

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência

Clinical and epidemiological profile of patients affected by Leprosy seen in a reference unit

Maria Eduarda de Macêdo Basso¹, Rodrigo Luís Ferreira da Silva²

Recebido da Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase. **MÉTODOS:** Estudo transversal-observacional realizado em uma unidade de referência com 52 indivíduos afetados pela hanseníase, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Para a coleta de dados, utilizaram-se um questionário socioeconômico e clínico, e a Avaliação Neurológica Simplificada para a determinação do grau de incapacidade física preconizado pelo Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** Observou-se o predomínio do sexo masculino (76,92%), com faixa etária entre 41 e 50 anos (30,76%), solteiros (46,15%), com Ensino Fundamental incompleto (51,92%), residindo no município de Santarém (84,61%), lavradores (36,53%), sem exercer nenhuma atividade laboral (73,08%), sem receber benefício da previdência social (73,08%), com renda mensal entre um e dois salários mínimos (55,76%), com classificação operacional multibacilar (96,15%), forma clínica dimorfa (32,69%), com alta da poliquimioterapia (65,38%) e que não realizavam tratamento medicamentoso para quadros reacionais (63,43%). O grau I de incapacidade física foi o mais frequente (50%), seguido do grau II (40,39%). **CONCLUSÃO:** Mais pesquisas regionais devem ser realizadas para a compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia na região estudada. Ações de vigilância epidemiológica devem ser intensificadas para a realização do diagnóstico e do tratamento precoce da hanseníase na região.

Descritores: Hanseníase/diagnóstico; Hanseníase/epidemiologia; Perfil de saúde; Pessoas com deficiência; Brasil/epidemiologia

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the clinical and epidemiological profile of patients affected by leprosy. **METHODS:** Cross-sectional, observational study conducted in a Reference Unit with 52 individuals of both genders, over 18 years, affected by leprosy. For data collection a socioeconomic and clinical questionnaire, and the Simplified Neurological Assessment was used for determining the degree of physical disability recommended by the Ministry of Health. **RESULTS:** The predominance of males (76.92%) was observed. They were between 41 and 50 years (30.76%), single (46.15%), with incomplete primary education (51.92%), residing in the city of Santarém (84.61%), farmers (36.53%), who have no work activity (73.08%) and do not receive the social security benefit (73.08%), with monthly income between one and two minimum wages (55.76%), multibaccillary operational classification (96.15%), clinical dimorphic form (32.69%), with high multidrug therapy (65.38%), and who were not under drug treatment for drug reaction cases (63.43%). Grade I physical disability was the most frequent (50%), followed by grade II (40.39%). **CONCLUSION:** More regional researches should be performed to understand the factors contributing to the endemic continuation in the studied region. Epidemiological surveillance actions must be intensified for the diagnosis and early treatment of leprosy in the region.

Keywords: Leprosy/diagnosis; Leprosy/epidemiology; Health profile; Disabled persons; Brazil/epidemiology

1. Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

2. Universidade Estadual do Pará, Santarém, PA, Brasil.

Data de submissão: 06/05/2015 – Data de aceite: 08/05/2015

Fonte de financiamento: não há.

Conflito de interesse: não há.

Endereço para correspondência:

Maria Eduarda de Macêdo Basso
Centro de Reabilitação do Estado do Amapá
Rua Tiradentes, 1.597 – Centro
CEP 68900-098 – Macapá, AM, Brasil
Tel.: (96) 991847708 – E-mail: eduardafisio2007@hotmail.com

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, protocolo 014/2011.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada por uma bactéria intracelular obrigatória denominada *Mycobacterium leprae*. Caracteriza-se por apresentar alta infectividade, pois pode infectar um grande número de indivíduos, porém, poucos adoecem pela baixa patogenicidade, sendo que, na população, mais de 95% dos indivíduos são naturalmente imunes à infecção, mas esta situação pode ser alterada pela relação entre agente, meio ambiente e hospedeiro.^(1,2)

Trata-se de uma doença silenciosa, com período de incubação em torno de 3 anos, que pode atingir todas as idades e

ambos os sexos. Uma vez dentro do organismo, o bacilo dissemina-se via corrente sanguínea e linfática, até encontrar estruturas favoráveis para seu desenvolvimento, externando-se por meio da mucosa nasal. A hanseníase manifesta-se no doente por sinais e sintomas dermatoneurológicos, com predileção pela pele, nervos periféricos e mucosas nasais, e pode afetar também outros órgãos, como fígado, testículos e olhos.^(3,4)

O Brasil vem apresentando diminuição do coeficiente de detecção de casos novos em todas as regiões, porém as Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste ainda apresentam índices elevados na detecção da hanseníase. De acordo com os dados oficiais, o Estado do Pará é classificado como uma região de endemicidade muito alta, com 35,34 casos novos/100 mil habitantes, registrados no ano 2015. Apesar dos decréscimos no coeficiente de incidência nos últimos anos, o Estado ainda se mantém entre os primeiros em número de casos novos de hanseníase no Brasil.⁽⁵⁾

Neste cenário, ressalta-se a importância dos estudos das características epidemiológicas da hanseníase, para a compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia na região. A descrição e a interpretação de dados epidemiológicos são de fundamental importância para que o governo e os pesquisadores realizem novas estratégias direcionadas para prevenção, controle e eliminação da doença, enquanto problema de saúde pública.

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase.

MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Pará, protocolo 014/2011, realizou-se este estudo de caráter quantitativo, transversal-observacional em pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Fisioterapia da Unidade de Ensino e Assistência em Saúde do Baixo Amazonas (UEASBA), no município de Santarém (PA), no período de maio a setembro de 2012.

A técnica de amostragem foi do tipo não probabilística, por conveniência obedecendo a demanda de rotina da unidade. Fizeram parte do estudo 52 indivíduos afetados pela hanseníase que estavam em tratamento medicamentoso e/ou fisioterapêutico na UEASBA, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos do estudo os participantes que não conseguiram compreender as questões do questionário socioeconômico proposto nesta pesquisa.

Após a explicação dos objetivos da pesquisa e dos instrumentos utilizados para a coleta de dados, foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo a resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Para a coleta de dados, utilizaram-se um questionário socioeconômico e clínico elaborado pelos pesquisadores e a Avaliação Neurológica Simplificada preconizada pelo Ministério da Saúde para a determinação do grau de incapacidade. Os resultados da Avaliação Neurológica Simplificada são expressos em zero, I e II.⁽⁶⁾

Foi necessária uma análise nos prontuários dos participantes da pesquisa para que informações de caráter médico pudessem ser complementadas.

RESULTADOS

A amostra estudada foi composta de 52 pacientes acometidos pela hanseníase, com predomínio do sexo masculino (76,92%), com faixa etária entre 41 e 50 anos (30,76%), residindo em Santarém (84,61%), solteiros (46,15%), com Ensino Fundamental incompleto (51,92%). A profissão mais referida foi a de lavrador (36,53%) e a maioria não exercia atualmente nenhuma atividade de trabalho remunerada (73,08%). Relataram não receber benefício da previdência social 73,08% dos pacientes, e a renda mensal encontrada na maioria (55,76%) foi entre um e dois salários mínimos. As características socioeconômicas estão apresentadas na tabela 1.

Em relação aos aspectos clínicos da hanseníase, constatou-se um grande número de indivíduos classificados em multibacilar (96,15%), com forma clínica dimorfa (32,69%), que já tinham recebido alta da poliquimioterapia (65,38%) e que não realizavam tratamento medicamentoso para quadros reacionais (63,43%). O grau I de incapacidade física foi o mais frequente (50%), seguido do grau II (40,39%) e grau zero (9,61%). A tabela 2 caracteriza os aspectos clínicos da população pesquisada.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, constatou-se a prevalência do sexo masculino. Corroboramos esse resultado a pesquisa realizada por Porto et al.⁽⁷⁾ que também evidenciou o predomínio do sexo masculino entre os participantes. Os achados do estudo multicêntrico realizado no Brasil, nas Filipinas e no Nepal⁽⁸⁾ apontam a prevalência da doença no sexo masculino. Outras pesquisas confirmam o predomínio da doença em homens.⁽⁹⁻¹²⁾ As relações interpessoais e de trabalho em sociedades predominantemente patriarcais levam os homens a uma maior exposição e risco de contato com indivíduos doentes, favorecendo, desta forma, a propagação da doença no meio masculino.⁽¹³⁾ Já é sabido que as mulheres desenvolvem resposta imunológica mais intensa ao *M. leprae* que os homens, o que justifica, além da menor incidência, também a menor gravidade da hanseníase no sexo feminino.⁽¹⁴⁾

A idade da população em estudo variou de 18 a 74 anos, sendo a média de 45,5 anos ($\pm 10,46$). Quanto à distribuição da amostra por faixa etária, observa-se que a frequência aumentou com a idade, e a maior incidência de casos foi nos indivíduos que se encontravam na faixa etária dos 41 a 50. Estes dados são condizentes com a literatura, que evidencia o predomínio da hanseníase na faixa etária economicamente ativa.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ Doenças que apresentam longos períodos de incubação, associadas com a demora no diagnóstico e tratamento, são responsáveis pelo aumento do número de casos, de acordo com a progressão da idade. Esta característica é de grande relevância, pois esta é a fase produtiva com desenvolvimento das atividades laborais, as quais podem ser drasticamente interrompidas por conta do alto poder incapacitante da doença, como constatado por esta pesquisa, que verificou que a maioria dos participantes não exercia nenhuma atividade profissional remunerada no momento da aplicação do questionário.

Quanto ao município de procedência, todos os investigados residiam em municípios localizados na região oeste do Estado

Tabela 1. Caracterização socioeconômica da amostra (n=52)

Característica	n (%)
Sexo	
Masculino	40 (76,92)
Feminino	12 (23,08)
Faixa etária, ano	
18-30	7 (13,46%)
31-40	10 (19,23)
41-50	16 (30,76)
51-60	14 (26,92)
61-70	3 (5,76)
71-80	2 (3,84)
Município	
Santarém	44 (84,61)
Belterra	2 (3,84)
Placas	2 (3,84)
Uruará	1 (1,92)
Mojú	1 (1,92)
Trairão	1 (1,92)
Prainha	1 (1,92)
Estado civil	
Solteiro	24 (46,15)
Casado	16 (30,76)
Relação estável	8 (15,38)
Viúvo	4 (7,69)
Escolaridade	
Analfabeto	10 (19,23)
Ensino Fundamental incompleto	27 (51,92)
Ensino Fundamental Completo	5 (9,61)
Ensino Médio incompleto	3 (5,76)
Ensino Médio completo	7 (13,46)
Ensino Superior incompleto	0 (0,00)
Ensino Superior completo	0 (0,00)
Profissão	
Lavrador	19 (36,53)
Dona de casa	8 (15,38)
Vigia	6 (11,53)
Vendedor	4 (7,69)
Mecânico	4 (7,69)
Pedreiro	3 (5,76)
Aposentado	2 (3,84)
Serviços gerais	2 (3,84)
Pescador	2 (3,84)
Fotógrafo	1 (1,92)
Estudante	1 (1,92)
Atividade remunerada	
Sim	14 (26,92)
Não	38 (73,08)
Benefício	
Sim	14 (26,92)
Não	38 (73,08)
Renda familiar, salário mínimo/mês	
<1	22 (42,30)
1-2	29 (55,76)
≥3	1 (1,92)

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra (n=52)

Característica	n (%)
Classificação operacional	
Multibacilar	50 (96,15)
Paucibacilar	2 (3,85)
Forma clínica	
Indeterminado	0 (0,00)
Tuberculoide	1 (1,92)
Virchoviano	11 (21,15)
Dimorfo	17 (32,69)
Não identificado	23 (44,23)
Tratamento com poliquimioterapia	
Sim	18 (34,62)
Não	34 (65,38)
Tratamento medicamentoso para quadro reacional	
Sim	19 (36,54)
Não	33 (63,46)
Grau de incapacidade	
Zero	5 (9,61)
I	26 (50)
II	21 (40,39)

do Pará. Verificou-se que a maioria já residia no município de Santarém antes de adoecer. Ressalta-se a presença de pacientes de outros municípios da região que estavam em Santarém para diagnóstico/tratamento ou para acompanhamento da prevenção de incapacidades. Estes dados sugerem que os serviços de saúde de Santarém estariam mais estruturados, com maior capacidade operacional e, portanto, seriam capazes de atender os pacientes encaminhados de outras cidades da região. No entanto, este achado também nos leva a admitir a falta de uma política pública de saúde mais efetiva por conta dos gestores das cidades vizinhas, no que tange à problemática da hanseníase. Reafirma-se a necessidade da estruturação de equipes multidisciplinares nestas cidades, a fim de se realizarem, de maneira mais rápida e eficiente, o diagnóstico, o tratamento, a prevenção das incapacidades e, conseqüentemente, a quebra da cadeia de disseminação da doença na região oeste do Pará.

Em relação ao estado civil, observou-se, no presente estudo, um maior número de casos da doença entre os indivíduos solteiros. Achados diferentes foram encontrados por Cunha et al.⁽¹¹⁾ e Porto et al.,⁽⁷⁾ com a prevalência de indivíduos casados em seus estudos. Para Baialardi,⁽¹⁹⁾ a hanseníase ainda vem, em muitos casos, acompanhada de medo, preconceito e rejeição. As mudanças ocorridas no corpo podem alterar a autoestima, a imagem corporal, os vínculos e os valores das pessoas acometidas e de quem está à sua volta. Portanto, estas transformações na vida do indivíduo podem influenciar fortemente na sua vida pessoal e social, sendo acompanhadas, por exemplo, de rejeição e abandono do cônjuge, perda dos amigos, do emprego e da saúde em geral.

Com relação ao grau de escolaridade, os resultados deste estudo demonstram o predomínio dos investigados com Ensino

Fundamental incompleto, seguidos de analfabetos. É importante considerar que nenhum dos indivíduos investigados apresentou ensino superior incompleto ou completo. A baixa escolaridade na amostra estudada é constatada em uma grande parte da literatura científica.^(7,11,17,18,20-22) Baixos níveis de escolaridade estão diretamente relacionados com a falta de esclarecimento sobre a doença e, conseqüentemente, com a demora na procura pelo serviço de saúde. A baixa escolaridade é considerada uma barreira para a educação em saúde, dificultando o diagnóstico precoce e a aderência ao tratamento de doenças como a hanseníase.⁽¹⁰⁾

A profissão mais referida pelos participantes do presente estudo foi a de lavrador. Araújo e Oliveira,⁽²³⁾ em estudo realizado no município de Severínia (SP), também encontraram resultados semelhantes, com predomínio de lavradores (36,8%) em relação às demais profissões. Observou-se, na população estudada, um contingente de trabalhadores braçais e outras ocupações com mão de obra não especializada, caracterizadas por pouca escolaridade e baixas remunerações. As condições precárias de vida e de moradia geralmente atingem indivíduos desprovidos de educação formal e, conseqüentemente, com poucas oportunidades de trabalho, sendo considerados determinantes para a propagação da hanseníase em classes menos favorecidas.⁽²⁴⁾

Quanto ao exercício de atividades profissionais, constatou-se que a maioria dos investigados não exercia nenhuma atividade de trabalho remunerada no momento da aplicação do questionário. O abalo socioeconômico das pessoas atingidas pela hanseníase também foi relatado em pesquisa realizada por Rafael,⁽²⁵⁾ com somente 38,67% dos indivíduos investigados exercendo alguma atividade remunerada, e por Ferreira et al.,⁽¹²⁾ que verificaram apenas 33,2% dos entrevistados inseridos no mercado formal de trabalho. Resultados diferentes foram encontrados por Moura,⁽²⁶⁾ com 75% dos investigados empregados e trabalhando. Vários fatores levam à exclusão dos indivíduos da cadeia produtiva e, sem dúvida, as incapacidades e as deformidades apresentam destaque para o afastamento das atividades de trabalho.⁽²⁷⁾ Além das sequelas físicas, outros aspectos influenciam e podem levar à interrupção nas atividades laborais, como estigma, preconceito, descrença e o próprio abalo emocional vivido pelas pessoas acometidas. Ressalta-se, novamente, o predomínio dos investigados neste estudo sem nenhuma atividade que gerasse renda para seu sustento e de suas famílias. Este dado nos leva a concluir que estes indivíduos eram mantidos por membros da própria família e por doações de amigos, como relatado por muitos deles de forma espontânea durante a aplicação do questionário, reafirmando que a hanseníase ainda permanece uma doença de caráter extremamente excludente, a qual apresenta grande capacidade de isolar e afastar os indivíduos da sociedade.

Em relação ao benefício da previdência social, verificou-se que a maioria dos investigados não o recebia. Este dado pode ser explicado pelo fato de que na amostra houve o predomínio de autônomos e trabalhadores braçais sem registros no sistema previdenciário, o que inviabiliza a obtenção de benefícios para tratamento de saúde, por exemplo. De acordo com Conte et al.,⁽¹⁶⁾ as incapacidades e o abalo psicossocial causados pela hanseníase influenciam diretamente na capacidade de trabalho dos indivíduos atingidos.

Quanto à renda familiar mensal dos entrevistados, verificou-se que a maioria relatou receber entre um e dois salários mínimos. Estes resultados estão de acordo com a literatura científica, que afirma que a hanseníase predomina em classes economicamente menos favorecidas.^(9,12,17,21,28) Para Lima et al.,⁽²¹⁾ pessoas com baixo nível socioeconômico apresentam tendência maior em desenvolver a doença, quando comparadas com outras patologias. As baixas condições socioeconômicas influenciam diretamente na propagação da hanseníase e contribuem para que a doença permaneça endêmica no país, apesar dos avanços relacionados ao controle da hanseníase.

Encontramos também neste estudo o predomínio dos indivíduos classificados operacionalmente em multibacilar. Corroboramos com este resultado a pesquisa realizada por Pieri et al.,⁽²⁸⁾ no município de Londrina (PR), que encontrou prevalência de 78% de casos multibacilares. Os resultados encontrados na presente pesquisa em relação à classificação operacional apresentam-se concordante com os de outros estudos encontrados na literatura.^(7,12,17,29) De acordo com o Ministério da Saúde,⁽³⁰⁾ indivíduos classificados como multibacilares representam importante fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da endemia.

O predomínio das formas clínicas multibacilares (dimorfias e virchovianas) é indicativo de diagnóstico tardio, o que leva a inferir que a rede de atenção básica à saúde ainda apresenta dificuldade na detecção dos casos nas formas iniciais da doença. Formas avançadas da hanseníase e processos reacionais estão relacionados com o desenvolvimento de incapacidades físicas,^(18,22) como constatado por esta pesquisa, que encontrou uma parcela significativa de indivíduos com incapacidades físicas. É importante ressaltar a ausência da descrição da forma clínica em muitos prontuários analisados, o que compromete esta discussão.

Verificou-se na presente pesquisa o predomínio de pacientes que já haviam concluído o tratamento medicamentoso com a poliquimioterapia. Apesar da maioria já ter concluído seu esquema terapêutico, foi significativo o número de indivíduos que ainda estavam em tratamento, concordando com o coeficiente de prevalência encontrado no Estado do Pará no ano de 2012 de endemicidade elevada.⁽⁵⁾ Em relação ao uso da medicação para quadros reacionais, verificou-se que a maioria não estava fazendo tratamento medicamentoso para reação. Os episódios ou surtos reacionais são episódios inflamatórios agudos, de origem imunológica, que ocorrem antes, durante ou após o tratamento da hanseníase, exigindo cuidado e tratamento imediato, para evitar a instalação de incapacidades e deformidades.⁽²²⁾

Quanto ao grau de incapacidade física, constatou-se a prevalência dos indivíduos com algum grau de incapacidade, sendo grau I o mais encontrado no estudo. Santos et al.⁽³¹⁾ encontraram na cidade de Aracajú (SE) 72,1% dos participantes com algum grau de incapacidade física em uma amostra de 104 indivíduos. O predomínio dos graus I e II de incapacidade na amostra estudada reforça a hipótese de que o diagnóstico da hanseníase ainda ocorre tardiamente nas unidades básicas de saúde de Santarém e região, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão, e o desenvolvimento de incapacidades e deformidades nas pessoas atingidas.⁽³²⁾ O diagnóstico tardio reflete que as unidades

de básicas de saúde ainda não estão totalmente preparadas com suporte material e de profissionais qualificados para a realização do diagnóstico e acompanhamento das pessoas acometidas pela hanseníase, sobrecarregando os centros de referência e retardando o início do tratamento.

CONCLUSÃO

A hanseníase foi prevalente nas classes economicamente menos favorecidas e com baixa escolaridade. A maioria dos participantes não exercia nenhuma atividade de trabalho remunerada no momento da pesquisa e não recebia assistência previdenciária, evidenciando, assim, um número expressivo de participantes que se encontrava em vulnerabilidade social. A prevalência da forma operacional multibacilar e os altos índices de incapacidades físicas encontrados na amostra demonstram a fragilidade que a região oeste do Pará ainda apresenta na detecção precoce dos casos de hanseníase. Os achados deste estudo reforçam a necessidade da realização de mais pesquisas regionais para a compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia na região. Ações de vigilância epidemiológica e o processo de descentralização devem ser intensificados na região, para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades na hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003; 36(3):373-82.
2. Lyon S, Grossi MA. Hanseníase. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
3. Opromolla DV. Noções de hansenologia. 2ª ed. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000.
4. Talhari S, Penna GO, Gonçalves HS, Oliveira ML. Hanseníase. 5ª ed. Manaus: Dilivros; 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2015. [citado 2016 Mar 13]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenia/11298-situacao-epidemiologica-dados>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase [Internet]. 3ª ed. Brasília: MS; 2002. (Cadernos de Atenção Básica n.). [citado 2016 Mar 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenia.pdf
7. Porto AC, Figueira RB, Barreto JA, Lauris JR. Evaluation of the social, clinical and laboratorial profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in São Paulo. *An Bras Dermatol.* 2015;90(2):169-77.
8. Scollard DM, Martelli CM, Stefani MM, Maroja M de F, Villahermosa L, Pardillo F, et al. Risk factors for leprosy reactions in three endemic countries. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;92(1):108-14.
9. Lima HM, Silva ND, Costa VR, Figueiredo P de M, Coelho Neto GT. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2010;8(4):323-7.
10. Miranzi SS, Pereira LH, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 43(1):62-7
11. Cunha MA, Antunes DE, da Silveira RW, Goulart IM. Application of the SRQ20 and the protocol of psychological assessment in patients with leprosy in a Reference Centre in Brazil. *Lepr Rev.* 2015;86(3):229-39.
12. Ferreira IP, Buhner-Sékula S, de Oliveira MR, Gonçalves H de S, Pontes MA, Penna ML, et al. Patient profile and treatment satisfaction of Brazilian leprosy patients in a clinical trial of uniform six-month multidrug therapy (U-MDT/CT-BR). *Lepr Rev.* 2014; 85(4):267-74.
13. Curto M, Paschoal VD. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12(4):183-95.
14. Ulrich M, Zulueta AM, Cáceres-Dittmar G, Sampson C, Pinardi ME, Rada EM, et al. Leprosy in women: characteristics and repercussions. *Soc Sci Med.* 1993; 37(4):445-56.
15. Diniz LM, Moreira MV, Puppim MA, Oliveira ML. Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(4):420-4.
16. Conte EC, Cury MR, Soubhia RM, Nardi SM, Paschoal VD, Lombardi C, et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. *Arq Ciênc Saúde.* 2009;16(4):149-54.
17. Corrêa RG, Caldas AJ, Aquino DM, Amaral DK, França FS, Mesquita ER, et al. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012;45(1):89-94.
18. Silva ME, de Souza CD, Costa e Silva SP, Costa FM, Carmo RF. Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012. *An Bras Dermatol.* 2015;90(6):799-805.
19. Baialardi KS. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansen Int.* 2007;32(1):27-36.
20. Costa LG, Cortela D, Soares RC, Ignotti E. Factors associated with the worsening of the disability grade during leprosy treatment in Brazil. *Lepr Rev.* 2015;86(3):265-72.
21. Lima LN, Frota CC, Mota RM, Almeida RL, Pontes MA, Gonçalves H de S, et al. Widespread nasal carriage of *Mycobacterium leprae* among a healthy population in a hyperendemic region of northeastern Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2015;110(7):898-905.
22. Monteiro LD, Braga KP, Alencar CH, Barbosa JC, Castro MD de, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saúde Publica.* 2013;29(5): 909-20.
23. Araújo RR, Oliveira MH. A irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde. *Hansen Int.* 2003;28(1):71-8.
24. Padhi T, Pradhan S. Family motivation card: An innovative tool for increasing case detection in a resource poor setting. *Lepr Rev.* 2015;86(2):170-5.
25. Rafael AC. Pacientes em tratamento e pós alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo Ministério da Saúde correlacionando-os com as escalas SALSA e Participação Social. [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.
26. Moura SH. Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em centro de referência de Minas Gerais. [dissertação]. Belo Horizonte (MG):Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
27. Duarte MT, Ayres JA, Simonetti JP. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15 Esp Nº 774-9.
28. Pieri FM, Touse MM, Rodrigues LB, Yamamura M, Pinto CI,

- Dessunti EM, et al. Patients' perceptions on the performance of a local health system to eliminate leprosy, Paraná state, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(11):e3324.
29. Lana FC, Carvalho AP, Davi RF. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(1):62-7.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em Hanseníase [Internet]. Brasília: MS; 2010. (Série A: Normas e manuais técnicos). [citado 2016 Mar 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseníase.pdf
31. Santos VS, Oliveira LS, Castro FD, Gois-Santos VT, Lemos LM, Ribeiro M do C, et al. Functional activity limitation and quality of life of leprosy cases in an endemic area in northeastern Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(7):e0003900.
32. Monteiro LD, Martins-Melo FR, Brito AL, Alencar CH, Heukelbach J. Physical disabilities at diagnosis of leprosy in a hyperendemic area of Brazil: trends and associated factors. *Lepr Rev*. 2015;86():240-50.