

LORENA BRITO DE ALMEIDA  
UBIRANY LOPES FERREIRA



**A INCIDÊNCIA DE CASOS  
DE HANSENÍASE NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO ENTRE OS ANOS DE  
2007 A 2017**



2020

LORENA BRITO DE ALMEIDA  
UBIRANY LOPES FERREIRA



**A INCIDÊNCIA DE CASOS  
DE HANSENÍASE NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO ENTRE OS ANOS DE  
2007 A 2017**



2020

2020 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2020 Os autores  
Copyright da Edição © 2020 Editora e-Publicar  
Editora Chefe: Patrícia Gonçalves de Freitas  
Diagramação: Roger Goulart Mello  
Edição de Arte: Patrícia Gonçalves de Freitas  
Revisão: As Autoras

Todo o conteúdo dos artigos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

#### **Conselho Editorial**

Dr<sup>a</sup> Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro  
Dr<sup>a</sup> Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Dr. Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Dr. Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.  
Me. Doutorando Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo  
Me. Doutorando Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
M.<sup>a</sup> Doutoranda Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
M.<sup>a</sup> Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina  
M.<sup>a</sup> Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia  
Me. Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
Me. Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade federal Fluminense

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

A447i Almeida, Lorena Brito de, 1994-.  
A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco entre os anos de 2007 a 2017 [recurso eletrônico] / Lorena Brito de Almeida, Ubirany Lopes Ferreira. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-87207-02-5

1. Hanseníase – Pernambuco – 2007-2017. 2. Saúde. I. Ferreira, Ubirany Lopes, 1969-. II. Título.

CDD 616.99806

**Elaborado por Ana Carolina Silva de Souza Jorge – CRB6/2610**

Editora e-Publicar  
Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
contato@editorapublicar.com.br  
www.editorapublicar.com.br



# Apresentação

Esta pesquisa foi escrita para organizar e direcionar o leitor com relação ao número de casos de Hanseníase no estado de Pernambuco nos últimos 10 anos, sendo abordado entre 2007 até o ano de 2017. Doença que tem ampliado sua incidência no cenário pernambucano. Fomos motivadas pela curiosidade e interesse em aprender um pouco mais da história e desenvoltura dessa doença de notificação compulsória ao longo desses últimos 10 anos no estado. Pernambuco, por sua vez, foi o estado escolhido por ser o local no qual atualmente residimos, como também, devido ao alto número de casos notificados.

A pesquisa apresenta também a forma detalhada da hanseníase, seu agente etiológico, formas de transmissão, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção. Fazendo também um breve histórico da doença no Brasil e no mundo, para então focar no estado e nas cidades mais atingidas na região metropolitana do estado.

Esperamos que você aprecie a leitura e possa ampliar suas informações a cerca da temática aqui abordada.

Lorena Brito de Almeida

Ubirany Lopes Ferreira

# Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. OBJETIVOS .....	7
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>7</b>
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
<b>3.1 A Hanseníase .....</b>	<b>8</b>
3.1.1. Agente etiológico .....	9
3.1.2. Transmissão e sintomatologia .....	10
3.1.3. Diagnóstico .....	11
3.1.4. Tratamento e prevenção dos casos diagnosticados .....	13
3.1.5. Incapacidades físicas na hanseníase .....	19
3.1.6. Medidas de controle .....	22
<b>3.2 Histórico da hanseníase .....</b>	<b>24</b>
<b>3.3 A incidência de casos confirmados em Pernambuco.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 A realidade do abandono: os impactos causados aos portadores de hanseníase .....</b>	<b>42</b>
4. 4 MATERIAL E MÉTODOS.....	44
<b>4.1 Tipo do estudo .....</b>	<b>44</b>
4.1.1. Fontes .....	44
4.1.2. Coleta de dados.....	45
<b>4.2 Área de estudo.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Desenho do estudo .....</b>	<b>46</b>
<b>4.4 População do estudo e período de referência .....</b>	<b>46</b>
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	47
REFERÊNCIAS.....	48
<b>Sobre as autoras .....</b>	<b>63</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No final do século XIX, foi descoberto no Brasil, o bacilo de Hansen, doença conhecida como hanseníase, mal de Hansen ou lepra. Atualmente a lepra é uma nomenclatura abolida pelos profissionais de saúde, sendo uma doença de notificação compulsória que está inserida na lista das doenças negligenciadas (SAVASSI, 2010).

É uma doença infectocontagiosa crônica, onde seu microrganismo causador é o *Mycobacterium leprae*. Na maioria dos casos, afeta a pele e os nervos periféricos. A sintomatologia da doença é bem característica, facilitando seu diagnóstico (ARAÚJO, 2003).

Ainda na visão do mesmo autor, o Brasil está em segundo lugar, da lista de países no mundo, perdendo apenas para Índia. Dentre as Américas, 94% dos casos são notificados no Brasil.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2017), em Pernambuco não existe um local de referência nacional específico para tratamento da doença, mas o estado disponibiliza atendimento ambulatorial no Sanatório Padre Antônio Manoel, popularmente conhecido como Hospital da Mirueira, Hospital Otávio de Freitas e IMIP, todos situados na região metropolitana do Recife, como também em Unidades de Saúde da Família e policlínicas para diagnóstico e restabelecimento de pacientes. O Sistema Único de Saúde (SUS) adota como tratamento os poliquimioterápicos, que são cedidos gratuitamente.

O vigente trabalho constitui-se de uma revisão bibliográfica que abrange a hanseníase em sua óptica clínica e social, enfatizando o estado de Pernambuco e todos os seus aspectos epidemiológicos vigentes de 2007 a 2017, assim como medidas de controle para erradicar a doença no estado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Relatar casos de hanseníase no estado de Pernambuco entre os anos de 2007 e 2017.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Conceituar e classificar a hanseníase e todos seus aspectos epidemiológicos; Descrever a sintomatologia, formas de diagnóstico, tratamento e métodos preventivos para controlar a doença; Citar os impactos familiares e sociais decorrentes da hanseníase; Relatar dados secundários de hanseníase que foram confirmados em Pernambuco nos últimos 10 anos; Apontar os casos de hanseníase notificados em adolescentes com 15 anos de idade em Pernambuco entre 2007 e 2017.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 3.1 A Hanseníase

A hanseníase é uma doença também conhecida como lepra ou doença de Hansen. Manifestando-se perante duas formas clínicas: lepra tuberculóide (LT, também conhecida como mal de Hansen benigno) – é o tipo de hanseníase que não é infectocontagiosa, sendo autolimitada, podendo progredir para a forma lepromatosa lepromatosa (LL, também conhecida como mal de Hansen maligno) – é a forma contagiosa da doença, onde desenvolvem lesões de pele, ricas em bacilos que são conhecidos como lepromas (ROLLAND; ROLLAND, 2000; HOFLING, 2008). Dentro do material consultado, o único pesquisador que relata uma terceira forma clínica é Bier (1976), que é a lepromatosa indefinida ou indeterminada, que o mesmo menciona como (LI) – é caracterizada pela identificação de lesões despigmentadas, sendo anestésicas ou não.

Diante dos estudos desta epidemia, a hanseníase possui baixo índice de letalidade e mortalidade, podendo infectar indivíduos de qualquer faixa etária, gênero ou raça (OLIVEIRA, 2012). Segundo o Ministério da Saúde - MS (2010), no Brasil, a hanseníase é uma patologia de notificação compulsória e de acompanhamento obrigatório pelas equipes de saúde da família.

Em 1984, Alcidarta dos Reis assegurou alguns pontos gerais a respeito da hanseníase, onde deixou claro que:

“...- Hanseníase não é sinônimo de lepra porque nem sempre é contagiosa e mutilante, é curável com tratamento apropriado e não possui um significado perjorativo;

- Nem todos os pacientes com mutilações são contagiosos e nem todos contagiosos tem mutilações;

- A hanseníase é curável, não é hereditária e nem sempre é contagiosa e mutilante, p. 211.

A hanseníase ainda é caracterizada como um problema de saúde pública, onde o governo tanto federal, quanto estadual e municipal, vem implementando medidas de controle e tratamento, no entanto, a situação mantém-se em vários estados e cidades brasileiras (FARIA; CALÁBRIA, 2017).

### 3.1.1. Agente etiológico

Hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença infectocontagiosa crônica progressiva, que tem como microrganismo causador uma bactéria bacilar, denominada *M. leprae*, onde seus bacilos são finos, longos e sem movimento (BRUNA, 2018; HARVERY; FISHER, 2008). Sendo uma bactéria bastante resistente a ácidos que não responde a coloração de Gram e não é cultivável em laboratório em meios de cultura artificiais, ou seja, *in vitro* (ALCAMO; ELSON, 2015), tornando-se assim, um grande empecilho para o progresso do microrganismo patogênico (DIÓRIO, 2014).

Por ser um bacilo com característica álcool-ácido resistente (BAAR) e com forma de bastonete, *M. leprae* é um ser que parasita a célula de forma intracelular, sendo exclusivamente a espécie de micobactéria que infecta as células de Schwann. (BRASIL, 2009; STROHL et al., 2004). Esse organismo possui forma de reprodução lenta, onde seu ciclo de divisão é de 12 em 12 dias (BLACK, 1999) e temperatura ideal para seu crescimento é abaixo de 37°C (ACTOR, 2007).

O bacilo de Hansen é a única bactéria com alto índice de patogenicidade que afeta o sistema nervoso periférico, mas também pode afetar as vias aéreas superiores, pele e olhos (TRABULSI, 2008).

Segundo o guia de hanseníase elaborado pelo MS (2002) "...O homem é reconhecido como única fonte de infecção - reservatório, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados". O Tatu ainda é o único animal experimental que é utilizado com êxito no cultivo deste microrganismo, desenvolvendo sintomatologias parecidas com a da hanseníase em humanos (MADIGAN et al., 2010).

### 3.1.2. Transmissão e sintomatologia

A transmissão da hanseníase é dada através das gotículas eliminadas no ar por meio da tosse, fala ou espirro de uma pessoa infectada pelo *M. leprae* que ainda não iniciou o tratamento, onde a bactéria é infiltrada nas vias respiratórias, que percorre todo o organismo e se firma nos nervos periféricos, na pele, em especial, no nariz, orelhas, pés, pernas, mãos e rosto, ocasionando a perda da sensibilidade das áreas afetadas, como também perda de força muscular e motora. O convívio direto e duradouro com uma pessoa infectada em ambiente fechado, com escassa ventilação e luz solar, amplia a chance do indivíduo se contaminar com o bacilo, mas a grande maioria das pessoas, resiste a bactéria e não desenvolve a doença (BRASIL, 2008)

O surgimento dos sintomas pode aparecer até dois anos após o contágio. As principais sintomatologias apresentadas são: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na pele, podendo em casos mais graves, apresentar caroços com dormência ou formigamento nas áreas afetadas. Nas áreas que não possuem manchas, desenvolvem um formigamento, que aos poucos vai ficando dormente e com sensibilidade as mudanças de temperatura. Caso a pessoa infectada não seja tratada, pode levar sequelas para o resto da vida (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/SES - PE, 2017). Características de face leonina, perda das sobrancelhas, alargamento das narinas, bochechas e orelhas, são características exclusiva da lepra lepromatosa (SPITZNAGEL, 1999)

Pacientes conhecidos como bacilíferos, são aqueles que transmitem a hanseníase, ou seja, ainda não estão em tratamento, pois os que já estão em tratamento não são mais transmissores (DOMINGUEZ, 2015).

A imunidade natural do hospedeiro entra em ação imediatamente após o contato com o microrganismo patogênico. Tratando-se de hanseníase, essa rapidez da resposta imunológica do hospedeiro, é o fator primordial a resistência de grande parte dos seres portadores a progressão da doença (SOUZA, 2014).

Grande parte dos indivíduos que mantiveram contato com o bacilo de Hansen, não irão adquirir a doença. Logo, o *M. leprae* possui relações genéticas, sendo assim, familiares de pessoas portadoras da hanseníase, dispõem maior chance de contrair a doença (BRASIL, 2017).

Spicer (2002), afirma que a infecção é decorrente da propagação de fômites de secreções nasais, contato com a pele, e até mesmo por picadas de insetos e por meio da amamentação. Entretanto, Castro e Trabulsi (1999) deixam claro que a infecção através da amamentação se dá apenas por mulheres que estejam contaminadas pela lepra lepromatosa, possuindo uma maior quantidade de bacilos no leite e quanto a transmissão por artrópodes, é que os insetos se alimentam de resíduos cutâneos também de pessoas portadoras da lepra lepromatosa.

### **3.1.3. Diagnóstico**

Para realização do diagnóstico preciso, o Agente Comunitário de Saúde (ACSs) da comunidade encaminha o paciente para a Unidade de Saúde da Família (USFs) mais próxima, para iniciar as etapas do processo diagnóstico da doença. A descoberta da doença é iniciada pelo diagnóstico clínico, onde o profissional capacitado realiza uma anamnese, para colher informações sobre o paciente, sua história clínica e epidemiológica, seguida de um exame físico, para identificação dermatológica de possíveis lesões de pele e alterações de sensibilidade, como também avaliação neurológica, para constatar os principais nervos afetados e possíveis deformidades decorrentes da doença (BRASIL, 2001).

A baciloscopia é um exame que complementa o diagnóstico clínico, devendo ser solicitado pelo médico da USFs, apenas quando houver dúvida em relação ao diagnóstico e suas classificações ou, quando houver suspeita de recidiva. Para solicitação do exame, é necessário o preenchimento do modelo da solicitação de baciloscopia da hanseníase (ANEXO A), disponibilizado pela Sistema Único de

Saúde (SUS) e adequado a secretaria de saúde de cada município. Neste caso, encontra-se o modelo do município de Campinas/SP (BRASIL, 2010).

Outra maneira de aprimorar o diagnóstico da hanseníase é por meio do exame dermatoneurológico e seus três testes de sensibilidade, que avalia a proporção da sensibilidade perdida das fibras mais finas da pele, observando questões de calor e dor, sendo o mais pedido o teste de sensibilidade térmica, feito nas áreas de suspeita, que possui manchas esbranquiçadas, placas ou nódulos, abrangendo também a área do quarto e quinto dedo das mãos, o dorso da mão, por onde passa o nervo radial, como também a lateral da perna e o dorso do pé, não sendo indicado ser realizado em regiões com calosidades. Já o de sensibilidade dolorosa, é feito através da introdução de agulhas de insulina, na ponta das lesões, colocando pouca pressão, tendo cuidado para não ocasionar perfurações e sangramento no ressignado, tendo por objetivo a observação das reações do paciente e suas expressões faciais demonstrativas de dor. De acordo com sua insensibilidade ou sensibilidade diminuída na lesão, efetua-se o diagnóstico. Logo, o de sensibilidade tátil, não muito solicitado pelos médicos, tem por finalidade, testar as áreas com lesões e as normais, buscando sensibilidade por meio da passagem de algodão e fio dental ou monofilamento verde (0.05g) do kit estesiométrico. Lembrando que nem sempre a perda de sensibilidade em determinadas regiões da pele é por conta da hanseníase (BRASIL, 2017).

De acordo com Opromolla (2000), em casos de diagnósticos duvidosos, em crianças ou em pacientes com dificuldades intelectuais, que possuem dificuldade para expressar as reações de sensibilidade, é efetuado a prova de pilocarpina, onde é aplicado no paciente uma solução de nitrato ou cloridrato dessa substância a 1 ou 2% na região que possui suspeita de lesão, como também em áreas sadias, tendo por objetivo observar se o paciente vai ou não suar na área da lesão. A sudorese é identificada quando o lugol é adicionado e aparece pontos na cor azul, emergindo pequenas gotas de suor.

É notório que a história da hanseníase e o utópico conceito da doença perante a sociedade contribui para o diagnóstico tardio da hanseníase, como o abandono do tratamento, quebrando a cadeia de transmissão do microrganismo, devido ao preconceito dos membros da sociedade perante a antiga denominação da doença, lepra (LANA et al., 2014).

A procura por amparo à saúde, na maioria dos casos, não quer dizer o entendimento e solução das questões de saúde dos cidadãos (SANTOS et al., 2007).

### **3.1.3.1 Ações desenvolvidas nas diferentes etapas do acompanhamento ao portador e contato da hanseníase**

É dever dos ACSs identificar os problemas enfrentados na comunidade que assume. Tratando-se de hanseníase, quando houver qualquer tipo de suspeita da doença, o profissional deverá encaminhá-lo para uma USFs mais próxima. O paciente será direcionado a sua primeira consulta, onde será realizado o diagnóstico clínico por um médico clínico geral ou dermatologista. O mesmo irá colher informações gerais do paciente, como também realizar exames físicos, solicitando exames laboratoriais e dermatoneurológicos, para então poder realizar o diagnóstico correto da doença, identificando qual tipo de hanseníase o paciente está portando. Depois desse passo-a-passo o paciente responde uma ficha de anamnese, conhecida pelos profissionais de saúde como ficha de notificação/investigação (ANEXO B), desenvolvida pelo MS juntamente com o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Feita a anamnese, inicia-se o tratamento com a poliquimioterapia (PQT) e o paciente fica envolvido em atividades de controle e consultas subsequentes para poder fazer o acompanhamento e tratamento correto da doença (BRASIL, 2017).

### **3.1.4. Tratamento e prevenção dos casos diagnosticados**

A grande repercussão da hanseníase ao longo dos anos, dar-se devido ao aparecimento de episódios reacionais, ocasionado pelo aumento súbito e transitório

da imunidade das células, ocasionando mudanças em sua sintomatologia. A anamnese traz importantes benefícios aos portadores do patógeno, devido a alternativa de uma intervenção terapêutica emergencial, impedindo o desenvolvimento do bacilo. Esses estágios reacionais podem ocorrer em períodos distintos, acontecendo antes de iniciar o tratamento, durante ou até mesmo após, necessitando assim, de uma intervenção imediata (ANDRADE; NERY, 2014).

O tratamento da hanseníase é realizado em ambulatórios das USFs ou dos hospitais de referência do estado. Sendo obrigação do estado, oferecer tratamento adequado e gratuito para todas as pessoas que foram diagnosticadas com o bacilo de Hansen (BRASIL, 2016).

O recurso terapêutico para pessoas portadoras de hanseníase é padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo MS, onde na maioria dos casos é baseado na PQT, que começou a ser oficialmente utilizada no Brasil a partir de 1991 e os principais fármacos são: rifampicina, dapsona e clofazimina com administrações associadas, evitando a resistência medicamentosa do bacilo (SES-PE, 2015).

De acordo com Levinson (2016), o tratamento da hanseníase dura pelo menos 24 meses, ou até que as lesões desapareçam por completo e estejam desprovidas do microrganismo patogênico, entretanto, Madigan et al (2010) descreveram que para a erradicação da doença o tratamento estende-se apenas por 12 meses.

O tratamento da hanseníase não pode ficar exclusivamente voltado para os dermatologistas, mas também do clínico geral e o psicólogo, para tratar todos os traumas e sofrimentos psíquicos, o sanitarista e o assistente social, no sentido de tratar a reabilitação social e o político, com o intuito de construir medidas de combate e tratamento da doença, em uma visão sócio-político-cultural (GUIDOTTI, 1984).

Segundo o MS (2002), a PQT tem por finalidade matar o bacilo de Hansen, estacionando a evolução da doença, fazendo com que não ocorra incapacidades e

deformidades, levando a pessoa a cura, sem sequelas. Quando o bacilo está morto – sem funcionalidade, ele não possui capacidade de infectar outros indivíduos, quebrando a cadeia epidemiológica da hanseníase. Dessa forma, logo que se inicia o tratamento farmacológico, não ocorre mais a transmissão da doença. Fazendo o tratamento completo e de forma correta, o paciente garante a cura. Para as crianças, em especial, a dose padrão da medicação é definida de acordo com sua idade. E para pacientes com alergia ou intolerância aos fármacos padrão, são introduzidas medicações alternativas. Sendo assim, a gravidez e o aleitamento materno não interferem no tratamento da PQT.

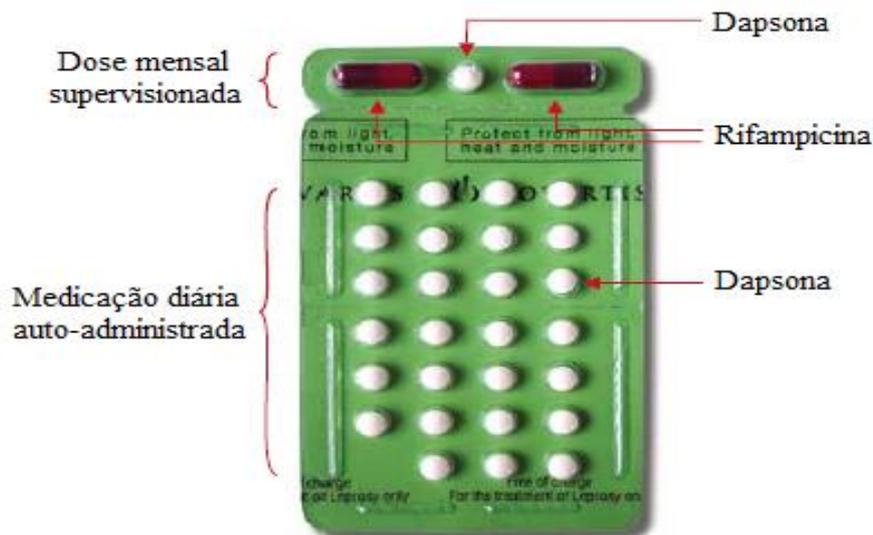
O tratamento regular contra a hanseníase é de suma importância tanto para o portador, quanto para as pessoas que convivem em seu mesmo ambiente domiciliar, pois sem o tratamento diário, a bactéria é expelida a todo momento através das vias aéreas, podendo infectar outras pessoas. Deste modo, assim que o portador inicia o tratamento corretamente, não mais transmite o microrganismo, fortalecendo a resposta imune dos contatos domiciliares (MENEZES, 2017).

Ainda não existe vacina para a erradicação da hanseníase. Não tendo conclusão definitiva sobre os efeitos positivos da vacina BCG em portadores da doença, onde muitos cientistas acreditam que a vacina protege contra a infecção do *M. leprae*. Recentemente vem se discutindo sobre o desenvolvimento de ensaios para uma vacina exclusiva para erradicar a doença, sendo construída com bacilos mortos pela alta temperatura, que terá resultados promissores sobre a cura da doença (CASTRO; TRABULSI, 1999; SPITZNAGEL, 1999). Entretanto, o guia rápido de hanseníase para os profissionais de saúde, elaborado pela Prefeitura de Belo Horizonte (2018) sobre a vacina BCG, afirma que é “Importante esclarecer que a vacina não imuniza contra a hanseníase, mas deve ser tomada porque aumenta a resistência do organismo, principalmente para as formas multibacilares da doença”.

### 3.1.4.1 Esquema Paucibacilar (PB)

Segundo o Guia de Controle da Hanseníase, elaborado pelo MS (2002) esse esquema de tratamento é utilizado para pacientes adultos que possuem até 5 lesões de pele, onde se faz uma combinação de dois fármacos: rifampicina e dapsona. Ambos estão presentes em uma mesma cartela. Tratando-se de rifampicina, administra-se 2 cápsulas de 300mg de forma supervisionada por 6 meses. Já a dapsona, o paciente precisa tomar uma dose mensal de 100mg de forma supervisionada e uma dose diária auto administrada, ou seja, o paciente ingere em casa, sem ser necessário a presença de nenhum profissional de saúde, sendo necessário 6 doses mensais supervisionadas.

(Figura 1). O tratamento total pode durar até 9 meses, dependendo da gravidade da doença, esse período pode se prolongar.



Fonte: BRASIL, 2009 (Adaptada pela autora).

Para o tratamento em crianças, a dosagem da medicação varia de acordo com a idade do paciente. Crianças de 0 a 5 anos, administra-se duas doses mensais de rifampicina supervisionada, sendo uma de 150 mg e outra de 300 mg, em dias alternados. Já para crianças de 6 a 14 anos, são doses de 300 mg e 450 mg, tratando-se de dapsona, crianças de 0 a 5 anos, ingerem uma dose diária de 25 mg

e uma dose mensal supervisionada de 25 mg. Logo, em crianças de 6 a 14 anos, a dose diária auto administrada de dapsona varia de 50mg a 100mg, dependendo do grau da doença e 2 doses supervisionadas mensais, uma de 50 mg e outra de 100 mg em dias alternados (BRASIL, 2009)

### **3.1.4.1.1 Esquema Alternativo**

O esquema alternativo (Quadro 1) para tratamento da hanseníase é conhecido como ROM - Rifampicina, Minociclina e Ofloxacino, utilizado apenas em pacientes PB que apresentam apenas uma lesão de pele, que ainda não tiveram afetados os troncos nervosos. Esse modelo de tratamento só pode ser administrado em centros referenciais de tratamento da hanseníase (SES-PE, 2014).

<b>CLASSIFICAÇÃO MEDICAMENTO</b>	<b>PB, LESÃO ÚNICA SEM ENVOLVIMENTO DE TRONCO NERVOSO</b>
<b>Rifampicina</b>	600mg, em dose única, supervisionada
<b>Minociclina</b>	100mg, em dose única, supervisionada
<b>Ofloxacino</b>	400mg, em dose única, supervisionada

Fonte: Ministério da Saúde, 2009 (Adaptada pela autora).

### **3.1.4.2 Esquema Multibacilar (MB)**

Quando se refere a esquema multibacilar pode-se relatar que o tratamento utilizado em pacientes adultos que possuem 5 ou mais lesões de pele, administrado por doses supervisionadas e auto administradas. As doses supervisionadas mensalmente pelo serviço de saúde são de 2 cápsulas de rifampicina, contendo 300mg cada, 1 comprimido de dapsona de 100mg e 3 cápsulas de Clofazimina, contendo 100 mg cada uma. Já o tratamento diário administrado pelo paciente em

sua residência, consiste em 1 comprimido de Dapsona de 100 mg e 1 cápsula de Clofazimina de 50 mg (Figura 2). O tratamento dura de 12 até 18 meses, depende da gravidade das sintomatologias (BRASIL, 2008).

**Figura 2: Cartela de tratamento para casos multibacilares (MB) – adulto, disponibilizado pelo serviço público de saúde**



Fonte: BRASIL, 2009 (Adaptada pela autora).

O tratamento multibacilar para crianças segue a ordem de: uma dose mensal de rifampicina 450mg, sendo 1 comprimido de 150mg e 1 comprimido de 300mg, normalmente de forma supervisionada. Já a dapsona, administra-se 1 dose de 50mg supervisionada e dose diária de 50mg auto administrada. E para completar o tratamento, administra-se a clofazimina em uma dose mensal de 150mg com 3 comprimidos de 50mg em dosagem supervisionada e uma dose de 50mg auto administrada em dias alternados. Para pacientes pediátricos abaixo de 30kg, é necessário seguir a dosagem conforme as diretrizes do manual técnico operacional do MS. Para critério de alta do tratamento, é necessário ter administrado as 12 cartelas de forma correta em até 18 meses (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2017).

### 3.1.4.3 Efeitos colaterais dos fármacos

De acordo com o Guia de Bolso de Doenças Infecciosas e Parasitárias elaborado pelo MS (2010), a reação varia de acordo com a tipologia do fármaco. A

rifampicina, ocasiona reações na pele, efeitos no sistema gastrointestinal, distúrbios hepáticos e hematopoéticos.

A dapsona ocasiona diversos efeitos colaterais, atingindo cerca de 20% a 30% dos pacientes em uso, sendo os principais: hepatite, dermatite esfoliativa, febre, linfadenomegalia, anemia hemolítica e atipia linfocitária, efeitos esses conhecidos como síndrome da sulfona (MARQUES et al., 2012). Com a clofazimina, seus principais efeitos colaterais estão direcionados a pele e a distúrbios gastrointestinais. Tratando-se da pele, ocasiona ressecamento, mudança na coloração para o tom mais avermelhado e/ou acinzentado. Já os efeitos gastrointestinais, ocorre a diminuição das contrações do tubo digestório e dores abdominais (BRASIL, 2001).

O ofloxacino, raramente ocasiona reações adversas após a sua ingestão, mas em alguns pacientes pode ocorrer irritação ocular, fotofobia, náusea, inchaço da língua, prurido nas pálpebras e tontura (OFLOXACINO, 2013).

A minociclina normalmente é bem tolerada na maioria dos pacientes hansênicos, mas pode ocasionar distúrbios gastrointestinais, tonturas, erupções dermatológicas e o desencadeamento de outras infecções. Não é recomendado o uso da minociclina durante a gestação até crianças de 8 anos de idade porque ocasiona manchas permanentes no esmalte do dente (MINOCILCINA, 2013).

### **3.1.5. Incapacidades físicas na hanseníase**

O desenvolvimento do grau de incapacidades físicas no paciente é decorrente de falhas no diagnóstico e no tratamento inicial da doença. Quando o planejamento é bem aplicado no monitoramento da endemia, na prática, nenhum paciente irá apresentar deformidades devido a ausência de cuidados iniciais (BORGES et al., 1987).

O indivíduo que apresenta grau de incapacidade 0, é aquele que não exhibe sintomas evidentes da hanseníase. Pacientes que apresentam grau de incapacidade I, são aqueles que manifestam a diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos,

mãos ou pés. O grau de incapacidade II, os indivíduos apresentam triquíase, úlceras, garras e até mesmo pés caídos. E o grau III, é a forma mais invasiva apresentando articulações anquilosadas, contrações e enrijecimentos dos nervos e dificuldade para enxergar e interpretar detalhes (BRASIL, 2008).

Segundo o Guia para o controle da Hanseníase (2002), elaborado pelo MS “...A presença de incapacidades, causadas pela hanseníase em um paciente curado, é um indicador de que o diagnóstico foi tardio ou de que o tratamento foi inadequado.”

Ainda na visão do mesmo autor, para a prevenção do desenvolvimento de incapacidades físicas, deve-se haver uma orientação regular com autocuidados e instruções individuais para cada paciente dependendo da gravidade de cada caso, onde esses autocuidados são meios e exercícios que o próprio paciente executa após a supervisão para prevenir sequelas e deformidades.

Entre os anos de 2007 a 2017, foram divulgados dados do estado de Pernambuco referente ao percentual de avaliação do grau de incapacidade física nos novos casos diagnosticados (Quadro 2), onde no ano de 2007, foi divulgado o maior percentual de incapacidade física 91,5% e 2017 o menor número dentre esses 10 anos, exibindo 79,8%.

**Quadro 2 – Percentual de avaliação do grau de incapacidade física de casos novos avaliado no diagnóstico em Pernambuco – 2007 a 2017**

<b>ANO</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
	91,5	89,6	91,2	89,6	88,1	86,5	85,9	85,9	87,5	84,6	79,8

**Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).**

Tratando-se de grau de incapacidade física I avaliada no momento do diagnóstico entre os casos novos da hanseníase (Quadro 3) além de Pernambuco, foram também divulgados números ao nível de Nordeste, mas entre os anos de

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

2007 a 2016, onde o estado apresentou o maior percentual no ano de 2007, apresentando 27,3% e o menor no ano de 2012, exibindo apenas 2,3%. Já na região Nordeste, o ano que apresentou maior percentual de grau de incapacidade física I também foi 2007, como 28,7% e o menor 2008, com 18,6%.

**Quadro 3 – Percentual de grau de incapacidade física I, avaliada no momento do diagnóstico entre os casos novos de hanseníase – 2007 a 2016**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NE*	28,7	18,6	23,7	23,7	22,6	20,8	21,5	20,9	20,9	20,8
PE*	27,3	18,3	21,6	21,6	20,9	2,3	15,1	16,4	13,9	14,7

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 09/06/2017 (Adaptado pela autora).\*Pernambuco (PE) / \*Nordeste (NE)

Já se referindo ao grau de incapacidade física II avaliada no momento do diagnóstico entre os casos novos da hanseníase (Quadro 4), foram publicados de 2007 a 2017, além de Pernambuco também com números do Nordeste, no qual o estado apresentou o maior número no ano de 2007, com 7,2% e o menor com 2013, com 4,3%. Já se referindo ao Nordeste, 2007 também foi o ano com maior porcentagem, 8,8%, mas fazendo referência ao menor número, foi no ano de 2014, com 5,7% do total dos casos.

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

Quadro 4 – Percentual de grau de incapacidade física II, avaliada no momento do diagnóstico entre os casos novos de hanseníase – 2007 a 2017

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NE*	8,8	7,3	7,0	6,6	6,9	7,4	6,8	5,7	7,2	6,7	7,9
PE*	7,2	6,5	5,7	5,8	5,6	5,8	4,3	4,8	4,8	5,2	5,8

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).

\*Pernambuco (PE) / \*Nordeste (NE)

### 3.1.6. Medidas de controle

Ações de controle são necessárias para erradicar a doença, para isso é primordial o papel dos ACSs para orientar, alertar e diagnosticar precocemente os casos, para não ocasionar uma contaminação entre as pessoas da comunidade. Para isso, esses profissionais precisam estar em vigilância para identificar os sinais iniciais da doença, sendo fundamental capacitações e treinamentos para poderem adquirir conhecimentos específicos e implantarem maior competência em suas práticas de trabalho, melhorando assim a assistência aos moradores das comunidades (ANDRADE et al., 2011). Os ACSs, devem atualizar constantemente o banco de dados da Unidade de Saúde da qual faz parte, para posteriormente criar estratégias com os responsáveis da unidade, em busca de erradicação, prevenção e cura da hanseníase (NEVES et al., 2013).

Em vista que o governo se mostra bastante presente em combate ao compromisso com o tratamento de forma altamente eficaz para erradicar a doença, ainda é bastante presente casos de prevalência oculta – casos que não são identificados por ACSs, nem por nenhum outro profissional capacitado para possível suspeita da sintomatologia da doença. A partir desse pressuposto, os números da doença continuam aparentes para o sistema de saúde e não para a comunidade,

retratando nas tendências operacionais e não nas epidemiológicas (DAXBACHER; FERREIRA, 2014).

Para alcançar a erradicação da hanseníase, é imprescindível que as condutas realizadas pela estratégia de saúde da família, estejam direcionadas para o cumprimento dos conceitos do SUS, enfocando a completude (NASCIMENTO et al., 2011).

O recurso que promove a educação nas ações de controle da hanseníase, é de suma importância a participação do indivíduo, como também dos membros mais próximos da família, para então serem esclarecidos todos os sinais a respeito da doença, visando o bem-estar do paciente e combatendo todos os efeitos adversos da comunidade (RODRIGUES; PINHO; BORGINHO, 2004).

As indagações atuais estão relacionadas à prova da real existência dos métodos estabelecidos como propósito de erradicação da hanseníase como resistência a saúde pública. Em cidades que a taxa da doença está baixa, a melhor estratégia não é descentrar o diagnóstico e tratamento nas Unidades Básicas de Saúde e USFs, pois pode voltar a recorrer os casos e torna-se mais difícil o controle da doença (ARANTES et al., 2010).

Para controlar a hanseníase é necessário hostilizar o estigma da doença, fazendo com que os portadores não fiquem em silêncio, logo não deixando de apresentar-se aos consultórios médicos, para não haver um aumento nos dados epidemiológicos (OLIVEIRA, 2012).

A descoberta precoce da doença, junto com o tratamento correto e eficaz são elementos-chave para erradicar a transmissão da hanseníase, prevenindo o aparecimento de novos casos (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

### 3.2 Histórico da hanseníase

Segundo a afirmação de Opromolla (1981, p.1),

"...é difícil afirmar, com certeza, a época do aparecimento de uma doença baseada em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições dos tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações".

O termo lepra possui sua origem do latim a partir do termo *lepros*, tendo por significado o ato de sujar ou poluir, pois as pessoas infectadas eram conhecidas como sujas. A doença foi se disseminando e acredita-se que foi levada a Itália através de soldados romanos, após uma batalha na Índia (TRABULSI, 2008).

O estigma da hanseníase é consequência da interpretação bíblica da palavra *tsaraath* que levou para a cultura dos países ocidentais, uma abundância de ideias sobre a punição divina, condenações e violação das regras religiosas, que são cruéis influenciadores, como ocorreu na Europa Medieval ao enfrentar a doença (SAVASSI, 2010).

Nos primórdios, uma diversidade de doenças era confundida ou até mesmo diagnosticada pelos médicos como lepra – hoje esse termo não é o mais comum utilizado, foram elas: psoríase, artrite reumatoide, vitiligo, ictiose e dentre tantas outras que apresentavam sintomatologias em comum. Devido à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a hanseníase, pouco a pouco essas doenças receberam sua denominação mais apropriada (ALCIDARTA, 1984).

Por volta do século 6 a.C., já havia pessoas infectadas pela doença nas imediações do Oriente Médio: a hanseníase, mas a bactéria *M. leprae*, só foi descoberta e confirmada pelo seu atual nome, no ano de 1873, pelo norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen. Antes do seu descobrimento, era muito confundida com doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças comuns de pele (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, [201?]).

O mesmo autor ainda cita que em meados do século XX, no Brasil, as pessoas infectadas pelo bacilo de Hansen, eram obrigadas a viverem isoladas e todas as suas roupas eram queimadas, porque subentendia que dessa forma a doença poderia ser disseminada. Apenas no ano de 1962, a internação em leprosários deixou de ser regra, passando a ser opcional ou, dependendo do caso, necessária.

No Paraguai, a hanseníase era conhecida como “mbá asy vai” tendo por significado da moléstia “doença feia”, não passando de uma nova locução para nomear a doença que os indígenas nativos americanos, anteriormente não conhecia. Acredita-se que a lepra chegou ao Brasil, Estados Unidos e Guianas assim que os africanos foram inseridos no regime da escravidão (MAURANO, 1950). No Brasil no mesmo período da colonização portuguesa, não se sabendo exatamente ao certo o ano, pois antes disso, o país ainda não tinha evidências de doenças parecidas com a lepra na América Latina. No final do século XV, a lepra começou a erradicar-se na Europa, principalmente em Portugal e em países vizinhos, não generalizando para todos os países europeus (GARCIA, 2001). Tratando-se dos Estados Unidos, são notificados no máximo 100 casos por ano, principalmente na região sul, que engloba imigrantes da América Central e das Ilhas Caribenhas (MADIGAN et al., 2010). Em 1985, foi o ano que o país apresentou o maior número de casos, totalizando 361 (BLACK, 1999).

A partir do ano de 1950, os termos que faziam referência a doença “lepra” e leproso”, começaram a ser extinguido, através de uma campanha lançada por médicos e pacientes infectados, em busca da mudança do nome da doença. Para eles, conseguirem chegar a erradicação da doença, seria necessário haver a mudança dos termos que faziam referência, pois a patologia excedia os reais sintomas da “lepra”, sendo preciso criar uma nova doença, que fizesse ligação as sintomatologias fisiológicas, ficando hoje conhecida como hanseníase (OLIVEIRA, 2009).

Apenas em 29 de março de 1995, foi decretada e sancionada a Lei Brasileira de nº 9.010 que passou a proibir o termo lepra e suas derivadas terminologias, segundo as seguintes afirmações presentes do Art. 1º ao 3º:

“...Art. 1º O termo "Lepra" e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros.

Art. 2º Na designação da doença e de seus derivados, far-se-á uso da terminologia oficial constante da relação abaixo: Terminologia Oficial Terminologia Substituída, Hanseníase Lepra, Doente de Hanseníase Leproso, Doente de Lepra, Hansenologia Leprologia, Hansenologista Leprologista, Hansênico Leprótico, Hansenóide Lepróide, Hansênide Lépride, Hansenoma Leproma, Hanseníase Virchoviana Lepra Lepromotosa, Hanseníase Tuberculóide Lepra Tuberculóide, Hanseníase Dimorfa Lepra Dimorfa, Hanseníase Indeterminada.

Lepra Indeterminada, Antígeno de Mitsuda Lepromina, Hospital de Dermatologia Leprosário, Leprocômio, Sanitária, de

Patologia, Tropical ou Similares.

Art. 3º Não terão curso nas repartições dos Governos, da União e dos Estados, quaisquer papéis que não observem a terminologia oficial ora estabelecida, os quais serão imediatamente arquivados, notificando-se a parte...” (BRASIL, 1995).

Segundo o boletim epidemiológico da OMS (2010), 16 países notificaram mais de mil casos da doença no ano de 2009. Dentre as regiões estudadas, a Ásia apresentou a maior incidência, com cerca de 9,39 casos confirmados a cada 100 mil habitantes, seguindo das Américas, que apresentou 4,58 dos casos a cada 100 mil habitantes. Dentre os continentes citados, os países que mais se destacaram sobre os casos notificados na Ásia foi a Índia com 133.717 e, em seguida, vem o Brasil, na América do Sul, apresentando 37.610 casos, sendo o segundo país com maior número de casos notificados do mundo, perdendo apenas para a Índia. Sendo que, do total de 40.474 novos casos das Américas, 93% foram confirmados no Brasil.

Segundo a estratégia global para a hanseníase 2016-2020, elaborada pela OMS (2016), no ano de 2014, 121 países no mundo foram recém diagnosticados com a doença, contabilizando 213.899 indivíduos hansênicos. Desse total, 18.869 eram crianças, correspondendo a 8,8% dos casos. A hanseníase ainda é uma

doença predominante masculina, que neste ano, diante dos indivíduos infectados afetou 64% dos homens e 36% das mulheres. Dos casos notificados, 94% foram em 13 países: Bangladesh, Brasil, República Democrática do Congo, Etiópia, Índia, Indonésia, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigéria, Filipinas, Sri Lanka e República Unida da Tanzânia. No final de 2014, 175.554 pacientes já estavam em tratamento, sendo 61% dos casos multibacilares e 39% paucibacilares.

Entre os anos de 2012 a 2016, o Brasil diagnosticou 151.764 novos casos de hanseníase, tendo uma taxa de detecção geral aproximada de 14,97 casos a cada 100.000 habitantes. Sendo 84.447 casos novos em indivíduos do sexo masculino e 67.317 casos do sexo feminino (BRASIL, 2018).

Em 28 anos – de 1990 a 2017, tratando-se de taxa de detecção geral, coeficiente por 100.000 habitantes, o Brasil não apresentou situação de hiperendêmica (Quadro 6), variando sua situação classificatória em alta e muito alta. A níveis de Região Nordeste, a taxa de detecção geral de 1990 a 2017, também variou de alta para muito alta, mas predominou muito alta por 15 anos, de 1992 a 2015 (BRASIL, 2018). Sendo o único país do mundo que ainda não conseguiu erradicar a propagação da doença, tornando-se um problema persistente de saúde (DOMINGUEZ, 2015). Desde a redução da incidência da hanseníase no país a começar de 1991, a detecção de casos novos não vem correspondendo com o passar dos anos, apresentando sempre aumento gradativos de notificação dos casos (MAGALHÃES; ROJAS, 2007).

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

Quadro 5 – Indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Brasil 2007 – 2017

ANO	INDICADORES			
	CASOS NOVOS < 15 ANOS	CASOS NOVOS GERAL	CASOS EM REGISTRO ATIVO	UNIDADES DE SAÚDE COM PACIENTES EM TRATAMENTO
2007	3.048	40.126	41.549	7.323
2008	2.913	39.047	39.115	7.492
2009	2.669	37.610	38.179	8.015
2010	2.461	34.894	29.761	9.155
2011	2.420	33.955	29.690	9.445
2012	2.246	33.303	29.311	9.593
2013	2.439	31.044	28.445	8.944
2014	2.341	31.064	25.738	8.579
2015	2.113	28.761	20.702	8.846
2016	1.696	25.218	22.710	8.213
2017	1.718	26.875	28.064	8.035

Fonte: Sinan/SVS-MS; Tabela elaborada pela CGHDE/DEVIT/SVS-MS (Adaptada pela autora).

De acordo com os dados apresentados (Quadro 5), em 10 anos o Brasil apresentou uma boa redução sobre alguns números dos indicadores epidemiológicos segundo dados do SINAN. Em 2007, o Brasil notificou 40.126 novos casos de hanseníase e em 2017, 26.875, onde obteve-se uma redução de 13.251 casos. Sobre os novos casos em pacientes menores de 15 anos, em 2007 foram confirmados 3.048 casos e em 2017, 1.718, apresentando uma queda de 1.330 casos. Embora os ACSs estejam diariamente em combate para erradicar a doença, vem aumentando lentamente o número de pacientes em tratamento em unidades públicas de saúde em todo país. Em 2007, dos 40.126 novos casos da doença que foram descobertos, apenas 7.323 pacientes estavam em tratamento, um número baixíssimo em relação ao total de casos. Em 2017, 10 anos após, o cenário apresentou uma melhora significativa, onde dos 26.875 novos casos da doença, 8.035 se mantêm em tratamento.

### **3.3 A incidência de casos confirmados em Pernambuco**

Segundo dados da SES-PE (2018), o estado está em 9ª colocação a nível de Brasil, em casos constatados e a 3ª a nível de Nordeste, ou seja, a cada 100 mil pernambucanos, 29 são diagnosticados com a doença e notificados pela secretaria de saúde. O maior índice de casos confirmados encontra-se na Região Metropolitana do Recife (RMR), concentrando 62% dos casos de hanseníase.

Pernambuco retratou situação hiperendêmica (Quadro 6) nos anos de 1999 com 43,27, 2002 com 41,23, 2003 com 44,14 e 2004 com 40,69, números calculados por taxa de detecção geral por 100.000 habitantes. De 2007 a 2015, se classificou no grupo muito alto que varia de 20,00 a 39,99/100.000 habitantes. Oscilando sua classificação no ranking a nível de Brasil entre 8ª, 9ª e 10ª colocação nos últimos 10 anos (BRASIL, 2018).

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

**Quadro 6 – Parâmetros de endemicidade para o coeficiente de detecção anual de casos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos em Pernambuco**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>COEFICIENTE GERAL</b>	<b>COEFICIENTE &lt;15 ANOS</b>
Hiperendêmico	> ou = 40,00/100.000 hab.	> ou = 10,00/100.000 hab.
Muito Alto	20,00 a 39,99/100.000 hab.	5,00 a 9,99/100.000 hab.
Alto	10,00 a 19,99/100.000 hab.	2,50 a 4,99/100.000 hab.
Médio	2,00 a 9,99/100.000 hab.	0,50 a 2,49/100.000 hab.
Baixo	< 2,00/100.000 hab.	<0,50/100.000 hab.

**Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional [recurso eletrônico]. Brasília, 2016. (Adaptada pela autora).**

No ano de 2007, foram confirmados 2.870 casos de hanseníase em Pernambuco, sendo 3,34 casos por 10 mil habitantes, onde o limite máximo estipulado pela OMS é de menos de 1 caso por 10 mil habitantes (SES-PE, 2008). Já no ano seguinte, apresentou 2.809 casos novos, tendo como taxa de detecção geral 31,95 por 100.000 habitantes (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS/DATASUS, 2009).

Em 2009, Pernambuco notificou 3.204 casos de pacientes portadores de hanseníase. Desse total, 322 casos eram pacientes menores de 15 anos de idade (SES-PE, 2010). Em 2010, o estado apresentou 2.798 novos casos da doença, tendo como taxa de detecção geral 31,78 por 100.00 habitantes (DATASUS, 2011).

Em 2011, foram 2.694 novos casos na população geral, sendo 286 casos, em portadores com idade igual ou menor a 15 anos. Já em 2012, ocorreu uma mínima redução no número de casos notificados, ocorrendo 2.561, desse total, 263 casos, foram em pacientes menores de 15 anos, conquistando 82% de cura naqueles que iniciaram e concluíram o tratamento. No ano de 2013, o número de casos voltou a alastrar-se, alcançando 2.604 novos casos, sendo menor que em 2011. Em pacientes menores de 15 anos, no ano de 2013, Pernambuco notificou 285 casos, atingindo 81,2% de percentual de cura (SES-PE, 2015).

No ano de 2013, com o propósito de diminuir a incidência de casos confirmados de hanseníase em Pernambuco, o governo estadual anunciou o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – Programa Sanar, divulgando os municípios do estado que são prioridade para ações intradomiciliares diante da incidência de casos novos, como a porcentagem de cura após as ações de medida de controle da doença (Quadro 7) (SES-PE, 2014).

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

Quadro 7 – Percentuais de contatos intradomiciliares examinados e de cura dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes\*. Programa Sanar- 2013

MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	% DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DOS CASOS NOVOS EXAMINADOS	% DE CURA DOS CASOS NOVOS
Abreu e Lima	58,4	88,9
Angelim	100,0	100,0
Araçoiaba	33,3	50,0
Araripina	100,0	96,3
Belém de São Francisco	100,0	100,0
Cabo de Santo Agostinho	86,9	88,9
Camaragibe	76,9	75,0
Cupira	73,9	77,8
Floresta	100,0	100,0
Goiana	50,5	85,2
Gravatá	90,8	94,7
Igarassu	80,4	85,2
Ipojuca	93,1	77,4
Itapissuma	72,5	58,3
Jaboatão dos Guararapes	58,5	71,3
Lagoa Grande	100,0	96,0
Olinda	82,8	89,5
Ouricuri	99,2	97,4
Pedra	100,0	100,0
Petrolina	73,5	88,8
Recife	61,6	75,3
São Lourenço da Mata	90,5	91,2
Sirinhaém**	100,0	16,7
Tamandaré	100,0	100,0
Trindade	99,1	86,7

\* Os anos das coortes são definidos com base na duração do tratamento (dois anos para portadores de hanseníase multibacilar e um ano para paucibacilar. Nesta ocasião, foi analisada a situação de

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

encerramento por cura e exames dos contatos intradomiciliares dos casos notificados em 2011 na coorte de multibacilar e 2012 na paucibacilar).

\*\*município não atualiza o sistema desde janeiro de 2013.

**Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE**

Nota: Dados atualizados em 07/04/2014 (banco congelado), sujeitos à alteração.

Parâmetros:

Cura

 Satisfatório  $\geq 90,0\%$      Regular  $75,0\% - 89,9\%$      Insatisfatório  $< 75,0\%$

Contatos intradomiciliares examinados

 Satisfatório  $\geq 75,0\%$      Regular  $50,0\% - 74,9\%$      Insatisfatório  $< 50,0\%$

O único município que apresentou parâmetro insatisfatório, foi Araçoiaba, apresentando apenas 33,3% de contatos intradomiciliares, e 50% de cura. Já Abreu e Lima, Cupira, Goiana, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Petrolina e Recife, apresentaram parâmetros regulares em contatos intradomiciliares, onde Itapissuma (58,3%) e Jaboatão dos Guararapes (71,3%), tiveram resultado insatisfatório quando a porcentagem de cura da doença. Quanto aos demais municípios, apresentaram resultado satisfatório em relação aos contatos intradomiciliares e variação na porcentagem de cura. Sirinhaém foi o único município que apresentou resultado totalmente satisfatório nas visitas e baixo índice de cura (16,7%), ressaltando que o município não atualiza os dados desde janeiro de 2013 (Quadro 7).

No ano de 2014, o SINAN divulgou os números do Nordeste (NE) de casos novos de hanseníase, segunda a raça/cor da pele referente ao ano anterior (Quadro 8), onde o estado de Pernambuco apresentou 25 casos em pacientes de pele branca, o que representa 17,8%, do total de 140 casos que foram notificados no NE. Na cor preta, Pernambuco notificou 14 casos, o equivalente a 13,7% e o NE 102 casos. A cor amarela, Pernambuco representou 16,6% do NE, notificando apenas 1 caso durante todo o ano. Em hansenícos da cor parda, foram 53 casos, o equivalente a 10,9%, comparados ao total de 484 casos em todo NE. Em pacientes indígenas não foi notificado nenhum caso em todo NE. Nos demais anos, não foram divulgados dados referentes a raça/cor dentro do material consultado.

**Quadro 8 - Número de casos novos diagnosticados de hanseníase, segundo raça/cor – 2013**

<b>UF* DE RESIDÊNCIA</b>	<b>BRANCA</b>	<b>PRETA</b>	<b>AMARELA</b>	<b>PARDA</b>	<b>INDÍGENA</b>
<b>Nordeste</b>	140	102	6	484	0
<b>Pernambuco</b>	25	14	1	53	0

**Fonte: SINAN/SVS-MS, 2014 (Adaptado pela autora). \*Unidade Federativa (UF)**

Em 2014, Pernambuco ficou em 9º lugar em relação a todos os estados brasileiros e em 3º na Região Nordeste, apresentando 27 casos confirmados a cada 100 mil habitantes, classificando-se com risco muito alto (Quadro 3), em relação a doença. Em pacientes menores de 15 anos, Pernambuco preencheu a 5ª colocação, retratando um cenário hiperendêmico (SES-PE, 2016).

Segundo dados epidemiológicos de hanseníase no estado de Pernambuco, notificados pela SES-PE (2017) em 2014, foram diagnosticados 2.570 casos da doença em todo estado de Pernambuco, obtendo-se uma diminuição no ano de 2015, onde apresentou 2.384, uma diferença de 186 casos a menos que no ano anterior, sendo 237 em pacientes menores de 15 anos, atingindo 78,1% de cura.

No ano seguinte foram registrados 1.856 casos novos da doença. Sendo 176 que corresponde a 9,5% em menores de 15 anos (SES-PE, 2018). Neste ano, Pernambuco foi classificado quanto a endemicidade muito alto, relacionado a taxa de detecção geral e em menores de 15 anos, ocupando a 5ª colocação a nível de Brasil, em relação a taxa de detecção geral e 3ª em relação a menores de 15 anos. No Nordeste, ocupa o 6º lugar, nos mesmos parâmetros. Neste ano, 56% dos casos notificados na população geral, foram referentes a RMR (SES-PE, 2017).

Em 2017, o SINAN divulgou a taxa média de detecção de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes de acordo com o sexo, entre os anos de 2012 a 2016 (Quadro 9), ficando em evidência que a hanseníase afeta mais homem que

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

mulheres tanto ao nível do Nordeste, quanto no estado de Pernambuco, sendo representado o sexo masculino no estado com 26,35 de taxa de detecção geral e feminino 25,47 e, no NE com 25,53 de representatividade masculina e 21,39 feminina. Entretanto, dentro do material consultado não houve explicações para esclarecer o motivo da hanseníase afetar mais homens que mulheres no período em questão.

**Quadro 9 – Taxa média de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil habitantes), segundo o sexo – 2012 a 2016**

UF* DE RESIDÊNCIA	TAXA DE DETECÇÃO GERAL (/100 MIL HAB.)		
	Total	Masculino	Feminino
Nordeste	23,42	25,53	21,39
Pernambuco	25,9	26,35	25,47

Fonte: SINAN/SVS-MS, 2017 (Adaptado pela autora). \*Unidade Federativa (UF)

Em 2017, o estado apresentou um aumento significativo em números de casos novos, notificando 2.391 casos, sendo 535 a mais que o ano anterior. Do total, 192 casos, foram em pacientes menores de 15 anos (SES-PE, 2018).

O SINAN divulgou em 30 de maio de 2018, a taxa de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes entre os anos de 2007 a 2017 (Quadro 10), na qual a doença ao longo desses 10 anos, vem apresentando uma diminuição gradativa dos casos em ordem cronológica, oscilando entre alguns anos, que no ano de 2016 apresentou uma relativa diminuição em relação a 2007, onde o estado apresentava 3,58 a cada 10.000 habitantes, diminuindo para 1,82, mas aumentando para 2,52 no ano de 2017.

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

**Quadro 10 – Taxa de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes em Pernambuco – 2007 a 2017**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	3,58	3,06	3,23	2,71	2,72	2,66	2,79	2,31	1,84	1,82	2,52

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).

<sup>1</sup>Obs: Para o registro ativo, a partir de 2010 considera-se pacientes em tratamento de acordo com a PORTARIA GAB/SVS-MS de Nº 31 de 08 de julho de 2005. <sup>2</sup>Obs: Para o registro ativo, a partir de 2015 considera-se pacientes em tratamento de acordo com a PORTARIA GAB/SVS-MS de Nº 149 de 03 de fevereiro de 2016.

Nesta mesma data também foi tornado público o percentual de contatos dos casos novos da doença, registrados nas coortes - um conjunto de pessoas que tem em comum um evento que se deu no mesmo período (Quadro 11), assim como o percentual de cura nas coortes de casos novos (Quadro 12).

**Quadro 11 – Percentual de contatos de casos novos de hanseníase examinados entre os registrados nos anos das coortes em Pernambuco – 2007 a 2017**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	52,8	58,9	62,1	61,9	58,0	73,3	76,7	80,7	80,8	76,3	82,3

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).

Depois que se detecta a doença os ACSs passam a manter contato com aqueles pacientes diagnosticados com a hanseníase, fazendo visitas em períodos específicos e agendados para então realizar o acompanhamento e progresso da cura. Onde, está cada vez mais assíduo esse contato profissional-paciente, no qual Pernambuco apresentava 52,8% em 2007, um pouco mais da metade da população afetada, aumentando para 82,3% em 2017. Um bom sinal que os ACSs estão cada vez mais se dedicando ao contato e disseminando informações para as pessoas afetadas.

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

Em virtude desse trabalho, os pacientes vêm apresentando estabilidade sobre o percentual de cura nas coortes (Quadro 12), pois muitos deles iniciam o tratamento e abandonam assim que apresentam melhoras, podendo haver recorrência da doença e diferenças significativas em dados divulgados sobre casos novos confirmados, pacientes em tratamento e curados. Nestes 10 anos o estado se manteve estável em relação ao percentual de cura, tendo uma leve diminuição entre os anos de 2016, com 78,6% e em 2017 com 79,8%, número menor em relação a 2007 que foi de 81,3%.

**Quadro 12 – Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase em Pernambuco – 2007 a 2017**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	81,3	83,7	84,6	81,9	80,5	83,0	80,2	82,9	80,4	78,6	79,8

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).

Tratando-se de número de casos novos confirmados e taxa de detecção geral (Quadro 13), na população geral também foi divulgado a situação do estado de Pernambuco entre 2007 a 2017, mostrando toda incidência da doença no estado e seus números alarmantes como no ano de 2009, apresentando 3.204 novos casos e o déficit em 2016, com 1.856 casos, tendo uma diminuição significativa de 1.348 casos, voltando a aumentar em 2017 para 2.391 casos confirmados em todo estado.

**Quadro 13 – Números de casos novos confirmados e taxa de detecção geral de hanseníase por 100.000 habitantes em Pernambuco – 2007 a 2017**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Nº de C. Novos</b>	2.870	2.809	3.204	2.798	2.694	2.561	2.604	2.570	2.384	1.856	2.391
<b>Taxa de detecção</b>	35,93	31,95	36,45	31,78	30,02	27,66	28,16	27,84	25,63	19,72	25,44

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).

## A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

Também foi divulgada a situação geral da população menor de 15 anos de idade e a taxa de detecção (Quadro 14) entre os anos de 2007 a 2017, mostrando que esse grupo de pacientes são um número bastante significativo, em relação a população geral, nos mesmos anos em questão. Em 2007, 2008 e 2010, dentro das fontes consultadas, não foram encontrados os números de casos novos em pacientes menores de 15 anos.

**Quadro 14 - Números de casos novos confirmados e taxa de detecção geral de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 habitantes em Pernambuco – 2007 a 2017**

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de C. Novos	-	-	322	-	286	263	285	261	237	176	192
Taxa de detecção	14,35	12,24	13,56	12,10	12,97	10,86	12,14	10,97	10,25	7,56	8,60

Fonte: SINAN/SVS-MS, em 30/05/2018 (Adaptado pela autora).

No estado de Pernambuco, existem unidades de saúde que disponibilizam diagnóstico, tratamento e restabelecimento para pacientes portadores da hanseníase, são elas: USFs, Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Policlínicas. Para tratamentos ambulatoriais, é necessário um encaminhamento (ANEXO C) da USFs, UBSs ou policlínica para alguns destes hospitais: Hospital Geral da Mirueira, Hospital Geral Otávio de Freitas ou IMIP, todos situados na RMR. Mas, nenhum deles trata exclusivamente de hanseníase, nem mesmo o Hospital Geral da Mirueira, que por muito tempo ficou conhecido por “Hospital dos Leprosos” (SES-PE, 2018).

O Sanatório Padre Antônio Manoel, conhecido popularmente por Hospital Geral da Mirueira, foi inaugurado no ano de 1941, onde foram transferidos pacientes em tratamento do Hospital dos Lázaros de Santo Amaro das Salinas, onde hoje funciona o Hospital do Câncer de Pernambuco. O referido hospital foi agrupado à Santa Casa de Misericórdia para darem continuidade ao tratamento (ALMEIDA; COSTA JÚNIOR, 2005). Esse hospital é o único leprosário em atividade do

Nordeste, sendo também referência para tratamento de dependentes químicos. A unidade ainda é composta por 52 pacientes residentes, mas nos anos 60, chegou a abrigar cerca de 500 indivíduos contaminados (CAHU, 2010).

O estado possui um programa de controle da hanseníase, que atua em todos os municípios, onde realiza assistência técnica de ações de controle, como também supervisão da doença, por meio de inspeção dos indicadores epidemiológicos e operacionais, efetuando assistência e capacitações para todos os profissionais que compõem toda a rede pública de saúde do estado de Pernambuco (SES-PE, 2017).

Toda tabulação dos dados dos municípios do estado de Pernambuco é desenvolvida pelo SINAN que é o sistema oficial brasileiro para todas as informações sobre dados epidemiológicos de hanseníase. O SINAN é administrado pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação de Saúde do MS, que tem por responsabilidade elaborar e expedir regras do país. Sendo por obrigação das unidades de saúde, catalogar todos os casos de hanseníase, como também, manter o sistema atualizado sobre eventuais mudanças. A única documentação necessária para compilar os dados é a ficha de notificação/investigação (ANEXOS B), sendo possível avaliar e controlar a endemia por meio de indicadores epidemiológicos. O MS, acompanha a incidência dos casos por meio dos determinantes indicadores: coeficiente de prevalência, proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano, coeficiente de detecção geral, coeficiente de detecção em menores de 15 anos, como também a proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (BRASIL, 2017).

### **3.3.1 A incidência de casos confirmados na Região Metropolitana do Recife**

A RMR foi responsável por 55% do total de casos confirmados em Pernambuco, no ano de 2010 (SES-PE, 2010).

No ano de 2014, Recife apresentou 359 casos novos, diante da população geral e 36 casos em indivíduos menores de 15 anos, o que representou 18% de novos casos detectados em Pernambuco (SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE,

2015). Em 2015, a capital pernambucana apresentou 486 novos casos e 30,05 com taxa de detecção geral por 100.000 habitantes, sendo a segunda cidade a nível Pernambuco com maior número de caso em pacientes menores de 15 anos (Quadro 15) (BRASIL, 2017). No ano de 2016, Recife diagnosticou 329 casos, o que correspondeu a 20,2% do estado de Pernambuco. Ocorrendo 36 casos da doença em pacientes menos de 15 anos, correspondendo a 24,5% das notificações do estado (G1 PERNAMBUCO, 2017). Em 2017, o município apresentou como taxa de detecção para população geral 29 casos a cada 100.000 habitantes e 8,5 casos por 100.000 habitantes, para menores de 15 anos, indicando os adultos como origem de infecção por boa parte das crianças e adolescentes em espaço domiciliar (SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE, 2018).

O município de Olinda-PE, no ano de 2010, registrou 200 casos na população geral, sendo 14 pacientes menores de 14 anos, tendo como taxa de detecção geral por 100 mil habitantes 75,01. Nos anos de 2011 e 2012 teve um aumento de apenas 3 casos na população geral, sendo notificados 203 casos e uma redução de 3 casos em pacientes menores de 14 anos no ano de 2011 e em 2012 apresentou apenas 8 casos confirmados da doença. No ano de 2011, apresentou a mesma taxa de detecção geral que 2010. Já em 2012, o município apresentou 74,49 por 100 mil habitantes. Em 2013, o município apresentou uma taxa de detecção geral de 75,20 por 100 mil habitantes, sendo 201 casos em paciente maiores de 15 anos e 4 casos em pacientes menores de 14 anos (DEEPASK, 2014). No Ano de 2015, a cidade ficou em 3ª colocação a nível Pernambuco das cidades que mais notificaram casos da doença em pacientes menores de 15 anos (Quadro 15).

No ano de 2013, o município de Jaboatão dos Guararapes notificou 215 novos casos gerais de hanseníase (SES-PE, 2014). Já em 2015, a cidade apresentou 256 novos casos na população geral e 23 novos casos em pacientes menores de 15 anos (Quadro 15). No ano seguinte, o município se classificou em 54ª colocação a nível Brasil no ranking de números de casos novos de hanseníase em crianças (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2017).

No ano de 2014, o município de Cabo de Santo Agostinho registrou apenas 9 casos da doença (SES-PE, 2015). No ano seguinte, registrou 92 novos casos e 8 novos casos em pacientes menores de 15 anos, ficando em 54º na colocação geral do estado em relação aos pacientes menores de 15 anos (Quadro 15) (BRASIL, 2017). Em 2016, foram notificados 74 casos na população geral e 9 casos em pacientes menores de 15 anos, o que correspondeu a 3,9% de casos novos diagnosticados no estado (SECRETARIA DE SAÚDE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2017). Já no ano de 2017, o município registrou 97 novos casos da doença, podendo ser realizado o tratamento em quaisquer das 45 USFs do município (SECRETARIA DE SAÚDE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2018).

O município de Paulista-PE entre os anos de 2014 a 2015 registrou 221 atendimentos especializados, apresentando 122 casos confirmados, onde 53 foram prevalentes, sem distinguir faixa etária e/ou sexo (SINAN/SES-PE, 2016), ficando em 105º colocação a nível Pernambuco em pacientes menores de 15 anos (Quadro 15). Em 2016, a cidade apresentou 1.856 casos novos da doença, apresentando 17% a menos que em 2017, onde foi notificado 2.186, segundo dados parciais (SES-PE, 2018).

**Quadro 15 – Indicadores epidemiológicos e operacionais dos municípios selecionados em Pernambuco no Brasil em 2015**

<b>CLASSIF. (*)</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>POP. GERAL 2015</b>	<b>CASOS NOVOS &lt; 15 ANOS</b>	<b>CASOS NOVOS GERAL</b>	<b>(**) TAXA DETECÇÃO GERAL</b>
2º	Recife	1.617.183	48	486	30,05
3º	Olinda	389.494	45	210	53,92
12º	Jaboatão dos Guararapes	686.122	23	256	37,31
54º	Cabo de Santo Agostinho	200.546	8	92	45,87
105º	Paulista	322.730	5	68	21,07

**Fonte: Ministério da Saúde, 2017 (Adaptado pela autora).**

(\*) **Classificação da posição ocupada dos municípios em relação ao número de casos novos da doença diagnosticados em menores de 15 anos no ano de 2015.**  
 (\*\*) **Número de casos novos por 100 mil habitantes**

### 3.4 A realidade do abandono: os impactos causados aos portadores de hanseníase

Pior que as causas da doença, é a palavra referida a ela: lepra, e ela não tem cura. A expressão “lepra” e “leproso” não são adequadas, ao que hoje compreende-se por hanseníase, sendo um dos termos mais desconfortáveis utilizados antigamente pelos profissionais de saúde, que constrangia o paciente, ferindo sua personalidade, causando impactos psicológicos e impedindo sua reabilitação na comunidade. Os impactos mais comuns causados são: problemas familiares e mudança na vida conjugal, afastamento escolar, vida profissional e o sentir-se diferente diante das pessoas preconceituosas e sem conhecimento prévio da doença (GUIDOTTI, 1984).

O desamparo da família e a ausência de contato com o meio social são um dos principais problemas enfrentados pelos pacientes da maioria dos hospitais-colônia especialistas em tratar hansenianos (GIANNELLA JÚNIOR, 1989). Os portadores da doença também eram impedidos de se alimentarem e dormirem junto com pessoas não contaminadas pela doença e, durante algum tempo, também não era consentido casamentos entre pessoas sadias e doentes (EIDT, 2004).

Um dos maiores problemas enfrentados pelos indivíduos portadores da doença, é o preconceito, sentindo medo da reação das pessoas que compõem o seu meio social, como também a exclusão, sendo discriminado por falta de conhecimento e achando que a doença em todos os estágios, ainda é contagiosa. Onde, o que mais assusta é que são fatos atuais. Sendo necessário o paciente readquirir sua autoestima, reconquistando suas atividades diárias e aos poucos retornando a sociedade com uma vida normal (BAIALARDI, 2007).

No Brasil por volta de 1920, o isolamento das pessoas portadoras da hanseníase, não se restringia apenas aos indivíduos que ficavam em leprosários e sanatórios. Quando se descobria a doença, o portador era imediatamente afastado dos filhos, até mesmo dos recém-nascidos, onde todos da família, ficava recebendo

amparo e cuidados especiais do departamento de profilaxia da lepra e da assistência social do seu estado (SILVA et al., 2012). No entanto, devido as diversas divergências em relação ao diagnóstico da hanseníase, naquela época os leprosários também poderiam abrigar pessoas com outras doenças crônicas de pele e mendigos (EIDT, 2004).

Por volta dos anos 80, a internação obrigatória nos leprosários foi extinguida, e os estados brasileiros passaram a indenizar mensalmente, de forma vitalícia, os ex-portadores de hanseníase que foram obrigados a viver isolados em leprosários ou hospitais colônias, por volta dos anos de 1950 a 1980, não sendo suficiente para manterem-se, da mesma forma que acontece com vários idosos no Brasil, com um benefício de um salário mínimo e meio. Muitos dos beneficiados voltam a viver nos hospitais colônia devido a falta de recursos financeiros e principalmente apoio da família e sociedade. (CASTRO; WATANABE, 2009).

Até o ano de 2015, o Brasil já tinha indenizado cerca de 8,7 mil ex-portadores de hanseníase por isolamento forçado. No total, houve 11.963 pedidos de indenização, mas 3.171 foram indeferidos, tendo ainda na lista de espera mais de 4 mil pedidos. (MACIEL, 2015).

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo do estudo**

Foi realizada uma revisão bibliográfica, que seguiu os preceitos de um estudo exploratório sobre a incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco entre os anos de 2007 a 2017. Segundo Marconi e Lakatos (2010), pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo.

#### **4.1.1. Fontes**

A seguir estão as fontes que forneceram respostas adequadas à solução do problema proposto:

- Foram utilizados livros de microbiologia básica e específica de diferentes autores tais como: Actor (2007); Alcamo e Elson (2015); Bier (1976); Black (1999); Harvey e Fisher (2008); Hofling (2008); Levinson (2016); Madigan (2010); Rolland e Rolland (2000); Spicer (2002); Schaechter (1999); Strolhl e Fisher (2004); Trabulsi e Alterthum (2008);
- Também foram utilizados livros específicos de hanseníase escritos por: Andrade e Nery (2014); Maurano (1950); Opromolla (1981);
- Pesquisas desenvolvidas e publicadas em forma de artigos presentes nas mais diversas revistas impressas e em plataforma online: Revista de cultura vozes, Revista de humanidades –MNEME, Revista brasileira de Ciências da Saúde, Revista Epidemiologia e Serviços da Saúde, Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Revista Hansenologia Internationalis, Revista história, ciência, saúde - MAGUINHOS, Revista Radis, Revista Saúde e Sociedade, Revista de Medicina e Saúde de Brasília, Revista família cristã, Revista de enfermagem da UFSM, Revista eletrônica de enfermagem, Revista brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Revista estudos, que foram publicadas a partir do ano de 1984 até julho de 2017;

- A pesquisa bibliográfica também incluiu boletins epidemiológicos, cadernos, bulas de medicamentos, guias rápidos, panoramas, guias práticos, protocolos, resumos, informativo eletrônico, relatórios, tese e dissertação, escritas em língua portuguesa. Os materiais descritos nesta pesquisa foram publicados a partir do ano de 2001 até setembro do ano de 2018;
- A extração dos dados epidemiológicos, foram concedidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), através da plataforma online do Ministério da Saúde (MS), do DATASUS/MS/TABNET como também em boletins epidemiológicos online.

Para a seleção das fontes, foram consideradas como norma de inclusão referências que tratassem da hanseníase como um todo (agente etiológico, históricos, sintomas, transmissão, diagnóstico, tratamento e medidas de controle), como também fontes voltadas para dados epidemiológicos e impactos sociais afim de fazer o fechamento dos objetivos propostos.

#### **4.1.2. Coleta de dados**

A coleta de dados seguiu a seguinte sequência:

- Leitura exploratória e seletiva do material pesquisado;
- Registro das informações extraídas das fontes;
- As extrações dos dados secundários coletados para execução da pesquisa foram cedidas pela SES-PE, em formato online, como também pelo SINAN, concedido pelo MS, disponibilizados na página do DATASUS/MS/TABNET e em boletins epidemiológicos online.

#### **4.1.2.1 Análise e interpretação dos dados**

Foi realizada uma leitura para poder ordenar as informações obtidas através das fontes de maneira propícia à aquisição de respostas para os objetivos propostos, como também a junção dos dados coletados em plataformas online, que foram descritos e estruturados no programa EXCEL versão 2013, para apresentação em formas de quadros.

#### **4.2 Área de estudo**

O estudo foi desenvolvido no estado de Pernambuco, que possui uma área territorial de 98.076,021 km<sup>2</sup>, que fica localizado no Nordeste do Brasil, estando em 19º no ranking geral de grandiosidade territorial. Em 2017 possuía uma população estimada em 9.473.266 habitantes, sendo o 7º estado mais populoso do Brasil (IBGE, 2017).

Segundo dados da SES-PE (2015), no ano de 2015, Pernambuco possuía uma rede de 4.465 Equipes de Saúde da Família (ESFs), apresentando 75,35% de cobertura populacional das ESFs.

#### **4.3 Desenho do estudo**

Foi analisado a situação epidemiológica da hanseníase no estado de Pernambuco, no período de 2007 a 2017.

#### **4.4 População do estudo e período de referência**

A população de estudo foi composta por todos os casos notificados de hanseníase que foram diagnosticados no período de 2007 a 2017 dentro das fontes consultadas, enfatizando casos gerais e pacientes menores de 15 anos de idade, residentes no estado como um todo e na RMR.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desta pesquisa, ainda é bastante visível o preconceito das pessoas sobre a hanseníase, que ainda é vista como uma doença incurável e vergonhosa, que persiste nos dias atuais, sendo desconhecida toda sua forma de tratamento e cura para erradicar a doença por boa parte de seus portadores e conviventes.

A carência da sustentação das ações educativas promovidas para o controle da doença, torna-se um fator contribuinte para a falta de conhecimento dos membros da sociedade, sendo de suma importância a promoção de ações vigorantes de educação em saúde, para que a população tenha conhecimento sobre a doença e conviva com esses e outros problemas de saúde que venham a surgir na comunidade.

O estado de Pernambuco entre 2007 a 2017 notificou muitos casos da doença, oscilando seus números, sendo bastante significativo o número de casos em pacientes menores de 15 anos de idade. Essa oscilação se dar devido a proposta de visitas intradomiciliares de cada ano, como também o acompanhamento dos ACSs em relação a administração das medicações. Quanto a incidência em relação ao sexo de 2012 a 2016, foi observado maior prevalência no sexo masculino, tanto em Pernambuco, quanto no Nordeste. Não sendo explicado tal causa para esses agravantes.

Sendo assim, o papel dos profissionais de saúde é de grande valor para reintegrar os portadores da doença no meio social, recuperando sua autoestima e resgatando seus vínculos, sendo indispensável o diagnóstico precoce da doença, para dar início ao tratamento e uma abordagem interdisciplinar da rede pública de saúde, contribuindo de forma expressiva para a redescoberta de seus verdadeiros valores e reinserção social.

## **REFERÊNCIAS**

- ACTOR, J, K. **Imunologia e microbiologia**. 1ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- ALCAMO, I, E; ELSON, L, M. **Microbiologia: um livro para colorir**. 1ª Ed., São Paulo: Roca, 2015.
- ALCIDARTA, R. Ideias e fatos. **Revista de cultura vozes**, v. 78, n. 3, p. 211-212, 1984.
- ALMEIDA, A, V; COSTA JÚNIOR, J, A, M. Aspectos históricos da hanseníase em Recife, Pernambuco. **Revista de humanidades – MNEME**, v.7, n.17, p. 80-97, 2005.
- ANDRADE, A, R, C; NERY, J, A, C. Episódios reacionais da hanseníase. In: ALVES, E, D; FERREIRA, T, L; FERREIRA, I, N (Org). **Hanseníase avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.
- ANDRADE et al. Hanseníase: Compreensão de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 17-24, 2011.
- ARANTES et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003.
- BAIALARDI, K, S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Revista Hansenologia Internationalis**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Guia rápido hanseníase para os profissionais de saúde**, Belo Horizonte, 1 set 2018.
- BIER, O. **Bacteriologia e imunologia em suas aplicações à medicina e higiene**. 17ª ed., São Paulo: Melhoramentos, 1976.

BLACK, J, G. **Microbiologia: fundamentos e perspectivas**. 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BORGES et al. Determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados. **Caderno de saúde pública**, v. 3, n. 3, p. 266-271, 1987.

BRASIL. Decreto n. 9.010, de 29 de mar. de 1995. **Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências**, Brasília, DF, mar 1995.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Panorama**. Recife, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>>. Acesso em: 25 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Agência Saúde. **Projeto inovador para o enfrentamento da hanseníase é realizado em Pernambuco**. Recife, 26 out. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41644-projeto-inovador-para-o-enfrentamento-da-hanseniose-e-realizado-em-pernambuco>>. Acesso em: 25 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Informação de acompanhamento dos dados de hanseníase em Pernambuco - Taxa Detecção Casos Novos por Ano Diagnóstico**. Recife, 27 de set. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseniose/cnv/hanswpe.def>>. Acesso em 17 de setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Informação de acompanhamento dos dados de hanseníase em Pernambuco - Taxa Detecção Casos Novos por Ano Diagnóstico**. Recife, 28 de set. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseniose/cnv/hanswpe.def>>. Acesso em 07 de setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. 89p. Brasília, 2002. (Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. 84p. Brasília, 2001. . (Normas e Manuais Técnicos, n. 111).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**. 12p, v, 49, n. 4, Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. 68p. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 448p. 8ª ed., Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. 54p. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 816p. 7ed., Brasília, 2009 (Manual técnico operacional).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. 72f. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico operacional. 58p. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase – Brasil 2001 – 2017**. Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. **Taxa de detecção geral de hanseníase por 100.000 habitantes – Estados e regiões, Brasil, 1990 a 2017**. Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de atendimento em hanseníase**. 36p. Brasília, 2007.

BRUNA, M, H, V. **DOENÇAS E SINTOMAS: HANSENÍASE (LEPRA)**. São Paulo, 06 de mar. 2018. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/hansenise-lepra/>>. Acesso em: 09 de setembro de 2018.

CAHU, C, P, M. **Sanatório Padre Antônio Manuel - Hospital Colônia da Mirueira, Paulista – Pernambuco**. In: Cadernos de Morhan – Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase. Departamento de Formação Projetos e Pesquisas – Deforp. Projeto Acervo. 128p, 2010.

CASTRO, A, F, P; TRABULSI, L, R. Micobactérias e Nocardias. In: TRABULSI et al. **Microbiologia**. 3ª ed., São Paulo: Atheneu, 1999.

CASTRO, S, M,S; WATANABE, H, A, W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Revista história, ciências, saúde – MAGUINHOS**, v. 16, n.2, p. 449-487, 2009.

DAXBACHER, E, L, R; FERREIRA, I, N. Epidemiologia da hanseníase. In: ALVES, E, D; FERREIRA, T, L; FERREIRA, I, N (Org). **Hanseníase avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.

DEEPASK – Dados sociodemográficos. **Hanseníase: Veja número e incidência de casos por cidade do Brasil – Olinda, PE.** São Paulo, 21 set. 2014. Disponível em:< <http://www.deepask.com/goes?page=olinda/PE-Confira-os-numeros-da-hanseniose-no-seu-municipio>>. Acesso em: 27 de setembro de 2018.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Profissionais de 20 municípios serão treinados para tratar hanseníase.** Recife, 23 out. 2017. Disponível em:<[http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/brasil/2017/10/23/interna\\_brasil,727869/profissionais-de-20-municipios-serao-treinados-para-tratar-hanseniose.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/brasil/2017/10/23/interna_brasil,727869/profissionais-de-20-municipios-serao-treinados-para-tratar-hanseniose.shtml)>. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

DIÓRIO, S, M. Aspectos microbiológicos e moleculares do *Mycobacterium leprae*. In: ALVES, E, D; FERREIRA, T, L; FERREIRA, I, N (Org). **Hanseníase avanços e desafios.** Brasília: NESPROM, 2014.

DOMINGUEZ, B. Problema persistente. In: FIOCRUZ/ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Ergio Arouca. Direitos sociais e desoneração fiscal. **Revista Radis – Comunicação e Saúde**, v. 1, n. 150, p. 24-26, 2015.

EIDT, L, M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004.

FARIA, L; CALÁBRIA, L, K. Aspectos históricos e epidemiológicos da hanseníase em Minas Gerais. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 6, n. 3, p. 406-424, 2017.

G1 PERNAMBUCO. **Dia D da campanha contra a hanseníase, ocorre nesta terça, no Recife.** Globo Pernambuco Online, Recife, 15 mar 2017. Disponível em:< <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/dia-d-da-campanha-contra-hanseniose-ocorre-nesta-terca-no-recife.ghtml>>. Acesso em: 19 de agosto de 2018.

GARCIA, J, R, L. Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Revista Hansenologia Internationalis**, v. 26, n. 1, p. 14-22, 2001.

GIANNELLA JÚNIOR, F. Hanseníase é possível vencer essa barreira. **Revista família cristã**, v. 55, n. 642, p. 16-21, 1989.

GUIDOTTI, H. Hanseníase não é lepra. **Revista de cultura vozes**, v.78, n. 3, p.18-24, 1984.

HARVEY, R, A; FISHER, P, C, C, B. **Microbiologia ilustrada**. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.

HOFLING, J, F. **Microscopia de luz em microbiologia: morfologia bacteriana e fúngica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LANA et al. O ESTIGMA EM HANSENÍASE E SUA RELAÇÃO COM AS AÇÕES DE CONTROLE. **Revista de enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014.

LASTÓRIA, J. C; ABREU, M. A. M. M. **Hanseníase: diagnóstico e tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012.

LEVINSON, W. **Microbiologia médica e imunologia**. 13ª ed., Porto Alegre: AMGH, 2016.

MACIEL, C. Brasil já indenizou 8,7 mil portadores de hanseníase por isolamento forçado. In: AGÊNCIA BRASIL. **Geral**. São Paulo, 01 de nov. 2015. Disponível em:< <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-11/brasil-indenizou-87-mil-por-isolamento-forcado-em-razao-da-hanseniasi>>. Acesso em 17 de setembro de 2018.

MADIGAN et al. **Microbiologia de Brock**. 12ªed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

MAGALHÃES, M, C, C; ROJAS, L, I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p.75-84, 2007.

MARCONI, M, A; LAKATOS, E, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed., São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES et al. Síndrome da Sulfona: uma grave reação de hipersensibilidade. **Revista Hansenologia Internationalis**, v. 37, n. 2, p. 86-90, 2012.

MAURANO, F. **Tratado de Leprologia**. 2ª ed., v.1, p.18, Rio de Janeiro, 1950.

MENEZES, M. **Importância dupla do tratamento contra a hanseníase**. In: FIOCRUZ. Comunicação e informação. Rio de Janeiro, 23 jun 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/importancia-dupla-do-tratamento-contra-hanseniase>>. Acesso em 15 de outubro de 2018.

MINOCICLINA: comprimidos. Farmacêutico responsável: Adriana M. C. Cardoso. Arsenal/RJ: Ranbaxy Farmacêutica Ltda, 2013. Bula de remédio.

NASCIMENTO et al. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 743-750, 2011.

NEVES et al. Combate à hanseníase: o agente comunitário de saúde como facilitador. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, sem volume, n. 12, p.471, 2013.

OFLOXACINO: comprimidos. Farmacêutico responsável: Dra. Maria Geisa P. de Lima e Silva. Hortolândia/SP: EMS S/A, 2013. Bula de remédio.

OLIVEIRA, C, P, M C. **A voz da Mirueira: a atuação dos leprosos de Pernambuco na luta contra a “lepra”**. 9p. In: XXV Simpósio Nacional de História (ANPUH), Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, C, P, M C. **De lepra à hanseníase : mais que um nome, novos discursos sobre a doença e o doente 1950-1970**. 246 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, Recife. 2012.

OLIVEIRA, V, M. **Levantamento epidemiológico da hanseníase no estado de Pernambuco, Brasil, de 2001 a 2010**. 6p. In: VII CONNEPE – Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação, Palmas, 2012. Palmas: ISBN 978-85-62830-10-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global para hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**. 36f. Bauru, 2016.

OPROMOLLA, D. V. A. **Diagnósticos da Hanseníase**. In: Noções de Hansenologia. p. 59-61, 2000.

OPROMOLLA, D, V, A. **Noções de hansenologia**. 1ª ed., Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná – Secretaria de Saúde do Paraná. **Guia rápido de hanseníase para profissionais de saúde**. Paraná, 23 out. 2017. Disponível em:<  
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/GuiaRpidoHansenasImpresso.pdf> >. Acesso em 20 de setembro de 2018.

PERNAMBUCO. Fundação Oswaldo Cruz. **Hanseníase na história**. Recife, [201?]. Disponível em:<<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=1182&sid=7>>. Acesso em: 09 de novembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho. **Profissionais de Saúde do Cabo recebem treinamento para identificação de novos casos de hanseníase**. Cabo de Santo Agostinho, 24 out, 2017. Disponível em:< <http://www.cabo.pe.gov.br/2017/10/23/profissionais-de-saude-do-cabo-recebem-treinamento-para-identificacao-de-novos-casos-de-hansenias/>>. Acesso em 26 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho. **Profissionais de Saúde recebem treinamento para identificar novos casos de hanseníase**. Cabo de Santo Agostinho, 22 maio, 2018. Disponível em:<  
[https://www.google.com.br/search?q=abrevia%C3%A7oes+do+mes+maio&rlz=1C1AVFC\\_enBR811BR811&oq=abrevia%C3%A7oes+do+mes+maio&aqs=chrome..69i57j0.8200j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/search?q=abrevia%C3%A7oes+do+mes+maio&rlz=1C1AVFC_enBR811BR811&oq=abrevia%C3%A7oes+do+mes+maio&aqs=chrome..69i57j0.8200j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)>. Acesso em 21 de junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria de Saúde do Recife. **Campanha contra hanseníase e verminose beneficia 40 mil alunos da rede municipal do Recife**. Recife, 26 abr. 2018. Disponível em:<<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias /26/04/2018/campanha-contra-hansenias-e-verminose-beneficia-40-mil-alunos-da-rede-municipal-do-recife>>.

e-verminose-beneficia-40-mil-alunos-da-rede -municipal>. Acesso em: 30 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria de Saúde do Recife. **Hanseníase: 300 pessoas no Recife receberam atendimento no Dia Mundial de combate à doença**. Recife, 28 jan. 2015. Disponível em:<<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/28/01/2015/hanseniasse-300-pessoas-no-recife-receberam-atendimento-no-dia-mundial-de-combate>>. Acesso em 29 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **Conselheiros de Saúde discutem a hanseníase nesta semana**. Recife, 29 out. 2010. Disponível em:< <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/conselheiros-de-saude-discutem-hanseniasse-nesta-semana-2>>. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **Hanseníase: ação pretende diagnosticar casos em Jaboatão**. Recife, 05 jun. 2014. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/hanseniasse-acao-pretende-diagnosticar-casos-em>>. Acesso em 21 de outubro de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica. **Informativo Eletrônico**. 3p. 2ª ed., Recife, 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **Estado reúne especialistas do Nordeste para debater a hanseníase**. Recife, 18 maio. 2008. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/estado-reune-especialistas-do-nordeste-para-debater-hanseniasse>>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **Hanseníase: projeto capacita profissionais dos municípios**. Recife, 23 out. 2017. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/hanseniasse-projeto-capacita-profissionais-dos>>. Acesso em 23 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **PE lança comitê técnico da hanseníase**. Recife, 21 jun. 2018. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/pe-lanca-comite-tecnico-da-hanseniasi>>. Acesso em 26 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **Projeto quer ampliar combate à hanseníase em PE**. Recife, 25 set. 2017. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencaosaude/projeto-quer-ampliar-combate-hanseniasi-em-pe>>. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **SES e secretaria de saúde do Paulista alertam sobre Hanseníase**. Recife, 30 jan. 2018. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/ses-e-secretaria-de-saude-do-paulista-alertam-sobre>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. **SES promove último dia de ação para detectar casos de hanseníase**. Recife, 06 fev. 2015. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/ses-promove-ultimo-dia-de-acao-para-detectar>>. Acesso em 15 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. **Guia de Medicamentos Estratégicos da Assistência à Saúde**. 40f. Recife: 2014.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Cadernos de Monitoramento Hanseníase - Programa Sanar**, v. 5, 28 f, 2014.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – SEVS. Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos. Gerência de Controle de Doenças Transmitidas por Micobactérias. Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase. **Programa de Controle da Hanseníase SES – PE**. 20p. Recife, 2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e

Avaliação da Vigilância em Saúde. **Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico: Pernambuco 2016**. 1ª ed., Recife: SES-PE, 2016.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de Pernambuco – Secretaria Estadual de Saúde. **SES faz detecção de casos de hanseníase**. Recife, 27 jan. 2015. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/ses-faz-detectacao-de-casos-de-hanseniase>>. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

RODRIGUES, M, C; PINHO, L, M, O; BORGINHO, R, F. Hanseníase: a realidade do abandono. **Revista estudos**, v. 31, n.8, p.1393-1409, Goiânia, 2004.

ROLLAND, X; ROLLAND, L. **Bactérias, vírus e fungos**. 1ª ed., Lisboa - Portugal: Instituto Piaget, 2000.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 196 f. Dissertação (Mestrado em ciências na área de concentração saúde coletiva) - Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte. 2010.

SANTOS et al. A hanseníase e seu processo diagnóstico. **Revista Hansenologia Internationalis**, v. 32, n. 1, p. 19-26, 2007.

SILVA et al. Filhos separados dos pais. In: Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comissão Interministerial de Avaliação. **Relatório Preliminar Grupo de Trabalho Interno: Filhos segregados de pais ex-portadores de hanseníase submetidos à política de isolamento compulsório**. Brasília, 2012.

SOUZA, V, N, B. Imunologia da hanseníase. In: ALVES, E, D; FERREIRA, T, L; FERREIRA, I, N (Org). **Hanseníase avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.

SPICER, W, J. **Bacteriologia, micologia e parasitologias clínicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SPITZNAGEL, J. Micobactérias: tuberculose e hanseníase. In: SCHAECHTER et al. 3ª ed., **Microbiologia: mecanismos das doenças infecciosas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

STROHL, W, A; FISHER, H, R, B. **Microbiologia ilustrada**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TRABULSI, L, R; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 5ª ed., São Paulo: Atheneu, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record**. n. 35, p. 337-348, 2010.

# A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco entre os anos de 2007 a 2017 2020

## ANEXO A – Solicitação de baciloscopia de hanseníase



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS



### SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMININO Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL QUE REALIZOU A COLETA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CONTROLE: \_\_\_\_\_

**COLAR AQUI 01 ETIQUETA  
QUE SOBROU DA CARTELA  
DE CÓDIGO DE BARRA**

VIDE ORIENTAÇÕES DE COLETA NO MANUAL DAS UNIDADES (SITE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS)

EM PACIENTES QUE NÃO APRESENTAM LESÕES ATIVAS VISÍVEIS, COLHER MATERIAL (LINFAS) DO LÓBULO AURICULAR DIREITO (LD), LÓBULO AURICULAR ESQUERDO (LE), COTOVELO DIREITO (CD) E COTOVELO ESQUERDO (CE). COLOCAR IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA PARTE FOSCA DA LÂMINA (INICIAIS DO NOME DO PACIENTE, Nº DO CÓDIGO DE BARRA E NOME DA UBS). VIDE PROCEDIMENTO DE COLETA NO MANUAL DAS UNIDADES.

PACIENTE EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE?

SIM  NÃO

LÂMINA 01  
IDENTIFICAÇÃO  
DO PACIENTE

LD



IDENTIFICAÇÃO: NÚMERO DO CÓDIGO DE BARRA E INICIAIS DO NOME DO PACIENTE E UNIDADE DE SAÚDE

LÓBULO DA ORELHA DIREITA

LE



LÓBULO DA ORELHA ESQUERDA

CD



COTOVELO DIREITO

CE



COTOVELO ESQUERDO

SE HOUVER LOCAIS DE IMPORTÂNCIA CLÍNICA, REALIZAR OUTRA LÂMINA (IDENTIFICAR COM LÂMINA 02) E IDENTIFICAR ESTE(S) LOCAL(S) DA(S) COLETA(S) NO IMPRESSO PRÓPRIO, ASSINALANDO SE É MANCHA OU LESÃO. CASO SEJA NECESSÁRIA A COLETA DE MAIS LÂMINAS, ANEXAR OUTRO IMPRESSO AO PRIMEIRO PARA CONSTAR TAMBÉM A IDENTIFICAÇÃO DESTAS LÂMINAS, IDENTIFICANDO-AS COM NÚMEROS SEQUENCIAIS.

COLOCAR COMO LÂMINA 02 E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	IDENTIFICAR LOCAL OU OS LOCAIS DE COLETA	IDENTIFICAR COM UM "X" O LOCAL DA COLETA	
		LESÃO	MANCHA
<input type="radio"/>			

OBSERVAÇÕES QUE CONSIDERAR IMPORTANTE:

DATA DA SAÍDA:

ANALISTA CLÍNICO:

# A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

## ANEXO B – Ficha de notificação para investigação da hanseníase

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENÍASE					
<b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE					
	3	Código (CID10)	Data da Notificação						
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código					
	7	Data do Diagnóstico							
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento				
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
Dados de Residência	14	Escolaridade							
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	19	Distrito			
	20	Bairro	21		Logradouro (rua, avenida,...)	22	Código		
Dados Complementares do Caso	23	Número		24		Complemento (apto., casa, ...)	25	Geo campo 1	
	26	Geo campo 2		27		Ponto de Referência	28		CEP
	29	(DDD) Telefone		30		Zona	31		Pais (se residente fora do Brasil)
	32	Nº de Lesões Cutâneas		33		Forma Clínica	34		Classificação Operacional
Atendimento	35	Nº de Nervos afetados		36			37		Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico
	38	Modo de Entrada		39			40		Modo de Detecção do Caso Novo
	41	Baciloscopia		42			43		Data do Início do Tratamento
	44	Esquema Terapêutico Inicial		45			46		Número de Contatos Registrados
Observações adicionais:									
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde					
	Nome		Função		Assinatura				
Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007					

# A incidência de casos de hanseníase no estado de Pernambuco 2020 entre os anos de 2007 a 2017

## ANEXO C – Ficha de encaminhamento para serviço de referência



Secretaria de Saúde  
**PERNAMBUCO**  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS  
 GERÊNCIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MICOBACTÉRIAS  
 COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE



### FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

DE: UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
 PARA: UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

Encaminhamos o  
 Sr(a). \_\_\_\_\_,  
 SINAN n° \_\_\_\_\_, residente à Rua \_\_\_\_\_,  
 n° \_\_\_\_\_, apt° \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_  
 para ser avaliado(a), conforme dados abaixo, pelo profissional desse Serviço.

DESCRIÇÃO DO CASO
- Situação atual: Suspeita de: <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/> Reação <input type="checkbox"/> Intolerância medicamentosa <input type="checkbox"/> Situação especial (transtornos mentais, uso de álcool e de outras drogas) <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____
- Forma Clínica: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Neural <input type="checkbox"/> Não se aplica
- N° de lesões: <input type="checkbox"/> 01 a 05 <input type="checkbox"/> Mais de 05 - N° de nervos afetados <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Mais de 01
- Classificação Operacional: <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> Não se aplica
- Grau de Incapacidade no Diagnóstico: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Não avaliado
- Grau de Incapacidade na Cura: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não se aplica
- Baciloscopia: <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Não realizada <input type="checkbox"/> Aguardando Resultado
- Esquema Terapêutico: <input type="checkbox"/> PQT/PB <input type="checkbox"/> PQT/MB <input type="checkbox"/> Esquema Substitutivo <input type="checkbox"/> Não se aplica
- N° Doses Ingeridas (atualmente ou quando realizou o tratamento): _____
- Episódio Reacional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Mista
- Tratamento Reacional: <input type="checkbox"/> Talidomida: _____ mg/dia <input type="checkbox"/> Prednisona: _____ mg/dia
- Tempo de uso: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**OBSERVAÇÃO:** O Serviço de Referência deverá **NOTIFICAR** os casos encaminhados para confirmação diagnóstica quando **CASO NOVO E RECIDIVA** e, depois, informar ao Sinan, através do Boletim de Acompanhamento, a sua **transferência**. O município de origem do paciente, no seu retorno, deverá **notificá-lo novamente** como modo de entrada **TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL (dentro do mesmo município) OU INTRAMUNICIPAL (entre municípios diferentes)**, com novo número de Sinan.  
 \*A notificação foi realizada no dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, sob o SINAN n°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Local e data)

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura e carimbo)

## SOBRE AS AUTORAS



### **LORENA BRITO DE ALMEIDA**

Possui graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade de Pernambuco-Campus Mata Norte (2016). Especialista em Microbiologia pela Faculdade Frassinetti do Recife – FAFIRE (2019). Tem experiência na área de Microbiologia.



### **UBIRANY LOPES FERREIRA**

Possui graduação em Licenciatura Plena Em Ciências Biológicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (1995), mestrado em Biologia de Fungos pela Universidade Federal de Pernambuco (2000) e doutorado em Biologia de Fungos pela Universidade Federal de Pernambuco (2004). Professora da Secretaria de Educação do Estado de PE, à disposição da Universidade de Pernambuco, professor adjunto - Campus Mata Norte/UPE, coordenadora de estágio do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas - Campus Mata Norte - UPE e docente orientadora do Projeto Residência Pedagógica em Biologia - Campus Mata Norte - UPE (2018-2020). Tem experiência na área de Microbiologia, com ênfase em Microbiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: educação, microbiologia, saúde, fungos, acarologia e biologia.

[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
@epublicar  
[facebook.com.br/epublicar](https://facebook.com.br/epublicar)

# A INCIDÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE NO ESTADO DE PERNAMBUCO ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017

LORENA BRITO DE ALMEIDA  
UBIRANY LOPES FERREIRA



2020

[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
[@epublicar](https://www.instagram.com/epublicar)  
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

# A INCIDÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE NO ESTADO DE PERNAMBUCO ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017

LORENA BRITO DE ALMEIDA  
UBIRANY LOPES FERREIRA



2020