estas duas exceções que o isolamento desses homens tinha como objetivo evitar mais o contágio com o pecador do que com a doença contagiosa (CLARO, 1995, pg37-38)

Séculos antes do nascimento de Cristo, no Velho Testamento, existem relatos quanto à existência da hanseníase entre os judeus na época do êxodo. O termo “*tsaraath*”, no hebraico, significava uma condição anormal da pele dos indivíduos, das roupas, ou das casas que necessitava de purificação. Segundo o Livro Sagrado, o “*tsaraath*” na pele dos judeus seria “manchas brancas deprimidas em que os pelos também se tornavam brancos (OPROMOLLA, 2000).

Entretanto, a hanseníase não era conhecida na Europa na época de Hipócrates (467 a.C.). Em seus trabalhos não há referência a qualquer condição que se assemelhasse àquela doença. Admite-se que foram as tropas de Alexandre, o Grande, quando voltaram à Europa, depois da conquista do mundo então conhecido, que trouxeram soldados infectados com a doença nas campanhas realizadas na Índia (300 a.C.) . Tempos depois, as conquistas romanas se encarregaram de disseminar a doença para outras regiões européias (OPROMOLLA, 2000).

A história da hanseníase difere da história de qualquer outra doença, porque ela penetra fundo no campo sombrio da história da “lepra”. Entretanto, a história da “lepra” não é a história de uma doença; é, antes, a história de um preconceito que levou suas vítimas à total marginalização, marcando-as com um estigma terrível.

Surgiu na estrada um dos bandos miseráveis de leprosos [...] se arrancham em Minas Gerais e outros Estados, nos arredores das cidades [...], conforme os regulamentos policias, descem a esmolar pelas portas [...] De feições inchadas e fantasmagórica[...] montando cavalos esqueléticos chagados e sem pêlo [...] os que os avistam torcem o caminho ou escondem-se nalguma maciço de arbustos[...] As crianças agarram-se as mães, os cães uivam soturnamente[...], repudiados, temidos [...] Nas cidades, não podem apear-se de cima dos animais estendem o chapéu á esmola[...] Os que lhes dão fazem-no sem aproximar-se, atirando-lhes os níqueis a distancia[...] Tem-se sede, ninguém lhes oferece o seu copo: passam-lhes uma garrafa de águas e não pega de volta[...] Eles compreendem que estão na vida 'sobrando'(CARVALHO, 2004, p. 4).

A lepra teria atingido todo o sudeste asiático, a Indonésia e o leste do Japão. A doença continuou sua disseminação pela Europa depois da queda do Império Romano e no início da Idade Média, atingindo o seu máximo, naquele continente. Entre os anos 1000 e 1300 d.C, coincidindo com o período das Cruzadas que, com certeza, concorreu para o aumento do número de doentes. Hoje, na Europa, ainda persistem focos de hanseníase em Portugal, Espanha, Rússia e Turquia (OPROMOLLA, 2000).

A falta de conhecimentos clínicos e imunológicos levou, antes da descoberta das verdadeiras causas, a hipóteses que apontavam o caráter hereditário da hanseníase. Em inícios do século XX, a doença começou a ser vista como uma “moléstia” merecedora de atenção médico e social. O acumulo de conhecimentos científicos facilitou o desenvolvimento de medidas de contenção. Mas os aspectos cognitivos, preventivos e terapêuticos representaram um chão instável e sujeito a profundas controvérsias (CASTRO; FARIA; MENEZES, 2004).

Nas Américas, a enfermidade deve ter chegado com os colonizadores entre os séculos XVI e XVII. Hoje, todos os países sul-americanos possuem portadores de hanseníase com exceção do Chile. O Brasil é o que apresenta a prevalência mais alta, sendo o segundo país do mundo no número de casos. No Brasil, os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase em nosso território datam do fim do século XVII. Em 1696, o governador Arthur de Sá e Menezes procurava dar assistência aos “miseros leprosos” no Rio de Janeiro. Estes já existiam em número apreciável. O Brasil e em especial o estado de São Paulo, adotaram o modelo isolacionista. Este consistia em internação compulsória de todos os pacientes portadores da doença no início da década de 1930. Esse modelo estava sendo utilizado também em outros países endêmicos. Essa política pretendia eliminar a

Hanseníase (para a qual não havia ainda tratamento), afastando os doentes da comunidade, internando-os em Asilos-Colônias (OPROMOLLA, 2000).

Conhecida há séculos como uma enfermidade que peregrina lentamente, com alterações morfológicas e fisiológicas, até hoje a hanseníase desafia conceitos e convicções sobre seu tratamento e proliferação. A doença passou a fazer parte da dramaturgia do sofrimento humano desde a Antigüidade, mas sua analogia etiológica remonta apenas ao final do século XIX, quando o médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, ao analisar material de lesões cutâneas, descobriu o *Mycobacterium leprae* (CASTRO; FARIA; MENEZES, 2004).

## 2.1 Hanseníases no Brasil

Os primeiros casos de hanseníase notificados no Brasil ocorreram no Estado do Rio de Janeiro no ano de 1600, onde mais tarde se fez necessário a criação do primeiro hospital destinado aos “Lazaretos”. O local onde se abrigavam os doentes de hanseníase, lazaretos ou leprosos chamava lazareto. Outros focos da doença foram identificados principalmente nos estados da Bahia e do Pará, o que levou as autoridades da colônia a solicitarem providências a Portugal, sem, entretanto, serem atendidas (PENNA, 1994).

A Hanseníase era a única doença conhecida como enfermidade grave, que deformava e os acometidos, que não tinha cura, porém, não matava suas vítimas. De fato, em seu curso natural, incurável por natureza, a enfermidade poderia levar à morte, embora fosse de prognóstico favorável em relação à vida. Entretanto, a morte, na maioria dos casos, vinha em consequência de outras doenças intercorrentes e não por hanseníase (CARVALHO, 2004).

Até recentemente a hanseníase não tinha tratamento específico. As medidas de tratamento foram descobertas por volta de 1940, trazendo a possibilidade no tratamento ambulatorial. Na década de 1960 a clofazimina vem apoiar com a recomendação do tratamento ambulatorial. Apenas nos anos 70, com o surgimento da rifampicina, por sua atuação bactericida, iniciou-se o conceito de cura. A partir de 1989 a poliquimioterapia foi introduzida no Brasil, se constituindo em instrumento fundamental na eliminação da doença (BRASIL, 2001).

A hanseníase não assustava apenas os pobres também ameaçava as elites e as autoridades sanitaristas em toda a América Latina. Em Diários de Motocicletas, filme dirigido por Walter Salles, inspirado nos diários do jovem Ernesto Guevara e o amigo Alberto Granado este fato é muito bem retratado: se passa em um leprosário em San Pablo, na Amazônia Peruana, em junho de 1952. Che descreve os momentos da despedida:

Um grupo de pacientes da colônia veio até a sede, para uma festa de despedida para nós dois. [...] diversos deles nos deram adeus com lágrimas nos olhos. Seu apreço veio do fato de que nós não usamos, sobretudo ou luvas, de que apertamos suas mãos [...] sentamos ao seu lado conversamos sobre assuntos variados e jogamos futebol com eles [...] o benefício psicológico de essas pobres pessoas [...] serem vistas como seres humanos normais incalculáveis e o risco de ser contaminado incrivelmente remoto (CASTRO-SANTOS, 2006).

O tratamento é muito importante na estratégia de controle da doença, enquanto problema de saúde pública. Ele tem o objetivo de interromper o mecanismo transmissão da infecção, quebrando a cadeia epidemiológica, como também, prevenir incapacidades, promover a cura e a reabilitação física e social do doente (CASTRO; FARIA; MENEZES, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2000 e 2005, criou uma estratégia, cuja finalidade foi tornar acessível a todos os indivíduos afetados, atividades como serviço de saúde mais próximo, possibilidade de diagnóstico, aconselhamento ao paciente e a sua família, educação comunitária, prevenção de incapacidades e deficiências, reabilitação e encaminhamento especializados nas complicações e prevenção, reabilitação e cura, além da educação familiar objetivando eliminar a hanseníase como problema de saúde pública em âmbito social (OMS, 2005).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) esteja anunciando a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, (isto significa chegar a uma prevalência de menos de um paciente para cada 10.000 habitantes), no início do terceiro milênio, a doença continua sendo um sério problema no mundo (WHO, 2002).

Com a introdução da poliquimioterapia (PQT), a partir de 1981, houve uma redução drástica da prevalência da hanseníase. A prevalência global foi reduzida em mais de 80% nos últimos 10 anos. Em 1997 a estimativa mundial era de 1,15 milhões de casos em contraste com os 10 a 12 milhões de casos estimados na década de

70. Cerca de 0,89 milhões dos casos estavam em tratamento, no início de 1997, contra 5,4 milhões de casos em 1985. Contudo cerca de 560.000 casos novos ainda são detectados a cada ano no mundo. Cerca de dois bilhões de pessoas vivem em países onde a prevalência é maior do que um doente para cada 10.000 habitantes e aproximadamente dois milhões de doentes têm incapacidades físicas devido à doença (NEMMEN, 2004).

O isolamento já começava a ser questionado pelos médicos. Para muitos, era inútil como procedimento de prevenção e tratamento. Desde os tempos da monarquia no Brasil, eram consideráveis os relatórios e documentos que ilustravam a situação miserável a qual estavam submetidos os doentes nos hospitais, leprosários e dispensários, em vários estados brasileiros. Como por exemplo, no Hospital de Lázaros, em São Cristóvão, na capital federal, médicos descreviam as péssimas instalações, o sofrimento dos pacientes e os tratamentos impróprios (SANCHES et al., 2007, p. 419).

As maiores regiões endêmicas do Brasil são a Centro-Oeste (taxa de prevalência de 11,82 por 10.000), Norte (taxa de prevalência de 9,08 por 10.000) e Nordeste (taxa de prevalência de 6,13 por 10.000). A região Nordeste tem o maior número de casos de hanseníase (28.674), representando 36,91% do número de casos no País (BRASIL, 2001). Além disso, analisando a tendência da endemia hanseníase no Brasil nos últimos 10 anos (1990-2000), percebe-se um aumento de 130,6% da taxa de detecção — de 1,89 para 2,47 por 10.000 —, significando uma melhora do acesso a serviços de diagnóstico e poliquimioterapia. Como consequência, percebe-se uma redução de 74,7% da taxa de prevalência — de 18,5 para 4,68 por 10.000 (BRASIL, 2001).

Atualmente, a maior prevalência da hanseníase se encontra no Sudeste Asiático, seguido de regiões da África e das Américas. O Brasil é o segundo país com o maior número de casos registrados, estando atrás apenas da Índia. No Brasil após a assinatura do compromisso para a eliminação da Hanseníase, em 1991, houve uma redução da prevalência de 60%, em decorrência das altas por cura. Além disso, houve um aumento na detecção de casos novos em mais de 100% (NEMMEN, 2004).

## **2.2 Aspectos Epidemiológicos e Clínicos da Hanseníase concordância nominal**

### **2.2.1 Aspectos epidemiológicos**

A vigilância epidemiológica no Brasil, baseado em notificação dos casos confirmados. Utiliza o sistema universal e passivo com apoio e adoção da vigilância de casos comunicantes (BRASIL, 2008)

Notificação: a hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território Nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN (BRASIL, 2008).

Definição de caso: a Organização Mundial de Saúde define como caso pessoas que apresenta um ou mais dos seguintes critérios do diagnóstico: lesões de pele com alterações de sensibilidade, espessamento de nervo(s) periférico(s), acompanhado de alterações sensitivo-motoras e baciloscopia positiva para o bacilo de Hansen, com ou sem história epidemiológica e que necessite de tratamento quimioterápico (BRASIL, 2006)

Acompanhamento dos casos: a hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os gêneros, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças menores de quinze anos adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres na maioria das regiões do mundo (BRASIL, 2006).

Por ser doença infecciosa crônica, os casos notificados demandam atualização das informações do acompanhamento na UAPS por meio do preenchimento do Boletim de Acompanhamento de Casos/SINAN. O boletim deve ser encaminhado ao final de cada mês ao nível hierárquico superior, contendo as informações sobre: data do último comparecimento, tipo de alta, data da alta, avaliação do grau de incapacidade na alta, número de contatos examinados, situação administrativa e o número de doses de PQT/OMS administradas. As alterações dos casos no SINAN só poderão ser feitas no primeiro nível informatizado (BRASIL, 2008).

Investigação epidemiológica de contato: a investigação consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos detectados.

Deverá ser feita a orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas precoces da hanseníase. Deve-se ter especial atenção na investigação dos contatos de menores de 15 anos, já que esta situação de adoecimento mostra que há transmissão recente e ativa que deve ser controlada (BRASIL, 2008).

Após avaliação, se o contato for considerado indene (não-doente), avaliar a cicatriz vacinal de BCG (quadro 01) e seguir a recomendação das novas condutas preconizadas, que não mais recomendam aprazamento do contato para a segunda dose (BRASIL, 2008).

#### **Quadro 1:** Avaliação da cicatriz vacinal de BCG

<b>Avaliação da cicatriz vacinal de BCG em contato intradomiciliar</b>	<b>Orientação</b>
Sem cicatriz de BCG	Prescrever uma dose de BCG ID
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose de BCG ID
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose de BCG

**Fonte:** Brasil, 2008

#### 2.2.2 Aspectos clínicos e laboratoriais Diagnósticos clínicos

Os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação nas quatro formas clínicas (indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana) podem ser utilizados nas áreas com profissionais especializados e em investigação científica. Entretanto, a ampliação da cobertura de diagnóstico e tratamento impõe a adoção da classificação operacional (paucibacilar e multibacilar), baseada no número de lesões (BRASIL, 2006).

##### 2.2.2.1 Diagnóstico diferencial

As seguintes dermatoses podem se assemelhar a algumas formas e reações de hanseníase e exigem segura diferenciação:

- Eczemátides
- Nervoacrômico
- Pitiríase versicolor
- Vitiligo
- Pitiríase rósea de Gilbert,

- Eritema solar,
- Eritrodermias
- Eritemas difusos vários,
- Psoríase,
- Eritema polimorfo,
- Eritema nodoso,
- Eritemas anulares,
- Granuloma anular,
- Lúpus eritematoso,
- Farmacodermias,
- Fotodermatites polimorfas,
- Pelagra,
- Sífilis,
- Alopecia areata (pelada),
- Sarcoidose,
- Tuberculose,
- Xantomas,
- Esclerodermias,
- Neurofibromatose de Von Recklinhausen (BRASIL, 2006).

Os casos com comprometimento neural e sem lesão cutânea assim como os que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados à unidade de saúde de referência para confirmação diagnóstica; no entanto, a atenção primária deve manter-se acompanhando este paciente (BRASIL, 2008).

O diagnóstico, portanto, baseia-se na identificação, dos sinais e sintomas e, uma vez diagnosticado, o caso de hanseníase deve ser classificado, operacionalmente, para fins de tratamento em:

- Paucibacilar (PB): caso com até 5 lesões de pele;
- Multibacilar (MB): caso com mais de 5 lesões de pele.

O diagnóstico da doença e a classificação operacional do paciente em paucibacilar ou em multibacilar são importantes para que possa ser selecionado o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso (BRASIL, 2005).

### 2.2.2.2 Diagnóstico laboratorial

É um apoio para o diagnóstico clínico e também serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando comparado ao resultado no momento do diagnóstico e da cura (quadro 1 ).

A baciloscopia é o exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados dérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados (quadro 2) (BRASIL, 2002).

**Quadro 2:** Sinopse para classificação das formas clínicas da hanseníase

Classificação			
Clínica	Baciloscopia	Forma clínica	Classificação
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritematosas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos.	Negativa	Indeterminada (HI)	PB Até 5 lesões de pele
Placas eritematosas hipocrômicas, bem definidas, hipo ou anestésicas, comprometimento de nervo.	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões eritematosas, planas, com centro claro. Lesões eritemato-pigmentares, de tonalidade ferruginosa ou pardacenta. Apresenta alterações de sensibilidade.	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou Negativa	Dimorfa (HD)	MB Mais de 5 lesões de pele
Eritema e infiltração difusa, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

**Fonte:** Brasil, 2008

**Quadro3:** Classificação do grau de incapacidade

Grau	Características
Zero (0)	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
Um (1)	Diminuição ou perda da sensibilidade dos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés (não sente 2 g)
Dois (2)	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 cm. Mãos: lesões tróficas e/ou traumáticas: garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas: garras; reabsorção; pé caído; contratatura do tornozelo.

**Fonte:** (OMS, 2008)

Para entender o que é Hanseníase, e, o que a sociedade sente devido ao seu preconceito, basta olhar para si e tentar se imaginar com hanseníase.

### 3 ASPECTOS PSICOSOCIAIS DO PACIENTE HANSENICO

Em pleno século XXI, apesar de tantas mudanças e lutas vencidas contra o preconceito e o racismo, a hanseníase ainda é motivo de marginalização social, revolta e omissão por parte dos familiares, amigos de trabalho e do próprio portador. Nota-se que a sociedade necessita de pessoas preparadas nas visitas domiciliares para o esclarecimento de dúvidas sobre a doença o que diminui o medo e pode ajudar no diagnóstico precoce, uma vez que o portador se sente encorajado a procurar assistência médica.

Na tentativa de acabar com o estigma ligado à palavra “lepra” e de tirar o portador do ostracismo social e marginalidade forçada, no Brasil, a expressão “lepra” foi substituída por hanseníase. A mudança do nome teve dois objetivos: acabar com o estigma ligado a “lepra” e homenagear Armauer Hansen, o descobridor do bacilo causador da doença (CARVALHO, 2004).

Mesmo sabendo que a hanseníase tem cura e que, se tratada, não é transmissível, o portador ao receber o diagnóstico tende a camuflar a doença e ser estigmatizado. O apoio da família é de fundamental importância nessa fase difícil da vida, pois se estiver bem esclarecida sobre o assunto e orientada não corre risco de abandonar o portador com temor de adquirir a doença. (revista Espaço para saúde, 2005).

A discriminação ao portador de hanseníase dá-se devido à falta de conhecimento sobre a natureza da doença, sua transmissão e suas formas de tratamento. Poucos sabem que “lepra” tem cura. Essa postura discriminatória inibe as pessoas portadoras de frequentar lugares públicos pelo receio de serem rejeitados (BRASIL, 2008).

As pessoas que possuem convívio diário e prolongado com o portador podem se infectar, mas isso não significa que irão desenvolver a doença. Neste sentido, devem ser examinadas e orientadas sobre o que fazer caso apareça algum sinal ou sintoma da enfermidade. Essas pessoas de convívio diário com o hansenico são orientadas à quimioprofilaxia realizada através da vacinação com a BCG (BRASIL, 2006).

No Brasil a hanseníase é considerada um problema de saúde pública, apresentando alta incidência e, conseqüentemente, diminuição da vida produtiva do paciente (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde coloca como responsabilidade dos profissionais de saúde da equipe, o levantamento epidemiológico e operacional, o planejamento das ações de assistência e controle do paciente e contatos a mobilização da sociedade, as ações de prevenções e promoções da saúde e todas as ações conduzidas à família e a comunidade. Possibilitam, dessa maneira, o acesso da comunidade às informações, ao diagnóstico precoce, interrompendo, dessa forma, a cadeia de transmissão da doença. A integração de ações preventivas, promocionais e assistenciais implica na assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação de um modelo assistencial integral, humanizado e comprometido com o atendimento das necessidades e com a garantia do direito à saúde da população (BRASIL, 2005).

Durante toda a História da hanseníase, duas características fundamentais próprias a esta doença permaneceram inalteradas: o medo dos não doentes de adquirir a doença e a segregação e marginalização em relação aqueles que apresentam a infecção.

Entrevista de uma paciente portadora de Hanseníase em tratamento:

“A única coisa que interferiu foi que separei tudo (...) durmo na mesma cama com meu marido, mas coloco lençol separado. Meu marido faz sexo, mas não beija, ele perguntou para o médico. Faz dois anos que não beijo meu marido e minha filha.” (Z. 33 anos) (CASTRO-SANTOS, 2006).

Uma das maneiras de se avaliar a precariedade do diagnóstico é por meio da ocorrência de incapacidades físicas na ocasião do exame. Essas incapacidades físicas são resultado de uma procura tardia pelo serviço de saúde por parte do paciente ou pela falta de um programa de educação em saúde que passe as informações de forma mais clara, sobre as características da doença, formas de transmissão e tratamento (LANA, 2007).

“... na minha família tem meu pai e uma tia que teve que já morreu, mas fez tratamento, por isso foi que percebi que era hanseníase. Eu não abria a boca para saber a opinião deles (profissionais de saúde (...)) para não me precipitar e eles dizer que não era, poderia ser outra coisa (...) eu queria que fosse uma coisa parecida menos ela (hanseníase) e o meu medo também é que ela não mata, mas aleija e pega (...) o pai nunca admitiu que era hanseníase, dizia que era um germe...”(CN, 9 anos, por RSS, sexo masculino, forma T) (CASTRO-SANTOS, 2006).

Alcançar as metas propostas para 2011 depende da melhoria dos resultados de indicadores pactuados nas instâncias gestoras do SUS, que tem como objetivo a cura de todos os casos diagnosticados precocemente, a vigilância de contatos, especialmente nos casos menores de 15 anos, avaliação e monitoramento das incapacidades físicas apresentadas pelos casos já diagnosticados tardiamente, entre outros. Isso somente se tornará possível com a expansão do acesso às oportunidades de diagnóstico, tratamento e vigilância (BRASIL, 2008).

Para Mendes (1987) o profissional de saúde deve enxergar além da moléstia, o paciente como um todo. Não se assegurar apenas de que o paciente está tomando os medicamentos, se veio à consulta de rotina, porque isso é fácil. O mais importante é saber como o paciente se sente, isso sim é muito importante.

Quando se dá abertura ao paciente portador de hanseníase, é normal que eles falem de situações delicadas vividas devido ao preconceito ainda existente, mesmo dentro do convívio familiar ou fora. É necessário que a equipe de saúde esteja preparada para conversar com o portador e ajudar a superar essas situações delicadas.

Claro (1995) descreveu a situação vivida pelos filhos de pais portadores de hanseníase. Os parentes se negavam a adotar as crianças, pois tinham receio de adquirir a moléstia ou transmiti-la para os outros membros da família.

A incerteza da cura e a falta de conhecimento em relação à hanseníase são fatores que preocupam os portadores. Chida (1990) relata que por mais que o desejo da cura seja grande, muitos querem saber como adoeceram, pois acreditam que sabendo como adoeceram encontrarão a cura.

Na figura 3 mostra as crianças do Asilo de Santa Terezinha, preventivo que preferia os recém nascidos e do sexo feminino.



**Figura 1:** Crianças do Asilo de Santa Terezinha

**Fonte:** Arquivo da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária

O problema com essas crianças foi tão grande que várias discussões foram travadas, principalmente entre a classe médica, para tentar solucioná-lo. Por isso, Souza Araujo, apoiado basicamente nos resultados apresentados na 2ª Conferência Internacional da Lepra realizada em Bergen no ano de 1909, apresentado em 1916 no 1º Congresso pelos médicos Paulistas, realizou estudos e logo após, escreveu um livro, onde descreveu a situação dos menores que foram adotados por vários países endêmicos e sua importância na profilaxia da enfermidade (ARAUJO, 2003).

(...) não acreditamos que essas criancinhas (...) amanhã quando adultas tenham fácil acesso em nossos lares, em nossa sociedade. Estarão condenadas a constituir um grupo à parte e, como párias, terão que viver à margem da nossa sociedade. Serão expansionistas do Asylo Santa Terezinha! Senão no physico, pelo menos moralmente carregarão para sempre a herança paterna. Se em face das leis da eugenia não são elementos recomendáveis se-lo-ão como factores econômicos positivos?(...) Maldirão por certo a nossa falsa caridade que permitiu a sua existência (LEMOS 1939)

Esses menores abandonados não pelos pais, mas sim pela situação da sociedade que até aquele momento não conhecia os mecanismos de transmissão da doença, viviam à mercê da própria sorte, não podendo frequentar lugares públicos, receber visitas e eram tratados em regime muito rigoroso:

Lá era muito pobre, a alimentação era muito pobre (...). Nós não tínhamos esportes, recreação nada. Depois que eu sai é que começou a melhorar um pouco,mas não enquanto estive lá,não tinha nada(...).No natal a gente ganhava brinquedo.E a gente comia frango.Também era só no natal.Ia lá um pessoal de São Paulo,umas senhoras,acho que eram de alguma associação e elas levavam brinquedos para nós...Todo ano”(CLARO, 2008)

Os hansenólogos paulistas escreveram sobre preventórios e se posicionavam a favor da interação dessas crianças internadas com a sociedade. Pois acreditavam que, dessa forma pudessem diminuir ou acabar aos poucos com o estigma.

A freqüência a igreja, ao cinema e comemorações públicas, festividades, etc. Acabam por completar a readaptação dos menores, diminuindo ou banindo o estigma que pesa sobre eles (SOUZA, BECHELLI, 1948).

A falta de conhecimento era a maior arma para o desassossego das crianças filhas de pais portadores de Hanseníase, pois se as pessoas dessa época soubessem como se adquiria e como era transmitida a doença esse castigo não seria imposto às pobres crianças. Estas não conseguiam constituir um vínculo familiar efetivo ou mesmo com pessoas de convívio diário.

Nós estudávamos lá mesmo. Para quem tinha oito anos tinha grupo escolar dentro do preventório, nós não saíamos fora. Ali tinha do 1º ao 4º ano. (...) Eu tive mais sorte porque eu consegui estudar. Não tinha nada de ginásio do Estado. Tudo era particular. O ginásio da cidade tinha que oferecer duas vagas de graça e uma vaga foi oferecida para o Preventório (...) e eu que fiquei com vaga e pude estudar. (...) mas era uma dificuldade, porque eles não me davam livros, não davam cadernos... Era uma dificuldade. Quem me ajudava muito era uma senhora que depois me batizou lá, sabe ela era uma funcionária, então ela me ajudava.(LANA, 2003)

Os meninos trabalhavam no campo (figura 4), e esse trabalho era considerado como ferramenta de disciplina como destacou Nelson de Souza Campos. Ele indicava que o trabalho fosse atribuído ao maior número possível de internados, do sexo masculino e feminino, fazendo exercer funções que lhes cabiam. Ele acreditava que dessa maneira deixariam as crianças mais dóceis facilitando a administração dos mesmos (SOUZA; BECHELLI. 1948)



**Figura 1:** crianças do sexo masculino de 8 anos trabalhando

**Fonte:** Arquivo da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária

As crianças do sexo feminino trabalhavam nos afazeres domésticos, costuras e remendo, bordados, etc. Quando os meninos atingiam a idade de oito anos, eram divididos nos leves trabalhos no campo, jardinagem, tratar dos animais domésticos, hortaliças, pomar e etc (SALOMÃO, 1998).

Segundo WHO (2000), a falta de conhecimento sobre o curso da doença ainda causa muitas dúvidas na sociedade. E são as mesmas perguntas do passado: se é transmissível, como se adquire e até onde ela pode castigar. Isso ocorre por que o homem é o único ser vivo capaz de desenvolver a doença, o que torna impossível o cultivo da *Mycobacterium leprae* em laboratórios. Este fato não permite a realização de experiências sólidas. O resultado diferente ao proposto pelo tratamento também causa certa insegurança, por apresentar resultados diferentes do esperado, como pessoas consideradas curadas terem recidiva antes ou durante o tratamento e aparecer lesões.

Nessa época, milhares de famílias foram desvinculadas, pais separados dos filhos e seus lares queimados. O isolamento compulsório com o intuito de evitar a transmissão da doença foi uma medida sanitária que acabou violando os direitos humanos (BRASIL, 2008).

Hoje, no Brasil, existe uma pensão especial para pacientes de hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsória em hospitais-colônias.

Ela é mensal, vitalícia e intransferível e reconhecida pelo Governo Federal que sancionou a Medida Provisória nº. 373/07, convertida na Lei nº 11.520/2007.

## CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado pode-se perceber que a hanseníase é uma doença de importância epidemiológica, pois através da notificação epidemiológica é possível controlar os casos comunicantes. A hanseníase ainda gera preconceito na sociedade devido à falta de conhecimento relacionado à forma de transmissão, tratamento e cura da doença.

Apresenta alta incidência e baixa prevalência; seu diagnóstico é basicamente clínico. O tratamento é direcionado por idade e quantidade de máculas. Apesar de existirem terapias alternativas como grupos de apoio ao portador de Hanseníase, fisioterapias e tratamento de cicatrizes e deformidades, estas são pouco divulgadas e boa parte dos hansenicos não têm conhecimento de sua existência. Uma divulgação para a proteção constitucional ao portador da doença se faz necessária para que, assim, o direito de cidadania e promoção de uma vida saudável e digna se torne uma realidade.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 3, p. 373-382, mai/jun, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.11-35. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseniase.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf) Acesso: 02 out 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. 2. ed. Brasília, p. 66-70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Hanseníase. In: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação nacional de Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: aspectos clínicos de Vigilância Epidemiológica e de Controle - Guia de bolso**. Brasília, 2006, p. 151- 156. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_bolso\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_4ed.pdf). Acesso: 12 Nov 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. 364 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia\\_Vig\\_Epid\\_novo2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf). Acesso em: 01 nov 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1073/GM de 25 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, n. 28 p. 18, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 114 p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>. Acesso: 01 Nov 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2001 – 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao\\_hansen\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao_hansen_2007.pdf). Acesso 30 ago 2009.

CARVALHO, G. B. **Reis, Papas e “Leprosos”**. Belo Horizonte: Pelicano, 2004.

CASTRO, S. L. A. FARIA L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira Estudos e População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008.

CASTRO-SANTOS, L. A. Uma história brasileira das doenças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?Pid=S0102-311X2006000600025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?Pid=S0102-311X2006000600025&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 ago. 2009

CHIDA, A. M. **Orientação sistematizada a pacientes internados com doença transmissível**. 1990. 51 f. São Paulo, (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase**: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

LANA, F. C. F et al. Distribuição da hanseníase Segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas gerais, Brasil. **Hansenologia Internacionalis**, Bauru, v. 28, n. 2, p. 131-137, 2003.

LEMOS F. **Um problema de eugenia**. Rio de Janeiro: Correio *da Manhã*, 1939.

MENDES, I. J. M. **O ser hanseniano**. 1987. 98 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1987.

NEMMEN, L. P. Lepra, Perseguição e Segregação na Idade Média. In: 4ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC, 2004, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Disponível em: [htt://www.sepex.ufsc.br/ anais\\_4/trabalhos/643](http://www.sepex.ufsc.br/anais_4/trabalhos/643). HTML >Acesso em: 27 out. 2006.

PENNA, G. O. Hanseníase: epidemiologia e controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 27, n.3, p. 37-44p., 1994.

OPROMOLLA, D. V. A. História. [s.n.: s.], 2000. Disponível em: <[http://hansen.bvs.ilsi.br/textoc/livros/OPROMOLLA\\_DILTOR\\_nocoas/PDF/hist.pdf](http://hansen.bvs.ilsi.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoas/PDF/hist.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2009

PIMENTEL, M. I. F, et al. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. *Anais Brás Dermatol. Rev Bras Enferm*, Brasília; v. 7, n. 8, 2008.

SALOMÃO, A. Dados epidemiológicos sobre 725 crianças filhas de hansenianos fichadas no Preventório de São Tarcísio em treze anos de funcionamento. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n.1, jan./jul. 1998. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901998000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso: 12 out. 2009

SANCHES, L. A. T. et al. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1988 a 2005. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 40, n.5 set./out., p. 541-545, 2007.

SOUZA CAMPOS, N.; BECHELLI, L. M. Organização e funcionamento de preventórios. *Imprensa Nacional*, Rio de Janeiro, 1948.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho, **Epidemias no Brasil – uma abordagem biológica e social**, 8.ed. São Paulo: Moderna, 2001,

WHO. **The Elimination of Leprosy as a Public Health Problem: Status Report 2001**. Geneva: 2002, 62 p.

WHO. **The final push towards elimination of leprosy: strategic plan2000-2005**. Geneva, 2000. Disponível em: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Guidelines\\_1-Global\\_Strategy\\_Plan\\_period\\_06-10.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Guidelines_1-Global_Strategy_Plan_period_06-10.pdf)>. Acesso: 02 nov 2009.