

UM BREVE HISTÓRICO DA HANSENÍASE

Isaías Nery Ferreira¹

Resumo: Este trabalho faz uma revisão sobre a história da hanseníase através dos tempos, desde sua provável origem na antiguidade até a sua vinda para as Américas e o Brasil. Relata, também, a evolução das políticas de saúde pública brasileiras adotadas para o seu controle e descreve algumas atitudes da sociedade para com os doentes de hanseníase no passado. Este retrospecto histórico contribui para o conhecimento da doença e para a detecção de fatores predisponentes do binômio saúde-doença.

436

Palavras chave: Hanseníase.Histórico

Abstract: This work makes a review about the history of the Hansen's disease through the time, since its beginning until its arrival in Americas and Brazil. Reports the evolution of the public health policies for its control and describes some attitudes of the society with these patients in the past. This history helps to the knowledge of the disease and to the detection of the predisponent factors of the phenomenon health and disease.

Keywords: Leprosy. Historic

“Os filhos dos leprosos não podiam ser batizados como as outras crianças, pelo risco de poluírem a água da pia batismal e por isso não deviam receber a água lustral estando sobre esta, mas só afastados dela, de maneira que a água que lhes era lançada na cabeça não fosse cair na pia, tendo de ser derramada como coisa impura e perigosa nos terrenos vagos e ermos”.

Europa – Séc. IV. (Prendes, p.202)

¹ Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1983), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2003) e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2008). Pós-doutor em Promoção de Saúde - CEAM/UnB (2013). Membro da Academia de Letras do Noroeste de Minas. Atualmente Professor colaborador do CEAM/NESPROM da Universidade de Brasília, professor da Faculdade Tecsona/Finom e enfermeiro do Ministério da Saúde. Avaliador de Programas de Residência em área Profissional de Saúde do MEC/MS e Certificador do ENEM-MEC. Supervisor de tutores da disciplina Promoção de Saúde II - CEAM/NESPROM-UnB. Foi tutor do Curso de Especialização em Saúde Pública do UnaSUS e PROVAB/UnB, tutor do Curso de Promoção de Saúde para gestores pela UnB/Ministério da Saúde e tutor do curso de extensão em Doenças e Agravos não Transmissíveis, parceria da UFRGS e Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Promoção de Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: hanseníase, tuberculose, leishmaniose e hiperdia. E-mail: isaias@unb.br

Recebido em 30/03/2019

Aprovado em 05/05/2019

A seguir, apresentaremos os principais marcos históricos da hanseníase, descritos em ordem cronológica.

A hanseníase é doença assinalada desde a mais remota antiguidade, pois é conhecida de três a quatro mil anos na Índia, na China e no Japão. No Egito, foram encontrados relatos sobre a doença em um papiro da época do faraó Ramsés II, desde quatro mil e trezentos anos A.C.” (BRASIL, 1960).

Existe dificuldade em afirmar com exatidão o início do surgimento da hanseníase em virtude das inúmeras traduções e fragmentos de textos sobre o assunto, o que levou à deturpação do tema com outras enfermidades. (OPROMOLLA, 2000a). Na medicina chinesa, tratados de 700 A.C. descreviam a doença com maior precisão (PRENDES,1963).

A Bíblia descreve o termo “lepra”, principalmente no livro Levíticos, Cap.13 e 14:

“Quando um homem for atingido da lepra, será conduzido ao sacerdote, que o examinará. Se houver na sua pele um tumor branco, e esse tiver branqueado o cabelo, e aparecer a carne viva no tumor, é lepra inveterada na pele de seu corpo; o sacerdote o declarará impuro; não o encerrará, porque é imundo”

Em hebraico, o *tsaraath* ou *saraath* era empregado como lepra e significava uma condição anormal da pele das pessoas, das roupas das casas, necessitando de purificação (OPROMOLLA, 2000a).

Para os hebreus, a hanseníase era considerada mais como uma maldição ou castigo divino do que uma enfermidade corporal (PRENDES, 1963). Para esse povo, existiam três enfermidades da pele que podiam se confundir: a sífilis, as micoses e a própria hanseníase (GLORIO, 2001).

Provavelmente, a hanseníase foi introduzida na Ásia Menor e na Grécia, através do Império Persa, a partir do foco centrado na Índia. Até então, a doença não era conhecida na Europa. Na Grécia, a hanseníase recebeu o nome de elefantíase (GLORIO, 2001).

Na época de Hipócrates (467 A.C.), para alguns pesquisadores, não há referências sobre qualquer condição de saúde que se assemelhasse àquela doença (Opromolla, 2000a), enquanto outros autores relatam que Hipócrates “descreveu a lepra com todos os seus sintomas, exceto a anestesia” (GLORIO, 2001).

No continente europeu, a hanseníase disseminou-se através dos soldados de Alexandre, o Grande, que vieram contaminados pela doença nas campanhas realizadas na Índia (300 A.C.). Outras conquistas romanas se encarregaram de incrementar a hanseníase para outras regiões europeias (OPROMOLLA, 2000a).

As ações profiláticas para combater a doença surgiram com o Concílio de Lyon, em 583. Dentre as medidas mais importantes, ficou estabelecido que os doentes deveriam ser afastados das pessoas sadias (BRASIL, 1989). Essa medida levou à multiplicação dos hospitais e, além disso, os portadores de hanseníase foram vítimas de maus tratos, mortes, confiscos de bens e preconceitos (PRENDES, 1963; OPROMOLLA, 2000a).

O estigma foi gerado pela associação do termo “lepra” com as deformidades da doença que o portador da hanseníase apresentava. Esta associação, juntamente com conceitos populares e religiosos acerca da doença, originaram os preconceitos e os problemas psicossociais que afetam pessoas até hoje (BRASIL, 1989; OPROMOLLA, 2000a).

A doença esteve presente em todas as classes sociais, pois membros das cortes portuguesa e espanhola adoeceram e alguns morreram devido a este mal que grassou a sociedade até o Séc. XVII (ARAUJO, 1946a).

A partir do Século XVII, o número de “leprosos” passou a diminuir, na Europa, provavelmente devido às melhorias das condições socioeconômicas ao longo das idades Moderna e Contemporânea (BRASIL, 1989; OPROMOLLA, 2000a).

A hanseníase não existia nas Américas até a chegada dos colonizadores europeus e a introdução da doença, no novo continente, coincide com o incremento da enfermidade, na Espanha, durante os séculos XV e XVI (ARAUJO, 1946a; OPROMOLLA, 2000a; GLORIO, 2001).

No Brasil, a partir de 1496, os primeiros casos de doentes hanseníacos foram importados da Holanda, França, Espanha e Portugal. Estes imigrantes doentes formaram, por várias gerações, focos endêmicos da doença (ARAUJO, 1946a).

Os primeiros casos de hanseníase foram descritos na cidade do Rio de Janeiro, em 1600, e, em 1737, os dados mostravam a existência de 300 doentes com o mal de Hansen (BRASIL, 1960).

No Rio de Janeiro, em 1740, foi realizada a primeira Conferência Médica para tratar da profilaxia da hanseníase (ARAUJO, 1946b) e, em 1741, médicos da corte portuguesa redigiram o primeiro regulamento para combater a lepra no Brasil (VELLOSO e ANDRADE, 2002). As primeiras providências foram alojar os “doentes de lepra” no bairro São Cristóvão, por iniciativa do Capitão Gomes Freire (ARAUJO, 1946b; BRASIL, 1960).

O Estado da Bahia, no ano de 1789, contava com três mil doentes. Em Belém do Pará, foi fundado, em 1815, o “Hospício dos Lázaros”. No Maranhão, havia, desde 1826, “aldeias de leprosos” e, em São Paulo, criou-se o Hospital dos Morféticos em 1805 (BRASIL, 1960).

Do litoral, de onde surgiram os primeiros focos da doença, a hanseníase penetrou pelo interior do Brasil, sendo levada pelos bandeirantes, e originaram outros focos que necessitavam de atenção, surgindo então os “asilos para leprosos” (BRASIL, 1960).

Em 1873, Gerhardt Henrik Armauer Hansen demonstrou a existência do *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Esta descoberta constituiu-se na primeira evidência científica do caráter infecto-contagioso da hanseníase. Foi a primeira bactéria relacionada a uma doença humana (BRASIL, 1989; OPRMOLLA, 2000a).

No ano de 1883, em Sabará, Minas Gerais, foi construído um hospital para lázaros que, ainda hoje, funciona com o nome de Hospital Cristiano Machado (BRASIL, 1960).

Em 1897, na Alemanha, foi realizado o I Congresso Internacional de Lepra e, em 1909, na Noruega, foi realizada uma conferência onde reconheceram a contagiosidade da doença e houve consenso de que o isolamento compulsório era a medida mais adequada para impedir a propagação da enfermidade. Também recomendou-se a notificação obrigatória dos casos, a vigilância dos contatos e a observação rigorosa dos filhos de portadores de hanseníase (BRASIL, 1960; LEITE, 1964; VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Por algum tempo, a assistência ao doente de hanseníase estava mais apensa à caridade pública do que ao poder público. A única medida existente era o asilamento dos doentes que passavam a depender de instituições particulares. Estes doentes moravam nos arredores das cidades e vilas e, em alguns dias da semana, saíam para mendigar seu sustento. Muitos doentes levavam vida nômade, morando em barracas e também pedindo esmolas ao longo da estrada (BRASIL, 1960).

Emílio Ribas, em 1912, realizou um estudo no Estado de São Paulo, constatando que a luta contra a hanseníase dependia do isolamento dos pacientes e que o número de casos da doença estava aumentando. O autor propôs que o isolamento fosse em asilos-colônias. (MAURANO, 1939).

De acordo com a Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915, as ações de combate à hanseníase tinham como base a notificação obrigatória do doente e dos contatos diretos, o recenseamento e o isolamento obrigatório no domicílio. Também vigorava a interdição do aleitamento materno aos filhos de “leprosos” e o afastamento dos recém-nascidos para preventórios especiais (MAURANO, 1939).

Na década de vinte, Carlos Chagas e Eduardo Rabelo trabalharam visando organizar as ações de combate à endemia, que consistia no tratamento dos doentes com óleo de Chaulmoogra,

na realização de um censo e de um congresso, na construção de “leprosários” em diversos estados, inclusive a colônia Santa Izabel, em Minas Gerais (BRASIL, 1989 e 1960; VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 1930, o Estado de São Paulo adotou o modelo isolacionista, que consistia na internação compulsória de todos os doentes de hanseníase em asilos-colônias construídos pelo estado. Esta intervenção não obteve sucesso, apesar do significativo orçamento dotado pelo governo, em função dos portadores de hanseníase não estarem registrados oficialmente, ocultarem-se com o auxílio de familiares e amigos para evitar a internação e, conseqüentemente, a exclusão social. Este modelo esgotou-se em 1967 (OPROMOLLA, 2000a).

No ano de 1941, no Leprosário de Carville, EUA, a sulfoterapia foi utilizada por Faget e o Brasil passou também a usar esta droga, em experiência, em 1944. Gradativamente, a droga foi sendo recomendada, de rotina, no tratamento da hanseníase e, em 1949, ficou comprovado que a dapsona era eficaz no tratamento desta enfermidade (WHO*, 1996, apud CARVALHO, 1999).

Dois eventos importantes ocorreram ao mesmo tempo no ano de 1948: a II Conferência Pan-americana de lepra e o 5º Congresso Internacional de Lepra, em Havana, Cuba. As ações sugeridas para o combate da doença foram:

Leprosário: local para o internamento, compulsoriamente, de todo o doente de hanseníase de forma “maligna”, ou seja, Virchowianos, visando afastar o indivíduo da sociedade e, portanto, evitando a contaminação de pessoas sadias.
Dispensários: local para exames dos comunicantes dos doentes, dos suspeitos de hanseníase e dos pacientes da forma Indeterminada, além da forma Tuberculóide.

Preventórios: local para receber os filhos de pacientes que nasciam nos “leprosários” (LEITE, 1964; VELLOSO, 2002).

No início da década de cinquenta, alguns estados brasileiros já não adotavam a internação compulsória e, em 1952, a Organização Mundial de Saúde enviou uma comissão de especialistas ao Brasil que recomendou, “em benefício da doença”, que não mais isolasse compulsoriamente o doente de hanseníase (OPROMOLLA, 2000a).

Em 1955, no Rio de Janeiro, em função dos bons resultados de um projeto piloto baseado no tratamento domiciliar dos doentes, na vigilância dos comunicantes e na aplicação das

* WHO (World Health Organization). Action Programme for the Elimination of Leprosy. **Status Report** 1996, WHO/Lep / 96.5.

recomendações do Congresso de Madri, além do apoio estatal, iniciou-se um movimento denominado “Moderna Campanha Nacional contra a Lepra”, que propunha estender esse programa para todo o País. Nesse ano, novamente foi demonstrado que o modelo isolacionista era oneroso e ineficiente (OPROMOLLA, 2000a).

Em 1960, havia no Brasil, em funcionamento, trinta e seis leprosários e cento e dois dispensários, localizados em quase todas as Unidades Federadas. Os dispensários cuidavam principalmente de “doenças venéreas”, sendo a hanseníase relegada a um plano secundário. Trinta e um preventórios funcionavam com a denominação de educandários. (BRASIL, 1960).

Shepard, em 1960, inoculou no coxim plantar de camundongos o bacilo de Hansen na tentativa de analisar a evolução do *M. leprae* fora do homem. Ao estabelecer o camundongo normal como modelo experimental de hanseníase, conseguiu dar um importante passo nas pesquisas desta doença (RODRIGUEZ e OROZCO, 1996).

Na década de 60, Ridley e Jopling propuseram uma modificação na classificação de Madri e introduziram o conceito da classificação espectral do Mal de Hansen, subdividindo os “Borderline” ou “Dimorfos” em Dimorfo-Tuberculóides, Dimorfo-Dimorfos e Dimorfo-Virchowianos. Foi mantido o conceito de polaridade da doença (TALHARI e NEVES, 1997).

Quanto ao isolamento dos doentes, coube ao então primeiro ministro Tancredo Neves, em 1962, promulgar o Decreto Federal de número 968, de 07/05/62, que acabou com o isolamento compulsório (OPROMOLLA, 2000a).

Em 1976, o termo hanseníase substituiu oficialmente a denominação lepra, visando minorar o estigma e propiciar a integração do doente com a sociedade, conforme recomendação da Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, em Brasília (CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 1976; OPRMOLLA, 1976).

As recomendações advindas dessa conferência foram a formação e a valorização de pessoal auxiliar, a prevenção de incapacidades e a transformação das colônias existentes em cooperativas agrícolas. Também foram estimulados os hospitais gerais para assistirem os doentes de hanseníase, além dos incentivos a projetos-piloto relativos à reintegração social.

Também em 1976, uma portaria da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária estabeleceu uma política de controle da hanseníase, que priorizou as ações de educação em saúde, a aplicação da vacina BCG, a descoberta e o tratamento dos doentes, assim como a prevenção e o tratamento das incapacidades (OPROMOLLA, 1976).

Em 1978, o Ministério da Saúde alterou o esquema terapêutico, ministrado através da monoterapia sulfônica ou com a clofazimina, para um tratamento associado à rifampicina, indicado nos casos clínicos das formas Virchowiana e a Dimorfa. Também foram incluídos os casos suspeitos de sulfono-resistência (BRASIL, 1978). Naquela época, foram observadas as mais baixas taxas de alta por cura e um maior número de pacientes no registro ativo dos serviços de saúde, devido à dificuldade de liberar os pacientes por alta, obtidos pela cura (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

O novo tratamento influenciou a desativação dos antigos hospitais-colônia, em função da credibilidade da cura oferecida pelas sulfonas e também pela não obrigatoriedade do isolamento do paciente com esta enfermidade, além do estímulo ao tratamento ambulatorial. Nessa época, oitenta por cento dos casos de pacientes internados eram de doentes desajustados socialmente (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Os planos nacionais para a eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública iniciaram na década de oitenta com a implantação da poliquimioterapia no Brasil e a modificação das normas técnicas (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 1981, um novo esquema terapêutico com a multidrogaterapia foi proposto pela Organização Mundial de Saúde - OMS, após a constatação de uma alta prevalência de cepas de *M. leprae* sulfono-resistentes, nos países africanos que, em sua maioria, continuavam a empregar exclusivamente a monoterapia. A OMS redefiniu o esquema terapêutico para a hanseníase, incluindo agora a rifampicina, sendo este esquema denominado de poliquimioterapia (PQT). No entanto, no Brasil, o Ministério da Saúde não adotou, de imediato, este esquema por receio de maus resultados (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 1986, O Ministério da Saúde, após uma avaliação, onde demonstrou que o número de casos anuais estava aumentando, inclusive em menores de quinze anos, iniciou a implantação da PQT em algumas unidades-piloto (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em março de 1988, o Ministério da Saúde fez a primeira avaliação nacional da utilização dos esquemas PQT e constatou que:

- a) mais de mil profissionais tinham sido treinados em cinco centros de referência;
- b) foram confirmadas alta regularidade do tratamento e boa aceitação da clofazimina;
- c) a estratégia de implantação gradual da PQT, com reorganização dos serviços, era adequada à nossa realidade brasileira;

- d) a implantação da PQT havia sido descentralizada para 88 unidades de saúde;
- e) bons resultados foram obtidos com a dose mensal supervisionada;
- f) estímulo à pesquisa e integração institucional governamental com Organizações Não Governamentais (ONG) ao programa (BRASIL, 1988; VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Nos anos de 1989 e 1990, foi elaborado o Plano de Emergência Nacional, cujos objetivos prioritários eram detectar todos os casos novos esperados, tratar com PQT esses casos, aplicar a vacina BCG em contatos intradomiciliares e conhecer a real prevalência da hanseníase no país. Nessa época, devido a investimentos na descentralização e na capacitação de recursos humanos, incrementou-se a adoção da PQT/OMS nos casos novos. O tempo estimado de permanência dos casos em registro ativo diminuiu de 12,1 anos, em 1987, para 8,3 anos, em 1991, com elevação da prevalência e da detecção de casos novos (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 1991, o Ministério da Saúde adotou a PQT como único esquema de tratamento da hanseníase no Brasil. Em 1992, foi adotada a dose fixa na rotina dos serviços de saúde. Este esquema alterou os critérios de alta, uma vez que o doente receberia alta em torno de três anos de tratamento. No mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde aprovou, na sua 44^a Assembléia Mundial de Saúde, o Plano de Eliminação da Hanseníase, com o objetivo de eliminar globalmente a doença como um problema de Saúde Pública até o ano 2000. O Plano de Eliminação consistia das seguintes prioridades: a detecção intensiva dos casos, a vigilância epidemiológica, a atenção às incapacidades e o tratamento com poliquimioterapia (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou uma nova classificação dos doentes para fins de tratamento: os doentes Paucibacilares (formas Indeterminada e Tuberculóide) e Multibacilares (formas Dimorfa e Virchowiana). (WHO, 1997; VELLOSO e ANDRADE, 2002; BRASIL, 1994).

Em 1995, O Brasil, através do Ministério da Saúde e de todos os estados, elaborou o seu Plano de Eliminação da Hanseníase estabelecendo a meta de reduzir a prevalência a menos de um doente a cada 10.000 habitantes, por meio do diagnóstico oportuno, da aplicação do PQT/OMS, em todos os casos, além da alta por cura em 80% dos casos e reduzir de 15 a 20%, ao ano, o coeficiente de prevalência (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 1998, o Governo Federal publicou o Programa “Avança Brasil” e orientou que a intensificação das ações preventivas e de promoção da saúde deveriam nortear o trabalho do Ministério da Saúde. Também destacou o compromisso de ampliar a descentralização do atendimento aos portadores de hanseníase para reduzir sua incidência (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

Em 2000, nos centros de referência, o tratamento novamente foi reduzido no Brasil, sendo estipulado seis doses supervisionadas nos pacientes Paucibacilares e para 12 doses supervisionadas para os pacientes Multibacilares. O esquema ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) foi adotado em dose única para pacientes Paucibacilares com lesão única de pele, sem envolvimento de tronco nervoso (BRASIL, 2000a).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Organizações Não Governamentais e de pacientes, sociedades científicas e instituições de classe e comunitárias, para intensificar o processo de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e controlar a tuberculose no Brasil. Dentre as estratégias previstas, destacou-se a priorização de 329 municípios onde vivem mais de 50% da população brasileira e onde residem, aproximadamente, 80% dos casos de hanseníase no País (BRASIL, 2001).

Em 2002, foi realizado, em Salvador-Bahia, o 16º Congresso Internacional de Hanseníase, com o objetivo de discutir avanços e pesquisas nas áreas de Aspectos Sociais, Aspectos Clínicos, Epidemiologia, Educação em Saúde, Imunologia, Microbiologia e Biologia Molecular, Aspectos Operacionais de Eliminação, Prevenção de Incapacidades e Reabilitação, Ensino, Treinamento e Tratamento (CONGRESSO INTERNACIONAL DE HANSENÍASE, 2002).

Também no ano de 2002, o Governo Federal editou a Portaria nº 1.838, de 09/10/2002, com diretrizes e estratégias para a eliminação da hanseníase, no país, estabelecendo um incentivo financeiro para ampliação da detecção da prevalência oculta da hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde (BRASIL, 2002c).

Dentre as medidas adotadas, foi prevista uma aliança dos municípios considerados prioritários para a erradicação da hanseníase com os segmentos da sociedade, tais como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, o Movimento pela Reintegração das pessoas Atingidas pela Hanseníase (Mohan), a Pastoral de Saúde, dentre outros. Também foram previstas

ações como fornecimento de medicamentos, capacitação de profissionais, combate ao preconceito e tratamento da enfermidade (BRASIL, 2002c).

Em 2008, na cidade de Hyderabad, Índia o 17º Congresso Internacional de Hanseníase discutiu como temas predominantes a utilização de exames sorológicos em MH, promoção em saúde, reabilitação e reinserção social do portador de hanseníase bem como as estratégias a serem utilizadas visando um mundo “sem hanseníase”, conforme tema central do encontro (ILC, 2008).

A figura 1 apresenta os principais marcos da história da hanseníase, relatados neste capítulo.

ANO	HISTÓRICO / MARCO
4300 A.C.	Papiro de Ramsés II relata existência da lepra no Egito.
1500 A.C.	Rig-Veda, na Índia, cita a hanseníase com o nome de Kushta.
1350 A.C	Hanseníase já existe na África, no Sudão e no Egito. África é considerada o berço da hanseníase.
800 A.C e 135 D.C	Disseminação da hanseníase por toda a Península Ibérica a partir de Marrocos, que a recebeu dos fenícios e judeus.
500 A. C	Surgimento da doença, na Grécia, após regresso das tropas de Dario e Xerxes e de Alexandre Magno das batalhas da Síria, Pérsia e Egito.
155 A.C e 200 D.C	Galeno e Araetus realizam uma das melhores citações da hanseníase na Antiguidade. Araetus introduz o termo “Facies leonina”.
372 e 460	Surgem os primeiros centros para enfermos da lepra, fundados por S. Basílio e S. Cláudio.
583	Concílio de Lyon estabelece regras da Igreja para leprosos, como o isolamento.
643	Ritharis baixa provavelmente a primeira “lei da lepra”, estabelecendo a morte civil do doente.
1400	Hanseníase atinge seu máximo índice na Europa.
1500	Conquistas e a intensificação da navegação disseminam a hanseníase pelo Novo Mundo.
1571	Surge o primeiro hospital para hansenianos da América, no México, seguido pelo Peru, Colômbia e Cuba.
1600	Notificação dos primeiros casos de hanseníase no Rio de Janeiro.
1714	Primeiras providências tomadas com relação à hanseníase, com a fundação de um asilo para doentes pelo Pe. Antonio Manoel.
1740	Realiza-se a 1ª Conferência Médica, no Rio de Janeiro, para tratar sobre a profilaxia da hanseníase.
1741	Gomes Freire de Andrade funda o primeiro Hospital de Lázaros do Rio de Janeiro, em São Cristóvão, que originou o Hospital Frei Antonio.
1756	Decretada a lei que torna obrigatório o isolamento de hanseníase no Rio de Janeiro.
1787	D. Rodrigo José de Menezes funda, na Bahia, o Hospital de São Cristóvão.
1800	Declínio da hanseníase na Europa devido à melhora das condições socioeconômicas.
1800	Regulamentação de D. João V para construção de leprosários e assistência aos doentes.
1805	Criado o Hospital dos Morféticos em São Paulo.
1847	Danielssen e Boeck publicam duas formas clínicas da doença (tuberculosa e anestésica); doença de caráter hereditário.
1871	Danielssen publica o livro “On Sepdalskhead”, sendo considerado o fundador da hansenologia científica.
1873	Gerhardt Henrik Armauer Hansen demonstra a existência do <i>Mycobacterium leprae</i> , primeira evidência científica do caráter infecto-contagioso da hanseníase.
1883	Construção do Hospital para Lázaros em Sabará, Minas Gerais.
1897	Ocorre a 1ª Conferência Internacional de Lepra, em Berlim, destacando-se a incurabilidade da doença e o isolamento dos doentes.

1909	Conferência Internacional de Bergen, Noruega: moléstia não incurável, isolamento, exame dos comunicantes e separação dos pais.
1912	Emílio Ribas defende isolamento em asilos e colônias.
1916	I Congresso Americano de Lepra: Censo, isolamento em colônias, plano de luta.
1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública com a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, priorizando a construção de leprosários, censo e uso do óleo de Chaulmoogra.
1929	3ª Conferência Internacional de Lepra em Strasburg, na França: Legislação própria a cada país; moléstia é contagiosa.
1934	Cria-se o Centro Internacional de Leprologia no Rio de Janeiro.
1935	Campanha Nacional contra a hanseníase toma vulto.
1938	Ocorre a 4ª Conferência Internacional de Lepra, no Cairo. Destaca-se a distinção de isolamento dos casos “abertos”, educação e propaganda sanitária, apoio à reabilitação por entidades particulares, divisão polar: lepromatoso e tuberculóide (Rabelo Filho).
1941	Emprega-se pela primeira vez, por Faget (E.U. A), a sulfoterapia.
1944	Experimentos com sulfoterapia, no Brasil, por Lauro de Souza Lima, Geraldino da Costa Carvalho e Orestes Diniz. Cria-se o Serviço Nacional de Lepra.
1946	Cria-se o Instituto de Leprologia do S.N.L.
1948	Realiza-se o 5º Congresso Internacional de Lepra em Havana, Cuba. Destaca-se a tripeça: Leprosário, Dispensário e Preventório.
1953	Em Madri, ocorre o 6º Congresso Internacional de Lepra: mantidos critérios propostos por Rabelo, acrescentando o grupo “borderline”; recomendação da vacina BCG.
1956	Acontece a IV reunião de Leprólogos Brasileiros – recomenda-se o fim do isolamento compulsório, mas mantém o isolamento profilático ou de caráter médico-social.
1958	Ocorre o VII Congresso Internacional de Lepra, em Tóquio, onde destaca-se: tratamento quimioterápico extensivo, fim do isolamento.
1960	Classificação espectral de Ridley e Jopling: D.T., DD., D.V.
1960	Campanha de Controle da Lepra: propaganda e educação sanitária, não existindo leproso, mas sim pessoas sofrendo de lepra, uma doença curável e importância dos produtos sulfônicos. Shepard inocula <i>M. leprae</i> em camundongos.
1963	Normas técnicas especiais empregadas no Brasil: prevenção das deformidades por métodos não cirúrgicos.
1963	Realiza-se o VIII Congresso Internacional de Leprologia – RJ, Brasil.
1974	Congresso Nacional de Hansenologia – Recomenda-se que os asilos colônias se reestruturem em hospitais gerais e com atividades de ensino/pesquisa.
1976	Conferência Nacional para avaliação da Política de Controle da Hanseníase. O Ministério da Saúde proscree o emprego do termo “lepra” e seus derivados.
1978	Programa Integrado de Controle da Hanseníase divulga um Manual de Prevenção e Tratamento de Incapacidades Físicas, mediante técnicas simples e um Guia de Controle da Hanseníase. Rifampicina associada para casos Dimorfos e Virchowianos.
1981	OMS redefine regime terapêutico com o esquema Poliquimioterapia, de seis meses, para Paucibacilar, e de dois anos, para Multibacilar.
1986/1990	Projeto de Intervenção – MS.
1986	Adota-se a poliquimioterapia (PQT-OMS) em algumas áreas piloto no Brasil.
1989/1990	Cria-se o Plano de Emergência Nacional.
1991	A 44ª Assembléia Mundial de Saúde acata o Plano de Eliminação da Hanseníase até o ano 2000.
1991	Adota-se a PQT – poliquimioterapia como único tratamento para todos os doentes de hanseníase.
1995	Plano de Eliminação da Hanseníase
1997	Sugere-se o regime terapêutico (PQT-OMS) em dose única para Paucibacilar (lesão única) e em 12 meses para Multibacilar.
2002	Realiza-se o 16º Congresso Internacional de Hanseníase / Salvador- Brasil.
2008	Realiza-se o 17º Congresso Internacional de Hanseníase Hyderabad – Índia.
2013	Realiza-se o 18º Congresso Internacional de Hanseníase – Bruxelas – Belgica.
2016	Realiza-se o 19º Congresso Internacional de Hanseníase – Beijing / China.

Figura 1: Principais marcos da história da hanseníase

Fonte: Modificado de Carvalho, 1999. p 24.

Referências:

ACTA LEPROLOGICA. Lèpre de l'enfant. Geneve: Univ. Liege, v.6, n.109, avr/dec.1988, p.220-226. Numéro special.

AMADOR, M.P.S. et al. Hanseníase na infância no município de Curionópolis, sudeste do Estado do Pará: relato de caso. **Hansenologia Internationalis**, v.26, n.2, p.121-125, 2001.

ARAÚJO, H.C.S. Da descoberta do Brasil até o fim do domínio espanhol (1500 – 1640). In: _____. História da lepra no Brasil. **Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946(a).**

_____. **Período colonial e monárquico (1500 a 1889). In: _____.** História da lepra no Brasil. **Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946(b). v.1.**

BATISTA, P.S.S. **Ética no cuidar em enfermagem: discurso de enfermeiros assistenciais.** 2001. 152p. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

BECHELLI, L. M. Incidência da lepra segundo idade. **Revista Brasileira de Leprologia**, n.4, p. 361-368, 1936. Especial.

BECHELLI, L. M. et al. Proposed method for estimating prevalence based on rates in children. **WHO. Bull.**, v.48, p. 502-503,1973.

BEERS, S. van; HATTA, M; KLATSER, P.R. Seroprevalence rates of antibodies to phenolic glycolipid-I among scholl children as an indicator of leprosy endemicity. International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases, **v.67, n.3, p.243-249, 1999.**

BELDA, W.; MARLET, J.M. O fator idade na epidemiologia da hanseníase. **Boletim de Divisão Nacional de Lepra**, Rio de Janeiro, v.32, n.2/3/4, p. 60-76, 1973.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço nacional de Lepra. **Manual de leprologia.** Rio de Janeiro, 1960. 174 p.

_____. **Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.** Manual de normas e procedimentos de enfermagem de tipo ambulatorial no controle da hanseníase. **Brasília, 1978(a). p. 13-38.**

_____, Ministério da Saúde. **Guia da consulta de enfermagem no controle da hanseníase.** Brasília, 1978(b). p. 2-16.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Capacitação do instrutor/supervisor enfermeiro na área de controle da hanseníase.** Brasília, 1988. p. 9-31 (MS. Série Capacitação de Pessoal em Hanseníase, 5)

_____. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: 1989.

_____, Ministério da Saúde. **Guia de controle de hanseníase**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HANSENÍASE. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, n.3, ago. 2000(a).

_____, Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de procedimentos para execução das atividades de controle da hanseníase**. Brasília, 2000(b). Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002(a). 89p. (Cadernos de Atenção Básica, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 10, 111).

_____, Ministério da Saúde. Atuação do enfermeiro na atenção básica. **Informe da Atenção Básica**, Ano III, n.16, abr. 2002(b).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.1838 de 09 de outubro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 out. 2002(c). Seção 1. p. 21.

BROVN, A. K. et al. Vacinação de crianças contra a lepra pelo BCG, em Uganda: resultado no final da segunda revisão. **Boletim do Serv. Nac. de Lepra**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 1969.

BRUBAKER, M. L.; MEYERS, W. M.; BOURLAND, J. Leprosy in children one year of age and under. **International Journal of Leprosy**, v. 53, n. 4, 1985. p. 517-523.

BRYCESON, A.; PFAZTZ GRAFF, R.E. **Leprosy: medicine in the tropics**. London: Churchill Livingstone, 1990. p. 203-230.

CAMPOS, N.S. Viragem da lepromino: reação em função de diferentes estímulos: influência da idade, nessa viragem, no grupo etário de 6 a 43 meses. **Revista Brasileira de Leprologia**, v.30, n.-2, p.220, 1962.

CARVALHO, Gustavo de Azevedo. **Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes do Distrito Federal com hanseníase**. 1999. 170f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília,1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 1976, Brasília. **Conferência ...** Brasília: Ministério da Saúde, 1976. Mimeografado.

CHEN, X.S. et al. Leprosy in children: a retrospective study in China, 1986-1987. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v. 46, n.4, p.207-211, 2000.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE HANSENÍASE, 16, 2002, Salvador. **Caderno de resumos**. [s.l], 2002. 1v.

CONTRERAS, J. **Assistência de enfermagem a clientes hansenianos: modelo de adaptação de Roy.** 1990. 135p. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

CONTRERAS, J.; NEVES-ARRUDA, E. Reflexões sobre a utilização do marco conceitual de Roy na assistência a clientes hansenianos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n.2, p.59-75, jul./dez. 1993.

COSTA, I. M. C. Incapacidades físicas em pacientes de hanseníase na faixa de zero a 14 anos, do Distrito Federal, no período de 1979 e 1989. **1991. 66p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1991.**

449

CRISTOFOLINI, L. Assistência de enfermagem na hanseníase, **Salusvita**, Bauru, v.4, n.1, p.1-9, 1985.

CRISTOFOLINI, L.; OGUSKV, E. F. A enfermagem na hanseníase. **Salusvita**, Bauru, vol. 7, n1, p.99-112, 1988.

CRISTOFOLINI, L. **Pacientes em quimioterapia anti-hansênica: problemas nasais.** 1991, 116p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

DAYAL, R. et al. **A clinico-bacteriological profile of leprosy in children.** Indian Pediatrics, v.26, n.2, p.122-128, 1995.

DAVE, D. S. ; AGRAWAL, S.K. Prevalence of leprosy in children of leprosy parents. Indian Journal of Leprosy, v.56, n.3, p.615-621, 1984.

DIAS, R. R. Portadores de hanseníase irregulares ao Serviço de Saúde. **1994. 73p. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem de ribeirão Preto, Universidade de são Paulo, Ribeirão Preto, 1994.**

DUNCAN M. E. **Leprosy in young children: past, present and future.** International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases, v.53, n.3, p.468-473, sep.1985.

DUNCAN, M. E. et al. A clinical and immunological study of four babies of mothers with lepromatous leprosy, two of whom developed leprosy in infancy. **International Journal of Leprosy**, v. 51, n.1, p.7-17, 1983.

EBENEZER, L. ; ARUNTHATI, S. ; KURIAN, N. Profile of leprosy in children: past and present. **Indian Journal of Leprosy**, v.69, n3, p.255-259, jul./sep. 1997

EL-ZAWAHRY, M.P. ; EL-ZAWAHRY, K. Child leprosy. **The Journal of the Egyptian Medical Association**, v.69, n. 5/6, p.457-460, 1977.

FERREIRA, J. Validade do grau de incapacidade como indicador de diagnóstico tardio da hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, p 79-84, 1998. Número especial. Trabalho apresentado no Congresso da Associação Brasileira de Hansenologia, 9, 1997, Foz do Iguaçu.

FERREIRA, J. Vigilância epidemiológica em hanseníase. In: LOMBARDI, C. (Coord.) et al. **Hanseníase: epidemiologia e controle**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, Arquivo do Estado, 1990. p. 33-61.

FLEURY, R. N. Patologia e manifestação viscerais. In: OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, Hospital Lauro de Souza Lima, 2000. p. 63-71.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de dermatologia Sanitária. **Estudo de tendência da hanseníase**. Brasília, 1992.

GANAPATI, R. ; REVANKAR, C. R. Associated cases in the families of scholl children with leprosy. **Leprosy Review**, v. 49, p. 43-46, 1978.

GATTI, C.F. ; SUNDAR RAO, P.S.S. Lepra nodular infantil. **Archivos Argentinos de Dermatologia**, v.32, n.1, p.11-16, 1982.

GLORIO, R. La lepra y sus orígenes. **Archivos Argentinos de Dermatologia**, v.51, n.4, p.183-189, jul./ago. 2001.

GROSSI, M.A.F. et al. Estudo da Demanda Pós-Alta de Hanseníase em Minas Gerais – Brasil: Contribuição para a Sistematização da Assistência. In: Congresso Internacional de Hanseníase, 16. Salvador. **Anais...** Salvador, 2002. p. 268.

HAMMOND, P.J. ; SUNDAR RAO, P.S.S. The tragedy of deformity in childhood leprosy. **Leprosy Review**, v.70, n.2, p.217-220, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro, 2000. 520p.

JAYALAKSHMI, P.; GANESAPILLAI, T. Leprosy in children. **International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases**, v.65, n.1, p.95-97, mar.1997.

JOPLING, W. H.: MCDOUGALL, A.C. Epidemiologia. In: ____ **Manual de hanseníase**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991(a). p. 1-7.

JOPLING, W. H.: MCDOUGALL, A. C. A doença. In: ____ **Manual de hanseníase**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 1991(b). p. 11-16.

KELLER, R. ; DEEN, R. D. Leprosy in children aged 0-14 years: report of an 11- year control programme. **Leprosy Review**, v.56, p.239-245, 1985.

KUMAR, B. et al. Childhood leprosy in chandigarh; clínico-histopathological correlation. **International journal of leprosy and other micobacterial Diseases**, v.68, n.3, p. 330-331, 2000.

KUMAR, R. P. et al. Transmission of health information on leprosy from children to their families: another approach to health education. **Leprosy Review**, v.62, p.58-64, 1991.

LANA, F. C. F. et al. **Deteção da hanseníase na faixa etária de 0 a 14 anos em Belo Horizonte no período 92-99: implicações para o controle.** Belo Horizonte: [s.n.], 2002. 14p. Mimeografado.

LEITE, C.A.M. Delimitação de funções e área de trabalho: organograma dos serviços. In: SIMPÓSIO SOBRE PROFILAXIA DA LEPROA, 1964, Rio de Janeiro. **Simpósio...** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1964.

LOMBARDI, C. História natural da hanseníase. In: ____ **Hanseníase: epidemiologia e controle.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, Arquivo do Estado, 1990. p.13-20.

LOWY G.; MEILMAN, I. Hanseníase em um hospital infantil. **Journal of Pediatrics**, v.47, n.3, p.88-98, 1979.

MADEIRA, S. Hanseníase experimental. In: OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de hansenologia.** Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, Hospital Lauro de Souza Lima, 2000. p.19-23.

MAGDORF, K. et al. Lepra: ein uberdlick aus padiatrischer sicht. **Klin. Padiatr.**, v.213, n.5, p.266-270, 2001.

MAHAJAN, P.M; JOGAIKAR, D.G; MEHTA, J.M. Study of deformities in children with leprosy: an urban experience. **Indian Journal of Leprosy**, v.67, n.4, p.405-409, 1995.

MATHUR, G.P. et al. Tuberculosis in a BCG: vaccinated child with leprosy. **Indian Pediatrics**, v. 23, n.2, p.1446-1447, 1992.

MAURANO, F. **Origens da lepra em São Paulo.** São Paulo: Serviço de Profilaxia da Lepra, Departamento de Saúde, 1939. 2v.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Área técnica de Hanseníase. **Plano de Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais: 2001-2002.** Belo Horizonte, 2000. Datilografado.

MITTAL, M.M. Hepatic lesions in asymptomatic children of leprosy patients. **International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases**, v.46, n.1. p.42-46, jan./mar.1978.

MOHAN, L. et al. A report on six cases of histoid variety of lepromatous leprosy in children. **Indian Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases**, v.61, n.1, p.03-06, 1989.

MONTEIRO, Y.N. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para os filhos de portadores de hanseníase. **Saúde e Sociedade**, v.7, n.1, p. 3-26, 1998.

NADKARNI, N. J.; GRUGNI, M. S. ; BALAKRISHNAN, M. Childhood leprosy in Bombay: a clinico-epidemiological study. **Indian Journal of Leprosy**, v.60, n.2, p. 173-188, 1988.

NAIK, S. S.; ACHAREKAR, M. Y.; GODBOLE, P. M. Leprosy survey in night high schools in greater Bombay. **Indian Journal of Leprosy**, v.62, n.1, p.116-119, jan./mar.1990.

NETO, J.M.P. **Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde I de Fernandópolis (1993 a 1997)**. 1999. 133 p . Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para o controle da hanseníase**. Washington, 1983. 96p. (OPS). Publicação Científica, 436)

_____. **A saúde no Brasil**. Brasília, 1998. p.20.

_____. Hanseníase hoje. **Boletim – Eliminação da Hanseníase das Américas**, n. 8, nov. 2000.

OPROMOLLA, D.V.A. História. In: CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 1976, Brasília. **Conferência ... Brasília, 1976. p.1-7 (Mimeografado)**

_____. História. In: ____ **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato” , Hospital Lauro de Souza Lima, 2000(a). p.1-5.

_____. Classificação. In: ____ **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato” , Hospital Lauro de Souza Lima, 2000(b). p. 47-49.

PARACATU. Prefeitura Municipal. Secretara Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: período 2001/2002**. Paracatu, 2001.

PARIZHSKAYA, M. et al. Clofazimine enteropathy in a pediatric bone marrow transplant recipient. **Journal of Pediatrics**, v.138, n.4, p.574-576, 2000.

PEDRAZZANI. **A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase**. 1984. 123p. Dissertação(Mestrado)-Universidade de São Paulo, São Paulo,1984.

PEREIRA, G.F.M. **Características da hanseníase no Brasil: situação e tendência no período 1985 a 1996**. 1999. 111p. Dissertação (Mestrado)- Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999(a).

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1999(b).

PRASAD, P.V.S. Childhood Leprosy in a Rural Hospital. **Indian Journal of Pediatrics**. v.65, n.5, p.751-754, 1998.

PRENDES, M. A.G. **História de la lepra em Cuba, Havana**. Cuba: Museo Histórico de las Ciências Medicas “Carlos J. Finlay”, 1963.

RODRIGUEZ, G.; OROZCO, L.C. **Lepra**. Bogota: Instituto Nacional de Salud,1996.

ROY, R.; KALLA, G, Pattern of leprosy in children in Jodhpur. **Indian Journal of Leprosy**, v.69, n.2, p.199-200,1997.

SAHA, K. et al. A study on nutrition, growth and development of a high-risk group of children of urban leprosy patients. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 44. p.471-479, 1990.

SALAFIA, A.; CHAVHAN, G. Nerve abscess in children and adults leprosy patients: analysis of 145 cases and review of the literature. **Acta Leprologica**, v.10, n.1, p.45-50, 1996.

SANTOS, S.A. Atuação do enfermeiro no controle epidemiológico da hanseníase. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.45, n.2/3, p. 227-230, abr./set.1992.

SANTOS, M.F. **O estigma na realidade intrafamiliar do adolescente com hanseníase**. 1999. 181p. Dissertação(Mestrado)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

SAYLAN, T. et al. A scholarship project for the children of leprosy patients in Turkey. **Leprosy Review**, v.71, n.2, p.212-216, jun. 2000.

SEHGAL, V. N. ; JOGINDER. Leprosy in children: correlation of clinical, histopathological, bacteriological and immunological parameters. **Leprosy Review**, v. 60, n.3, p.202-205, sep. 1989.

SEHGAL, V. N. ; SRIVASTAVA, M. D. Leprosy in children. **International Journal of Dermatology**, v.26, n.9, p.557-566, nov.1987.

SELVASEKAR, A. et al. Childhood leprosy in an endemic area . **Leprosy Review**, v.70, n.1, p.21-27, mar.1999.

SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DE HANSENÍASE REALIZADAS EM MINAS GERAIS NO ANO 2000, Belo Horizonte. **Seminário ...** Belo Horizonte, 2001.

SHAH, D. H. et al. Epidemiological studies in children of a low endemic region, a high-endemic region, and dwellers of a leprosy colony: evaluation of Anti-nd-BSA antibodies and lepromin response. **International Journal of Leprosy**, v.62, n.4, p.539-546, 1994.

SOUZA, L. C. S. et al. Potenciais implicações da co-infecção HIV e *m. leprae* em saúde pública. **Revista de Patologia Tropical**, v.28, n.2, p.139-164, jul-dez. 1999.

STANFORD, J.L. et al. Vaccination and skin test studies on the children of leprosy patients. **International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases**, v.57, n.1, p.38-44, mar.1989.

SUAREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. Estimado de prevalência de lepra. **Hansenologia Internationalis**, v. 22, n.2, p.31-35, 1997.

SUNDHARAM, J. A. Leprosy in childhood. **Indian Pediatrics**, v.27, n.0, p.1126-1128, 1990.

TALHARI, S.; TORRECILA, M. A.A. ; TALHARI, A. A study of leprosy and other skin diseases in school children in the state of Amazonas, **Brazil. Lepr. Rev.**, v.58, p.233-237,1987.

TALHARI, S; NEVES, R, G. **Dermatologia tropical**: hanseníase. Manaus, [s.n.], 1997.

TERRERI, M.T. et al. Leprosy: an unusual cause of arthritis in children. **Rev. Bras. Reumat**, v.37, n.1, p.53-55, 1997.

TONIOLLI, A. C. S.; PAGLIUCA, L.M.F. Expressando a dor por meio de jogos psicodramáticos entre os hansenianos: relato de uma experiência. **Nursing**, v.3, n.27, p.30-34, ago.2000.

TRINDADE, M. A. B.; NEMES, M. I. B. Incapacidades Físicas em Hanseníase no Momento do Diagnóstico: Características Epidemiológicas dos Casos Registrados de 1983 a 1988 no Estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**. v.17(1/2), p.8-14, 1992.

VALLISHAYEE, R.S.; ANANTHARAMAN, D.S. Tuberculo sensitivity and skin lesions in children after vaccination with two batches of BCG vaccine. **Indian Journal of Leprosy**, V.70, n.3, p.277-286, 1998.

VELLOSO, A. P. ; ANDRADE, V. A. **Hanseníase**: curar para eliminar. Porto Alegre: Edição das Autoras, 2002. 109 p.

VIRMOND, M; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.30, n.2, p.358-363, jul./set. 1997.

YAWALKAR, S.J. Leprosy for medical practitioners and paramedical workers. 1. ed. Basle: Novartis, 2002.

WAECHTER, E.H ; BLAKE, F. G. **Enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Leprosy elimination campaigns: reaching every patient in every village. **Weekly Epidemiological Record**, v.72, n.28, p.205-208, 1997.

_____. **A guide to leprosy control**. 2.ed. Geneva, 1988. p.6-61

ZODPEY, S. et al. Protective effect of *Bacillus Calmette Guerin* (BCG) against leprosy: a population-based case-control study in Nagpur, India. **Leprosy Review**, v.70, n.3, p.287- 294, sep. 1999.