

# Patologia das Doenças 3

Yvanna Carla de Souza Salgado  
(Organizadora)



 **Atena**  
Editora

Ano 2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P312 Patologia das doenças 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Yvanna Carla de Souza Salgado. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Patologia das Doenças; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-86-4

DOI 10.22533/at.ed.864181411

1. Doenças transmissíveis. 2. Patologia. I. Salgado, Yvanna Carla de Souza. II. Série.

CDD 616.9

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

**Yvanna Carla de Souza Salgado**

(Organizadora)

# **Patologia das Doenças**

## **3**

Atena Editora  
2018

## APRESENTAÇÃO

As obras “Aspectos das Doenças Tropicais II e III” abordam uma série de livros de publicação da Atena Editora. Em seu volume II e III, apresentam em seus capítulos, aspectos gerais e epidemiológicos das doenças tropicais analisados em algumas regiões brasileiras.

As doenças tropicais são assim designadas por se tratarem de um conjunto de doenças infecciosas que ocorrem nas regiões tropicais e subtropicais. Em uma ação que objetiva a avaliação dos indicadores globais e o combate e controle dessas doenças, a Organização Mundial da Saúde lançou uma classificação de “doenças tropicais negligenciadas” para agrupar as doenças tropicais endêmicas, causadas por agentes infecciosos ou parasitas principalmente entre a população mais carente e, cuja prevenção e controle são dificultados pela escassez de investimentos.

Essas doenças afetam especialmente as populações pobres da África, Ásia e América Latina. Juntas, causando aproximadamente entre 500 mil a um milhão de óbitos anualmente, segundo dados da Organização Mundial da Saúde. Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde de 2017, na América Latina e no Caribe, estima-se que 46 milhões de crianças vivem em áreas de alto risco de infecção ou reinfecção com helmintos transmitidos pelo solo e 70,2 milhões estão em risco de doença de Chagas. Mais de 33 mil novos casos de hanseníase e mais de 51 mil casos de leishmaniose cutânea são relatados nas Américas a cada ano. Além disso, 70 milhões de pessoas na região estão em risco de doença de Chagas e 25 milhões sofrem de esquistossomose.

Neste volume III, dedicado às Doenças Tropicais, reunimos um compilado de artigos com estudos dirigidos sobre Doença de Chagas, Leishmaniose, Esquistossomose, Enteroparasitoses, Hanseníase e Raiva em regiões brasileiras, com o intuito de ampliar o conhecimento dos dados epidemiológicos, contribuindo assim para a formulação de políticas públicas de apoio dirigidas às diferentes características regionais deste país continental.

A obra é fruto do esforço e dedicação das pesquisas dos autores e colaboradores de cada capítulo e da Atena Editora em elaborar este projeto de disseminação de conhecimento e da pesquisa brasileira. Espero que este livro possa permitir uma visão geral e regional das doenças tropicais e inspirar os leitores a contribuírem com pesquisas para a promoção de saúde e bem estar social.

Yvanna Carla de Souza Salgado

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL: NOTIFICAÇÕES DE CASOS AGUDOS NO PERÍODO DE 2000 A 2013	
<i>Tiago Ferreira Dantas</i>	
<i>Thaiane do Carmo Wanderley</i>	
<i>Ririslâyne Barbosa da Silva</i>	
<i>Maria Eduarda Guimarães Barros Suruagy do Amaral</i>	
<i>Erika Priscilla Lopes Cordeiro</i>	
<i>Francisca Maria Nunes da Silva</i>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>7</b>
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA DE CHAGAS EM ALAGOAS	
<i>Layanna Bezerra Nascimento</i>	
<i>Lucas Roberto da Silva Barbosa</i>	
<i>Rafaella Lima dos Santos</i>	
<i>Rodrigo Daudt Tenório</i>	
<i>Thalita Ferreira Torres</i>	
<i>Marina Valdez Santos</i>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>15</b>
SÍNTESE E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTI-T.CRUIZI DE TIAZÓIS	
<i>Lucianna Rabêlo Pessoa de Siqueira</i>	
<i>Miria de Oliveira Barbosa</i>	
<i>Arsênio Rodrigues Oliveira</i>	
<i>Gevanio Bezerra de Oliveira Filho</i>	
<i>Marcos Victor Gregório Oliveira</i>	
<i>Thiago André Ramos dos Santos</i>	
<i>Valéria Rêgo Alves Pereira</i>	
<i>Ana Cristina Lima Leite</i>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>25</b>
IDENTIFICAÇÃO DE FÁRMACOS CONTRA TRYPANOSOMA CRUIZI ATRAVÉS DE ESTRATÉGIA DE QUIMIOTERAPÊUTICA POR REPOSICIONAMENTO	
<i>Wanessa Moreira Goes</i>	
<i>Juliana Rodrigues</i>	
<i>Renato Beilner Machado</i>	
<i>Taízy Leda Tavares</i>	
<i>Francesca Guaracyaba Garcia Chapadense</i>	
<i>Moisés Moraes Inácio</i>	
<i>Pedro Vitor Lemos Cravo</i>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>35</b>
INCIDÊNCIA DE DOENÇAS PARASITÁRIAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM ALAGOAS: TRIPANOSSOMÍASE AMERICANA	
<i>Rafael dos Santos Nascimento</i>	
<i>Amanda Cavalcante de Macêdo</i>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>41</b>
A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE CHAGÁSICO	
<i>Gabriela Correia de Araújo Novais</i>	
<i>Bárbara Tenório de Almeida</i>	
<i>Caroline Montenegro Silva</i>	
<i>Laís Virgínia de Lima Silva</i>	
<i>Gabriela Castro Guimarães</i>	
<i>Rodrigo Daudt Tenório</i>	
<i>Gabriela Souto Vieira de Mello</i>	

<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>48</b>
ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DO MATO GROSSO – 2012 A 2016	
<i>Rafaela Freitas</i>	
<i>Andressa Quadros Alba</i>	
<i>Paulo Sérgio de Souza Leite Segura</i>	
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>56</b>
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR DAS ESPÉCIES DE LEISHMANIA PREVALENTES NA REGIÃO DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL - TOCANTINS, BRASIL, 2011-2015	
<i>Joandson dos Santos Souza</i>	
<i>Danilo Carvalho Guimarães</i>	
<i>Bruna Silva Resende</i>	
<i>Cálita Pollyanna Marques</i>	
<i>Miriam Leandro Dorta</i>	
<i>Carina Scolari Gosch</i>	
<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>70</b>
AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM RELAÇÃO A LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA EM MONTES CLAROS-MG	
<i>Jefferson Oliveira Silva</i>	
<i>Anna Clara A. Silveira</i>	
<i>Fernando Fialho Pires</i>	
<i>Amanda Evellyn Macedo Silva</i>	
<i>Fernanda Santana da Silva</i>	
<i>Fabiana da Silva Vieira Matrangolo</i>	
<b>CAPÍTULO 10 .....</b>	<b>72</b>
AVALIAÇÃO DA IMUNOGENICIDADE DE CÉLULAS DENDRÍTICAS ESTIMULADAS COM PEPTÍDEOS RECOMBINANTES DE LEISHMANIA VIANNIA BRAZILIENSES	
<i>Ailton Alvaro da Silva</i>	
<i>Rafael de Freitas e Silva</i>	
<i>Beatriz Coutinho de Oliveira</i>	
<i>Maria Carolina Accioly Brelaz-de-Castro</i>	
<i>Luiz Felipe Gomes Rebello Ferreira</i>	
<i>Marcelo Zaldini Hernandez</i>	
<i>Oswaldo Pompílio de Melo Neto</i>	
<i>Antônio Mauro Rezende</i>	
<i>Valéria Rêgo Alves Pereira</i>	
<b>CAPÍTULO 11 .....</b>	<b>88</b>
DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DAS LEISHMANIOSES: COMPARAÇÃO ENTRE A CITOMETRIA DE FLUXO E MÉTODOS CONVENCIONAIS	
<i>Beatriz Coutinho de Oliveira</i>	
<i>Andresa Pereira de Oliveira Mendes</i>	
<i>Elis Dionísio da Silva</i>	
<i>Allana Maria de Souza Pereira</i>	
<i>Maria Carolina Accioly Brelaz de Castro</i>	
<i>Maria Edileuza Felinto de Brito</i>	
<i>Valéria Rêgo Alves Pereira</i>	
<b>CAPÍTULO 12 .....</b>	<b>103</b>
UTILIZAÇÃO DO SWAB NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM LEISHMANIOSES DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES,	

PARA O DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

*Angélica Olivino da Silva*  
*Maria Edileuza Felinto de Brito*  
*Sinval Pinto Brandão-Filho*  
*Roberto Pereira Werkhäuser*  
*Eduardo Henrique Gomes Rodrigues*

**CAPÍTULO 13..... 113**

ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO NO TRATAMENTO DA COINFECÇÃO LEISHMANIA – HIV

*Ray Almeida da Silva Rocha*  
*Iran Roger Alkimin de Oliveira Júnior*  
*Paula Silva Aragão*  
*Bruna Silva Resende*  
*Alexandre Janotti*  
*Carina Scolari Gosch*

**CAPÍTULO 14..... 123**

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS INQUÉRITOS SOROLÓGICOS CANINOS COMO AÇÃO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LEISHMANIOSE VISCERAL NA REGIÃO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

*Denise Maria Bussoni Bertollo*  
*Jose Eduardo Tolezano*

**CAPÍTULO 15..... 134**

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUISTOSSOMOSE NO NORDESTE BRASILEIRO

*Alexandre Wendell Araujo Moura*  
*Everly Santos Menezes*  
*Jean Moisés Ferreira*  
*Adriely Ferreira da Silva*  
*Ana Caroline Melo dos Santos*  
*Willian Miguel*  
*Denise Macêdo da Silva*  
*Edilson Leite de Moura*  
*Karol Fireman de Farias*  
*Elaine Virgínea Martins de Souza Figueiredo*

**CAPÍTULO 16..... 148**

MECANISMO DE AGRESSÃO E DEFESA DA ESQUISTOSSOMOSE: UMA VISÃO DIRECIONADA A REGULAÇÃO DA THO E A EOSINOFILIA

*Gabriela Castro Guimarães*  
*Laís Virgínia de Lima Silva*  
*Caroline Montenegro Silva*  
*Bárbara Tenório de Almeida*  
*Gabriela Correia de Araújo Novais*  
*Rodrigo Daudt Tenório*  
*Cristiane Monteiro da Cruz*

**CAPÍTULO 17 ..... 155**

SUSCETIBILIDADE DE MOLUSCOS *B. GLABRATA* A INFECÇÃO POR *SCHISTOSOMA MANSONI*, EM ÁREA PERIURBANA DE SÃO LUÍS, MA: UMA REVISÃO

*Iramar Borba de Carvalho*  
*Renato Mendes Miranda*  
*Clícia Rosane Costa França Nino*  
*Dorlam's da Silva Oliveira*  
*Renato Juvino de Aragão Mendes*  
*Adalberto Alves Pereira Filho*  
*Inaldo de Castro Garros*  
*Ivone Garros Rosa*

<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>161</b>
TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO INSTRUMENTOS PARA O CONHECIMENTO E COMBATE DE AGENTES DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	
<i>Edemilton Ribeiro Santos Junior</i>	
<i>Ligia Maffei Carnevalli</i>	
<i>Luiz Henrique Silva Mota</i>	
<i>Raíssa da Silva Santos</i>	
<i>Rebeca Correa Rossi</i>	
<i>João Victor Vieira Alves</i>	
<i>Ana Lúcia Moreno Amor</i>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>174</b>
LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS ENTEROPARASITAS EM ESCOLARES QUILOMBOLA NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ, AMAPÁ	
<i>Rubens Alex de Oliveira Menezes</i>	
<i>Margarete do Socorro Mendonça Gomes</i>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>187</b>
FREQUÊNCIA DE PARASITÓSES INTESTINAIS: UM ESTUDO COM CRIANÇAS DE UMA CRECHE PÚBLICA E PARTICULAR NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ, AMAPÁ, BRASIL	
<i>Rubens Alex de Oliveira Menezes</i>	
<i>Margarete do Socorro Mendonça Gomes</i>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>204</b>
HEMODIALISADOS E INFECÇÃO POR ENTEROPARASITÓSES	
<i>Bianca Teshima de Alencar</i>	
<i>Noely Machado Vieira</i>	
<i>Antonio Francisco Malheiros</i>	
<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>211</b>
ALTERAÇÕES LABORATORIAIS NA FASCIOLÍASE	
<i>Yuho Matsumoto</i>	
<i>Valeria Paes Lima Fernandes</i>	
<i>Walcyamar Pereira Santiago</i>	
<i>Shiguero Ofugi</i>	
<i>Cleudson Nery de Castro</i>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>213</b>
ASPECTOS GERAIS DA HANSENÍASE	
<i>Luana Nepomuceno Gondim Costa Lima</i>	
<i>Everaldina Cordeiro dos Santos</i>	
<i>Jasna Leticia Pinto Paz</i>	
<i>Karla Valéria Batista Lima</i>	
<b>CAPÍTULO 24</b> .....	<b>236</b>
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DA HANSENÍASE NO NORDESTE BRASILEIRO	
<i>Layanne Almeida Cezário</i>	
<i>Carla Bomfim Silva</i>	
<i>Margé Rufino Nascimento da Silva</i>	
<i>Lealdo Rodrigues de Andrade Filho</i>	
<i>Givânia Bezerra de Melo</i>	
<i>Maria Anilda dos Santos Araújo</i>	
<b>CAPÍTULO 25</b> .....	<b>249</b>
HANSENÍASE EM MATO GROSSO, AMAZÔNIA LEGAL, BRASIL, 2005-2016	
<i>Tony José de Souza</i>	

*Hélio Campos de Jesus*  
*Júlia Maria Vicente de Assis*  
*Marina Atanaka*

**CAPÍTULO 26 ..... 263**

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM SÃO MATEUS, ESPÍRITO SANTO ENTRE 2010 A 2015

*Murilo S. Costa*  
*Blenda de O. Gongôr*  
*Lorrane de O. Guerra*

**CAPÍTULO 27 ..... 264**

AÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE CASOS E CONTATOS DE HANSENÍASE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OLINDA - PERNAMBUCO

*Janaína Mariana de Araújo Miranda Brito Marques*

**CAPÍTULO 28 ..... 276**

GRUPO DE AUTOCUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO A UM GRUPO DE PACIENTES COM HANSENÍASE DE CACOAL-RO

*Jessíca Reco Cruz*  
*Cristiano Rodrigue de Souza*  
*Priscilla Cristina dos Santos*  
*Thayanne Pastro Loth*  
*Thereza Christina Torres Pinheiro*  
*Teresinha Cícera Teodora Viana*

**CAPÍTULO 29 ..... 292**

NEUROPATIA HANSÊNICA: ACOMETIMENTO DE NERVOS PERIFÉRICOS E O IMPACTO PSICOSSOCIAL

*Rodrigo Daudt Tenório*  
*Layanna Bezerra Nascimento*  
*Lucas Roberto da Silva Barbosa*  
*Marina Valdez dos Santos*

**CAPÍTULO 30 ..... 296**

LEVANTAMENTO SOBRE A COBERTURA VACINAL ANTIRRÁBICA DE CÃES E GATOS NO PERÍODO DE 2012 A 2014 E SUA ASSOCIAÇÃO COM OS CASOS DE AGRESSÕES A HUMANOS, NO ESTADO DO PIAUÍ

*Raissa Paula Araújo Alves*  
*Tibério Barbosa Nunes Neto*  
*Dayane Francisca Higino Miranda*  
*Júlio Cezar da Silva Barros*  
*Inácio Pereira Lima*  
*Nádia Rossi de Almeida*  
*Flaviane Alves de Pinho*

**SOBRE A ORGANIZADORA ..... 307**

## AÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE CASOS E CONTATOS DE HANSENÍASE EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OLINDA - PERNAMBUCO

### **Janaína Mariana de Araújo Miranda Brito Marques**

Médica formada pela Universidade de Pernambuco – UPE

Residência em Neurologia (em curso) pela Universidade de Pernambuco – UPE

Especialização em Saúde das Famílias e das Comunidades pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB-2015) – UFPE.

Recife – Pernambuco

**RESUMO:** A Hanseníase é uma doença milenar que já provocou isolamento, preconceito e exclusão social na história da humanidade. Ainda hoje constitui um grande problema de saúde pública no Brasil. A finalidade do presente estudo foi realizar estratégias para diagnóstico precoce dos casos novos de Hanseníase, com baixa detecção há mais de dois anos no Município de Olinda. Foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: estudo teórico e prático a respeito do tema, treinamento da Equipe de Saúde da Família para rastreio inicial e conduta adequada diante de caso suspeito, ações com grupos educativos na USF e realização de mutirão com exame clínico de manchas da população suspeita, assim como otimização do atendimento e início do tratamento na Unidade para os casos identificados. A USF Jardim Atlântico,

em Olinda - PE, encontrava-se há dois anos como Unidade silenciosa, com nenhuma detecção de casos novos para esta doença, o que se contradiz quando contextualizada em uma região de alta prevalência da mesma. As principais causas dessa alta prevalência são: diagnóstico tardio, ausência de educação continuada dos profissionais da saúde, falta de ações educativas comunitárias e familiares, déficit no conhecimento da população acerca da doença, falha na cobertura assistencial. Dessa maneira, o estudo aponta para a necessidade de estratégias nos serviços de saúde da Atenção Básica que considerem essas deficiências e ausências, proporcionando qualificação no acesso, promoção e proteção à saúde do hanseniano.

**PALAVRAS-CHAVE:** hanseníase, intervenção, saúde pública.

**ABSTRACT:** Leprosy is a millennial disease that has already provoked isolation, prejudice and social exclusion in the history of humanity. Even today, it is a major public health problem in Brazil. The purpose of the present study was to carry out strategies for the early diagnosis of new cases of leprosy, with a low detection for more than two years in the Municipality of Olinda. The following methodological procedures were used: a theoretical and practical study on the subject, training of the Family Health Team for

initial screening and appropriate conduct in the case of suspected cases, actions with educational groups, and joint efforts with clinical examination of suspicious population, as well as optimization of care and initiation of treatment in the Unit for the cases identified. The USF Jardim Atlântico, in Olinda - PE, was for two years as a silent unit, with no detection of new cases for this disease, which contradicts when contextualized in a region of high prevalence of it. The main causes of this high prevalence are: late diagnosis, lack of continuing education of health professionals, lack of community and family educational activities, lack of knowledge about the disease, and lack of health care coverage. Thus, the study points to the need for strategies in the health services of Primary Care that consider these deficiencies and absences, providing qualification in the access, promotion and protection of the health of Hansen.

**KEYWORDS:** leprosy, intervention, public health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica de caráter granulomatoso proveniente da infecção causada pelo *Mycobacterium leprae* (ou bacilo de Hansen), pertencente à família das mycobactérias. Sua fonte de infecção é o homem, e o seu contágio se dá através do contato entre indivíduos sadios com casos contagiantes da doença (multibacilares) sem tratamento.

Os principais sinais e sintomas da doença são:

- Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (sensação de formigamentos, choques e câimbras que podem evoluir para dormência);
- Pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pêlos, de forma localizada ou difusa, especialmente em sobrancelhas;
- Falta ou ausência de sudorese no local.

As lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia - sensação de queimação, formigamento e/ou coceira no local, que evoluem para ausência de sensibilidade e, a partir daí, não coçam e o paciente refere dormência com diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou ao tato - em qualquer parte do corpo. (BRASIL, 2008a)

Conforme Araújo (2003), as manifestações clínicas da hanseníase são muito variáveis e estão relacionadas com o grau de imunidade do paciente frente ao *Mycobacterium*, as quais se classificam como: Paucibacilar: até cinco lesões cutâneas (Indeterminada e Tuberculoide); e Multibacilar: mais que cinco lesões cutâneas (Dimorfa e Virchowiana).

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente

clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para serviços de maior complexidade para confirmação diagnóstica. Deve-se abordar, na anamnese, a presença dos sinais e sintomas citados anteriormente, bem como acolher as dúvidas, impressões e opiniões do paciente.

O objetivo da vigilância epidemiológica é a busca pelo diagnóstico e tratamento precoce dos casos, buscando interromper a cadeia de transmissão. É uma doença de notificação compulsória. A associação de drogas é altamente eficaz contra o *Mycobacterium leprae* e os pacientes devem ser tratados em regime ambulatorial, sendo recomendado internação hospitalar nos episódios reacionais graves. (BRASIL, 2008a).

Segundo as recomendações do SUS, é de competência dos municípios a organização dos serviços da atenção básica, e é atribuído ao Estado, os papéis de normatização, avaliação e assessoria técnica. Dessa forma, os municípios assumem a responsabilidade como gestores da saúde e à rede básica de saúde cabe a competência de prestar a assistência à população e assim, em específico, aos doentes com hanseníase. (BRASIL, 2006)

Segundo dados divulgados nos relatórios do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, atualmente, 93,51% dos municípios fazem diagnóstico e realizam tratamento poliquimioterápico. Em Pernambuco, 14 municípios são considerados prioritários: Abreu de Lima, Araripina, Belo Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa Grande, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão. Ainda segundo os dados obtidos dos relatórios do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase em Pernambuco, que atualmente é de 2,7 casos/10 mil habitantes, o Estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de média endemicidade segundo os parâmetros de prevalência. Por meio da distribuição espacial verificam-se áreas mais endêmicas concentradas a leste e oeste de Pernambuco, próximo à área metropolitana e do semiárido. Entre os 187 municípios do Estado, 32 (17%) não notificaram casos novos em 2010 e 25 são considerados hiperendêmicos. A capital Recife apresentou 55,6 casos novos/100 mil habitantes em 2010, padrão muito alto de endemicidade. No entanto, observa-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de 1,1 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos. O coeficiente geral de detecção em 2010 foi de 31,8 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 12,1 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010

foi regular, com 61,9%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado também regular de 81,9% em 2010. (OLIVEIRA, 2012)

A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda em patamares muito altos na Região Nordeste. Essa informação fortalece o esforço pelo alcance da meta do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC (Mais Saúde/Mistério da Saúde), que propõe reduzir a doença em menores de 15 anos, mas se contrapõe à existência de regiões com aglomeração de casos e indícios de transmissão ativa. Essas concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira, residentes em extensas áreas geográficas, o que adiciona maior complexidade a intervenções efetivas (BRASIL, 2011).

Desta forma, diante destes indicadores apresentados, como profissionais da saúde, sentimos imbuídos pelo desejo de amenizar esse quadro, visto que, para a eliminação desta doença como problema de saúde pública, há necessidade de detectar em primeiro momento, o evento que acarreta a problemática, para posteriormente sermos capazes de planejar, aplicar e gerenciar ações específicas para resolução do problema, promovendo a erradicação da doença no município, e em seguida em todas as regiões do país, já que essa endemia ocorre em todas as regiões, apresentando uma taxa bastante variável.

Essa pesquisa é relevante quanto aos aspectos social e político, uma vez que a infecção tornou-se um agravante da saúde pública, além do preconceito existente perante aos doentes.

Considerando a necessidade de encontrar estratégias para melhorar o atendimento e a precocidade do diagnóstico da Hanseníase e colaborar para romper o ciclo de transmissão, o estudo objetivou a atualização da equipe de saúde, a conscientização da população sobre a importância da detecção precoce da doença e sobre os malefícios desencadeados por preconceitos e estigmas em relação aos pacientes.

## **2 | O PROBLEMA**

O tratamento do portador da doença é essencial para a sua cura e para a eliminação da fonte de infecção, quebrando a cadeia de transmissão da doença. O controle da hanseníase se baseia na descoberta dos casos de pacientes já doentes, no tratamento regular dos diagnosticados e no exame dos contatos domiciliares desses casos, assim como no acompanhamento sistemático dos casos através das Equipes de Saúde da Família, medida considerada fundamental para o controle efetivo.

Para a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, ou seja, o alcance do coeficiente de prevalência em níveis inferiores a 1 caso em cada 10.000 habitantes, há necessidade de oferecer oportunidade de diagnóstico e tratamento

adequado para todos os doentes conhecidos e aqueles ainda não descobertos.

Isto só será alcançado com a implantação das ações de controle em toda a rede de serviços, organização de sistemas de referência e contra-referência e com a divulgação dos sinais e sintomas e cura da Hanseníase junto à população em geral.

O atual projeto de intervenção buscou intervir na Unidade de Saúde da Família Jardim Atlântico II, município de Olinda e sua população adstrita. Suas ações envolveram desde a capacitação adequada da Equipe de saúde com estudo teórico e prático a respeito do tema para rastreio inicial e conduta adequada diante de caso suspeito; programa com grupos educativos na USF, escolas, áreas de risco maior como aglomerado ou casos de hanseníase já tratados, e realização de mutirão com exame clínico de manchas da população adstrita, assim como otimização do tempo de início do tratamento para os casos diagnosticados.

### 3 | JUSTIFICATIVA

É fato que quando diagnosticada e tratada tardiamente, a hanseníase pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não apenas pelas lesões que os incapacitam fisicamente, mas, sobretudo, pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade.

O estado de Pernambuco detém 8,0% dos casos novos de hanseníase do Brasil na população geral e 12,0% dos casos em menores de 15 anos. Entre 2008 e 2012, o coeficiente de detecção geral apresenta-se com uma tendência de redução e a curva em menores de 15 anos sofreu pequenas variações, mantendo um parâmetro regular, mostrando uma provável endemia oculta. (PERNAMBUCO, 2013)

Este último indicador tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase. Os resultados de ambos os coeficientes citados acima demonstram problemas operacionais, já que os mesmos refletem a capacidade de execução dos serviços.

Historicamente, os municípios com maior número de casos encontram-se na Região Metropolitana do Recife (RMR), sobretudo Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda, provavelmente devido à maior circulação do agente etiológico e também à concentração das referências secundárias situadas nessa regional de saúde, tanto no âmbito municipal quanto estadual, havendo assim uma maior intensificação de diagnóstico e maior busca ativa concentrados nessa área. (HINRICHSEN et al, 2004)

Segundo dados divulgados no site do Movimento de Reintegração das pessoas acometidas pela Hanseníase ([morhan.org.br](http://morhan.org.br)), com base nos boletins informativos da Secretaria de Saúde do município, Olinda está entre as cidades brasileiras com níveis hiperendêmicos da doença. A taxa de prevalência da cidade é de 7,2 casos por 10 mil habitantes, enquanto a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) é que esses parâmetros sejam reduzidos para pelo menos um caso por 10 mil habitantes. A população de Olinda conta com dois postos de referência: a Policlínica Barros Barreto, no Carmo, e a São Benedito, em Peixinhos.

A Unidade de Saúde da Família Jardim Atlântico II, situada na Regional II do município de Olinda, acompanha 890 famílias e encontrava-se como área silenciosa para diagnóstico de Hanseníase há dois anos (2013 a jul/2015). Desta forma, este projeto de intervenção traz consigo a possibilidade de mudanças deste quadro atual que não é condizente com a realidade endêmica de casos de hanseníase deste município. A proposta foi trazer considerável impacto e relevância para esta comunidade e para a Equipe de Saúde, que se reorganizou e foi capacitada para o acolhimento e identificação dos casos silenciosos desta região.

#### 4 | REVISÃO DE LITERATURA

Conhecida desde antigas civilizações, esta doença que até então era chamada de lepra (do grego: manchas de pele), carregou consigo diversos preconceitos, discriminação, sofrimento, rejeição e isolamento. Teve a sua nomenclatura mudada por intervenção do governo brasileiro de acordo com a Lei nº 9.010, 1995, que legislou proibindo a utilização do termo “lepra” em documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros. A partir de então, o termo designativo para a doença passou a ser “hanseníase” em homenagem a Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), médico norueguês que descobriu, em 1873, o agente causador da infecção (LOPES, 2004).

A lepra foi durante muito tempo incurável e muito mutiladora, forçando o isolamento dos pacientes em leprosários, principalmente na Europa da Idade Média, onde eram obrigados a carregar sinos para anunciar a sua presença. No Brasil existiram leis para que os portadores de lepra fossem “capturados” e obrigados a viver em leprosários, a exemplo do Sanatório Aimorés (em Bauru, SP), o Hospital do Pirapitingui (Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes), o Hospital Curupaiti em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro e a Colônia Leprosáriada Mirueira, em Pernambuco. A lei “compulsória” foi revogada em 1962, porém o retorno dos pacientes ao seu convívio social era extremamente difícil, em razão da pobreza e isolamento social e familiar a que eles estavam submetidos. (SANTOS, 2014)

A lepra atinge atualmente mais de 12 milhões de pessoas em todo o planeta. Há em média 700.000 casos novos por ano no mundo, contra 640.000 em 1999. No entanto em países desenvolvidos é quase inexistente, como por exemplo, a França que conta com apenas 250 casos declarados. (BRASIL, 2012)

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), referencia 91 países afetados: a Índia, a Birmânia e o Nepal totalizam 70% dos casos em 2000. Em 2002, 763.917 novos casos foram detectados: o Brasil, Madagáscar, Moçambique, a Tanzânia e o Nepal

representam 90% dos casos de lepra. Estima-se em 2 milhões o número de pessoas severamente mutiladas pela lepra em todo o mundo. Mesmo sendo a hanseníase conhecida há séculos, ainda existem lacunas no conhecimento dos mecanismos de transmissão. Portanto, as intervenções para reduzir a transmissão da doença são baseadas no diagnóstico precoce e no tratamento da doença. Adicionalmente, em razão da importante redução da incidência da hanseníase no final do século XIX na Noruega, sabe-se que as condições de vida interferem no padrão de ocorrência da doença. (SILVA et al., 2010) De acordo com Bandeira (2010), no Brasil a introdução da hanseníase foi através da vinda de escravos africanos e pelos colonizadores europeus, principalmente, portugueses que devido às condições socioeconômicas e o completo desconhecimento em relação às terapêuticas contribuíram para propagação da doença. Quando a situação se mostrou fora de controle os médicos brasileiros passaram a se interessar pela hanseníase se dedicando a realização de estudos, pesquisas e cursos no exterior o que proporcionou o desenvolvimento de medidas baseadas nas ações preventivas, promocionais e curativas, sendo estas, realizadas com sucesso pelas equipes do Programa Saúde Família (PSF) que em nível domiciliar, abordam a população informando sobre os sinais, sintomas, o diagnóstico e tratamento para que as imagens e ideias sobre a hanseníase que fazem parte da sociedade se transformem e deixem de ser algo estigmatizante, fazendo com que os seus portadores não ocultem o problema a fim de não serem discriminados. Este fato, associado às precárias condições socioeconômicas tem dificultado o trabalho de erradicação da doença.

É portanto, uma doença crônica, de grande importância para a saúde pública devido ao seu grau incapacitante e por atingir a população economicamente ativa. O bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade); essas propriedades dependem além das características intrínsecas do bacilo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio. O *M. leprae* infecta nervos periféricos, especificamente células de Schwann e o trato respiratório seria a mais provável via de entrada do bacilo no corpo, a transmissão ocorre enquanto o tratamento específico não for iniciado. (BRASIL, 2010a)

A rede que determina as causas da doença, atualmente, leva em consideração a biologia molecular do bacilo de Hansen, aspectos genéticos e imunológicos do hospedeiro - mesmo ainda não sendo totalmente conhecidos - os determinantes sociais, a exemplo da qualidade de vida, saneamento, práticas culturais, pobreza e outros aspectos. (MAGALHÃES; ROJAS 2007)

O diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações prioritárias para bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, assim como para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, a seus familiares e à sociedade.

As ações de combate à Hanseníase dependem da qualificação de todos os

profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos, conversar com o paciente e encaminhá-lo para realização de exames, tratamento adequado e reabilitação, quando necessária. Elas dependem ainda da gestão em rede dos serviços necessários à assistência integral e igualitária à saúde das pessoas acometidas pela doença. (BRASIL, 2008b)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), toda pessoa que apresenta lesões ou, um ou mais dos critérios listados a seguir: lesão de pele com alterações de sensibilidade, espessamento de nervo(s) periférico(s), acompanhado de alteração de sensibilidade e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen (com ou sem história epidemiológica) requer tratamento quimioterápico específico.

Segundo Opromolla (2002), o exame dos contatos intradomiciliares, definidos como toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos 10 anos, é justificado pelo fato de que elas apresentam um maior risco de adoecimento do que a população em geral.

A classificação da Hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas: PAUCIBACILAR (PB) - casos com até cinco lesões de pele; e MULTIBACILAR (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), sempre que disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos como PB ou MB. Porém, o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2010b).

De acordo com Araújo (2003), toda atenção deve ser dada ao diagnóstico precoce do comprometimento neural. A melhor forma de prevenir incapacidades é fazer o tratamento poliquimioterápico, de modo regular e completo. Essa medida é necessária para evitar a evolução da doença com seqüelas, tais como úlceras, perda da força física e deformidades (mãos em garra, pé caído e/ou cegueira). Nas últimas décadas as taxas de prevalência tiveram declínio como conseqüência da consolidação do tratamento poliquimioterápico.

A organização dos serviços de saúde é um dos fatores mais importantes no enfrentamento da hanseníase por proporcionar a detecção e o tratamento. Portanto, deve-se investir na estruturação e qualificação dos serviços locais para oferecer a adequada abordagem aos portadores da hanseníase e assim poder interromper a cadeia de transmissão da doença. A intersetorialidade deve ser considerada como estratégia primordial no processo político e social da promoção de saúde, sendo identificada com mais ênfase nas responsabilidades institucionais. (ANDRADE, 2011)

Existem obstáculos que devem ser superados para que o diagnóstico da hanseníase seja feito precocemente, eles referem-se às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e a população:

a) as unidades de saúde devem ter seus serviços organizados para desenvolver as atividades de controle da hanseníase, garantindo o acesso da população a esses serviços;

b) os profissionais de saúde devem estar capacitados para reconhecer os sinais e sintomas da doença, isto é para diagnosticar e tratar os casos de hanseníase;

c) os profissionais de saúde devem estar capacitados para realizar ações de promoção de saúde; a população deve conhecer os sinais e sintomas da doença e deve estar informada que a hanseníase tem cura. Deve estar informada, também, sobre o tratamento e estar motivada a buscá-lo nas unidades de saúde de seu município. (BRASIL, 2008a)

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase recomenda que as equipes de saúde da família somem esforços no sentido de levar a informação sobre a doença, importância do diagnóstico precoce e tratamento oportuno eficaz em todos os cantos do nosso país. A busca ativa em focos de transmissão recente da doença especialmente diante do diagnóstico em menores de 15 anos, deve ser estimulada. (BRASIL, 2007)

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam ter uma atuação consciente sobre a família e competência para realizar o diagnóstico de forma integral, fazendo da consulta inicial um momento oportuno para estabelecer vínculos e para conhecer as pessoas. Além disso, devem ter a capacidade para construir um processo de intervenção clínica com base nos fatores epidemiológicos e coletivos, respeitando a autonomia dos sujeitos envolvidos. Tem-se observado que grande parte dos diagnósticos é concluída com a realização do exame físico completo e a com a coleta do histórico do paciente.

Diante do exposto, buscou-se com o presente projeto, aumentar o nível de conhecimento sobre a doença, tanto da equipe quanto da população; diminuir o preconceito existente em relação à hanseníase; humanizar o atendimento e realizar o diagnóstico precoce de pacientes e contatos.

## 5 | METODOLOGIA

O estudo tratou-se de um Projeto de Intervenção realizado na Unidade de Atenção Básica de Jardim Atlântico, localizada no município de Olinda, Pernambuco. A UBS é composta por 890 famílias, um total de 3560 pessoas, sendo 1708 do sexo masculino e 1852 do feminino.

Na Unidade Básica de Saúde de Jardim Atlântico funciona a Estratégia de Saúde da Família, contando com os seguintes profissionais: um enfermeiro, seis Agentes Comunitários de Saúde, uma técnica de enfermagem e um clínico geral.

A proposta de intervenção foi realizada da seguinte forma:

1. Foi realizada atualização na literatura sobre o tema, conforme protocolos ministeriais e artigos atualizados em bibliotecas virtuais, com estudo e enfoque para capacitação prática da Equipe. Após isto, realizamos duas reuniões semanais para exposição, discussão de casos clínicos e elaboração de fluxograma da proposta de intervenção em conjunto com todos os integrantes da Equipe nas duas semanas

seguintes. Neste momento, realizamos a construção de um mapa inteligente para localizar as áreas de aglomeração e casos suspeitos, o que nos facilitou na busca ativa.

2. Foram desenvolvidas atividades educativas com o tema Hanseníase, tendo a participação da comunidade e usuários presentes no serviço. Outras ações educativas foram realizadas na praça central desta região, tendo como público alvo a população local;

3. Seguindo das ações educativas, agendamos com esta comunidade a realização de mutirão na própria Unidade, para avaliação dermatoneurológica de casos suspeitos e busca ativa para os casos identificados no mapa inteligente;

4. Na realização das atividades educativas também agendamos atendimento dos pacientes sintomáticos de acordo com o fluxograma organizado pela equipe;

5. Durante todas as quartas-feiras foram reservadas 04 vagas para consultas médicas aos pacientes suspeitos de hanseníase e contatos, a fim de que a dificuldade ao acesso não fosse mais um entrave para o diagnóstico e tratamento precoces.

## 6 | RESULTADOS

Com a realização do presente projeto, foi possível intensificar o rastreamento de Hanseníase na comunidade de Jardim Atlântico, preparando a equipe multiprofissional para o atendimento com qualidade, através de atualização promovida com base nas recomendações do Ministério da Saúde. No mutirão realizado para exame clínico-dermatológico dos casos suspeitos, das 68 pessoas avaliadas, foram confirmados 9 casos de hanseníase (13,2%) com avaliação dos contatos, notificação, início da poliquimioterapia (PQT) e avaliação de déficit neurológico. Desta amostra identificada, quatro casos (45%) foram do tipo Multibacilar (>5 lesões) e cinco casos (55%) do tipo Paucibacilar (< 5 lesões). Propiciou ainda, a integração entre a equipe, sendo elaborado um fluxograma específico para os atendimentos. Ações educativas com a finalidade de disseminar conhecimentos quanto aos sinais e sintomas da hanseníase à comunidade, tornando possível o agendamento de consultas para identificar esses pacientes, estabelecendo-as como rotina na programação da Unidade.

Além disso, foi promovida uma mobilização local do serviço de saúde e da sociedade, no sentido de desmistificar conceitos errôneos sobre a doença e conscientizar a população quanto às possibilidades de tratamento e convivência. Como resultados dessa articulação, foram identificados novos usuários sintomáticos, sendo descartadas ou não as suspeitas diagnósticas, após submissão ao exame clínico e baciloscopia, com início do tratamento quando indicado.

Dessa forma, muitos progressos foram observados, no que se refere à oferta dos serviços de saúde com maior qualidade, a um trabalho multiprofissional mais

integrado, a uma participação mais efetiva da comunidade. Vale destacar ainda, que as atividades direcionadas ao rastreamento da hanseníase fizeram parte da agenda de prioridades das ações de saúde da UBS Jardim Atlântico, intensificando não apenas o diagnóstico da doença, mas principalmente o rompimento da cadeia de transmissão.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. F. **Identificação precoce de casos e contatos de hanseníase no distrito de Nova América**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Caarapó – MS. 2011

ARAÚJO, M. G. **A hanseníase no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]. 2003, vol.36, n.3, pp. 373-382. ISSN 1678-9849. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S003786822003000300010> Acesso em 04.fev.2016

BANDEIRA, R. A. **Prevalência de hanseníase na macro-região de Palmas, Estado do Tocantins, em 2009**. 69 f., 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.125 de 07 de outubro de 2010. **Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase**. Diário Oficial da União, Brasília, 2010a

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010b

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Prevenção de Incapacidades** n. 1. 3ª Edição, 2008a.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - n. 21**. 2ª edição. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF. 2008b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica Nº 42**. Ano VIII, setembro/outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015)**. Diretrizes Operacionais (Atualizadas) – 2011

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública**: plano de ação 2011-2015. Brasília; 2012

HINRICHSEN, L.; et al. **Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002**. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(4):413-421, jul./ago. 2004.

LOPES, A. F. **Transformando a lepra em hanseníase**. A árdua tentativa para a eliminação de um estigma. Curso de Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ- 2004.

MAGALHAES, M. C. C.; ROJAS, L. I. **Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 75-

84. jun. 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742007000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000200002&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 20 jan. 2016

**Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase.** Disponível em <<http://www.morhan.org.br/noticias/46/olinda>> Acesso em 11/01/2016 as 20h05

OLIVEIRA, V. M. **Levantamento epidemiológico da hanseníase no Estado de Pernambuco**, Brasil, de 2001 a 2010. Scire Saluti, v.3 - n.1. Aquidã, 2012

OPROMOLLA, V. A. **Atlas de Hanseníase.** Bauru: Instituto Lauro Souza Lima, 2002.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Vigilância em Saúde. **Boletim Hanseníase.** ANO 2 | Nº 2 Junho, 2013 Disponível em <[portal.saude.pe.gov.br/.../boletim\\_hanseniase\\_primeiro\\_semestre\\_2013.p](portal.saude.pe.gov.br/.../boletim_hanseniase_primeiro_semestre_2013.p)> Acesso em 04 de fevereiro, 2016.

SANTOS, M. D. M. **A incidência da hanseníase no Brasil.** Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires Bacharelado – FACESA Enfermagem. Valparaíso de Goiás, GO- 2014.

SILVA DRX; IGNOTTI E; SOUZA-SANTOS R; HACON S.S. **Hanseníase, condições sociais e desmatamento na Amazônia brasileira.** Revista Panamericana de Saúde Pública. nº27, v.4, p268–75. 2010

World Health Organization. **Global Strategy for further reducing the disease burden due to leprosy:** plan period: 2011 – 2015. Geneva; 2010.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**Yvanna Carla de Souza Salgado** Possui graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2004), Habilitação em Análises Clínicas (2005), Especialização em Farmacologia (UNOPAR/IBRAS - 2011), Mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2013) e Doutorado em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal do Paraná (2017). Possui experiência técnica como farmacêutica e bioquímica e atualmente trabalha com os temas: farmacologia, biologia celular e molecular e toxicologia.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-85107-86-4

