

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM**  
**GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LUANA NAYARA ALVES FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM UMA REGIÃO DE**  
**SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO DE 2005-2015**

Ouricuri – PE

2018

LUANA NAYARA ALVES FERREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM UMA REGIÃO DE  
SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO DE 2005-2015**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Msc. Danyella Kessea Travassos

Ouricuri – PE

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

N331p      Nayara, Luana Nayara Alves.

Perfil epidemiológico da hanseníase em uma região de saúde do estado de Pernambuco de 2005-2015.

31f.il.

Orientador (a): Danyella Kessya Travassos Torres de Paiva. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

ESPPE / BNC

CDU – 616.982.2:614

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

**LUANA NAYARA ALVES FERREIRA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM UMA REGIÃO DE  
SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO DE 2005-2015**

Artigo Final apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco- ESPPE, como parte das exigências para a obtenção do título de sanitarista.

**Aprovada em 24/07/2018**

BANCA EXAMINADORA

**Danyela Kessea Travassos Torres de Paiva**  
Orientadora

**Khaled Azevedo Nour Almahnoun**  
1ª Avaliador

**Renata Rosal Lopes da Cruz**  
2ª Avaliador

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois creio que Ele é o grande autor da minha história, logo de todas as minhas conquistas.

A todos que compõe a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, pelo aprendizado, apoio e confiança depositados ao longo desses dois anos.

À Tutora Socorro Ramos e a OCP Nerisvânia por todo apoio e paciência, que junto com a coordenação da Residência, esforçaram-se para que eu pudesse finalizar esse trabalho.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Msc. Danyella Kessea Travassos, por aceitar me orientar, pelo incentivo, carinho e paciência que me tratou durante toda orientação, e por ser essa profissional exemplar. A Sra tem a minha admiração e carinho.

À todos profissionais da IX Regional de Saúde por compartilhar ao longo dos dois anos seus conhecimentos, agregando valores e permitindo meu crescimento profissional.

Ao município de Ouricuri por sempre se dispor a receber o grupo de residentes, valorizando os profissionais que somos. Em especial, agradeço a secretária de saúde Gardielle Andrade, pela gentileza e carinho que tratou a todas residente, pelo esforço em abrir cada vez mais espaços de aprendizados, você é uma pessoa e profissional de luz.

Às minhas colegas residentes por todo aprendizado construído, pelo apoio e incentivo na construção desse trabalho e da profissional sanitária que estou me tornando. Em especial a Joana Raione, minha amiga e comadre, que demonstrou, além da amizade, grande interesse na execução desse trabalho, por todo companheirismo e amizade.

À Carla Mara, Salvani, Bruna Carneiro e João Borges, por todo apoio, carinho, amizade e claro, pelas caronas que me deram, sem vocês eu não ‘chegaria tão longe’, muito obrigado.

À meus esposo Francismar de Sena, pela paciência, compreensão, amor e incentivo de sempre, a quem tenho uma dívida eterna de gratidão e amor.

Aos meus familiares por todo amor, dedicação e paciência que tiveram comigo, minha gratidão só não é maior que o meu amor por vocês.

## RESUMO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* com alta infectividade e baixa patogenicidade. A pesquisa propõe uma análise do perfil epidemiológico da hanseníase na IX Região de Saúde de Pernambuco no período 2005 a 2015 através de um estudo epidemiológico do tipo descritivo de abordagem quantitativa com utilização de dados secundários obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No período foram diagnosticados 1.474 casos novos de hanseníase, correspondendo a uma taxa média de detecção de 40,9 por 100 mil habitantes. Os municípios com as maiores taxas de detecção foram Trindade (126 por 100 mil hab.), Araripina (50,1 por 100 mil hab.) e Ouricuri (47,2 por 100 mil hab.). Foi observado ainda que 50,2% dos casos eram do sexo feminino, paucibacilares, na faixa etária de 15-39 anos. Os multibacilares, no sexo masculino na faixa etária 40-49 anos. O tipo de entrada ao serviço foi mais frequente na forma passiva. 82% dos casos receberam alta por cura e a taxa de abandono foi < 10%. O sexo masculino apresentou ainda maiores taxas de GIF 1 e 2, no diagnóstico e na cura, revelando o diagnóstico tardio da hanseníase. Nesse sentido, sugere-se a permanência na prioridade da agenda política dos governos de todos os entes federados e a alocação de recursos financeiros, além das ações de vigilância de busca ativa, detecção e vigilância dos contatos, assim como o monitoramento e avaliação dos indicadores por parte dos municípios e a capacitação permanente em serviço dos profissionais com o apoio da Gerência Regional e Programa Estadual, concatenando esforços para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, reverberando em resultados positivos nos indicadores.

Palavras-chave: Doença Negligenciada. Hanseníase. Perfil Epidemiológico.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização da IX Região de Saúde no Mapa de Pernambuco.....	12
Gráfico 1	Taxa média de detecção geral dos casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.) segundo o município, IX Região de Saúde – PE, no período de 2005 a 2015.....	14
Gráfico 2	Taxa anual de detecção dos casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.) segundo o ano de diagnóstico, IX Região de Saúde – PE, no período de 2005 a 2015.....	15
Gráfico 3	Distribuição da taxa de detecção dos casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.) segundo o sexo e ano de diagnóstico, IX Regional de Saúde – PE, no período de 2005 a 2015.....	16
Gráfico 4	Distribuição dos casos novos de Hanseníase segundo classificação operacional, faixa etária e sexo na IX Região de Saúde – PE no período de 2005 a 2015.....	17
Tabela 1	Número absoluto e percentual de casos novos de hanseníase, segundo sexo, classificação operacional, modo de detecção, forma clínica e tipo de saída, IX Regional de Saúde – PE, no período de 2005 a 2015.....	17
Gráfico 5	Percentual de casos de novos de hanseníase segundo o sexo e grau de incapacidade avaliado no diagnóstico e na cura, IX Regional de Saúde – PE, no período de 2005 a 2015 .....	19

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Contexto histórico da hanseníase: situação epidemiológica no Brasil .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Situação epidemiológica da hanseníase em Pernambuco e na IX Região de Saúde .....</b>	<b>8</b>
<b>4.3</b>	<b>Características Gerais.....</b>	<b>9</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase .....</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b>Desenho do Estudo .....</b>	<b>12</b>
<b>5.2</b>	<b>Área do Estudo .....</b>	<b>12</b>
<b>5.3</b>	<b>População de Estudo .....</b>	<b>13</b>
<b>5.4</b>	<b>Coleta e Análise dos Dados.....</b>	<b>13</b>
<b>5.5</b>	<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>20</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, referida como uma das enfermidades mais antigas que acometem o homem. Possui como agente etiológico a *Mycobacterium leprae*, um parasita intracelular, de alta infectividade e baixa patogenicidade. Essas características estão relacionadas sobretudo com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros fatores, sendo as manifestações clínicas diretamente relacionadas ao tipo de resposta do *M. leprae* (LIMA et al., 2013; BRASIL, 2017).

Por se tratar de uma doença negligenciada e endêmica em populações de baixa renda, a hanseníase permanece sendo um grave problema de saúde pública que somada aos preconceitos advindos das deformidades geradas no processo de adoecimento, resulta aos indivíduos implicações biopsicossociais. Alguns fatores são determinantes na permanência dessa infecção, como: diagnóstico tardio; abandono do tratamento; e aumento dos casos de resistência, sendo todos esses fatores condicionados pelas fragilidades visualizadas no sistema de saúde (SILVEIRA, et al. 2014; FERREIRA, 2014).

Apesar das dificuldades encontradas no controle da hanseníase, o Ministério da Saúde (MS) tem trabalhado com alguns indicadores no intuito de monitorar, avaliar e acompanhar o padrão de ocorrência desse agravo e suas tendências históricas, objetivando subsidiar o planejamento em saúde (GONÇALVES; SAMPAIO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta a Índia, o Brasil e a Indonésia como os países que notificam mais de 10.000 casos novos por ano, representando 81% dos pacientes diagnosticados no mundo. No Brasil, no ano de 2016, foram notificados 25.218 novos casos correspondendo a uma taxa de detecção de 12,2 por 100.000 hab., classificando-o com alta carga para a doença, sendo o segundo país no mundo em número de casos novos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em relação às macrorregiões, o Nordeste revelou uma taxa de detecção geral de 23,4 por 100.000 habitantes, no período de 2012 a 2016. Nesse mesmo período o estado de Pernambuco obteve uma taxa de detecção geral da hanseníase de 25,9 por 100.000 hab., classificando-se como o terceiro estado do Nordeste e o nono entre os estados brasileiros com maior detecção de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Na IX Região de Saúde, no ano de 2013, foram diagnosticados 152 casos novos da doença, com uma taxa de detecção de 44,3 por 100.000 hab. O município de Trindade apresentou a

maior taxa de detecção (180,14 por 100.000 hab.) dentre os municípios da IX Região de Saúde, sendo classificado como em situação hiperendêmica (PERNAMBUCO, 2013a).

Destarte, é imprescindível o conhecimento do perfil epidemiológico desse agravo com o objetivo de desenhar as intervenções adequadas à realidade local, além de empoderar os gestores subsidiando-os na tomada de decisão para o enfrentamento da hanseníase.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A hanseníase permanece sendo um desafio para a Saúde Pública, haja vista o seu grande potencial infectocontagioso e as consequências psicológicas decorrentes das deformidades e incapacidades físicas visualizadas no decurso da doença, além do impacto socioeconômico, por se tratar de uma enfermidade comum a parcela da sociedade classificada como economicamente ativa. Sabendo que a mesma permanece com alta incidência no Nordeste brasileiro assim como no estado de Pernambuco, indicando transmissão ativa da doença, faz-se necessário o estudo sobre o Perfil Epidemiológico da Hanseníase na IX Região de Saúde do estado, com o objetivo de conhecer o comportamento desse agravo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase na IX Região de Saúde de Pernambuco no período 2005 a 2015.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de hanseníase;
- Identificar a taxa média de detecção geral dos casos novos de hanseníase;
- Realizar a distribuição da taxa média de detecção dos casos segundo os anos de estudo;
- Realizar a análise comparativa do Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na cura, identificados no período de estudo.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Contexto histórico da hanseníase: situação epidemiológica no Brasil

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, citada como um dos primeiros agravos relatados pelo homem, sendo identificada no Egito desde 4300 a.C. em um papiro da época do faraó Ramsés II. Alguns estudiosos indicam que seu surgimento tenha ocorrido no Oriente, sendo disseminado pelo mundo a partir das tribos nômades ou através da peregrinação dos navegadores, como os fenícios (MACIEL; FERREIRA, 2014)

Nos tempos bíblicos, o termo lepra ou mal de Lázaro era empregado de forma genérica para qualquer dermatose, não havendo discriminação das demais existente na época como: vitiligo; pênfigo e psoríase; doenças cutâneas; dentre outras, que causavam alterações na pele, sendo essas semelhantes à lepra. Dessa forma, se torna impossível afirmar a origem exata desse agravo, visto que há muita controvérsia no que se diz respeito a sua nomenclatura e caracterização nos escritos mais primitivos. (CAVALIERE, 2011; MARCIEL; FERREIRA, 2014).

O estigma e a discriminação sofrido pelos acometidos por esse agravo surgiu a partir dos hebreus, que não a consideravam uma doença propriamente dita, mas uma maldição ou castigo divino dado aqueles que se encontravam em situação de pecado. Esse entendimento somada as deformidades, foram responsáveis pela manutenção desse estigma, sendo ainda na atualidade um fator gerador de problemas psicossociais (CAVALIERE, 2011).

No ano de 1873 a *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen foi identificada pelo norueguês Gerhardt Henrik Armauer Hansen, caracterizando-se como primeiro agente infeccioso vinculada a uma doença humana. No Brasil, a hanseníase foi trazida a partir do processo de colonização portuguesa, sendo introduzida por imigrantes de diversos continentes que por muito tempo foram responsáveis pela manutenção de focos endêmicos da doença no país, visto que não havia relatos da mesma antes da colonização (MACIEL; FERREIRA, 2014).

Em 1981 a OMS adotou a poliquimioterapia sendo seu tratamento ofertado gratuitamente aos pacientes de todo o mundo (CAVALIERE, 2011).

O MS reavaliou em 2011 as estratégias direcionadas às doenças negligenciadas no intuito de elaborar um plano específico às necessidades das comunidades com baixas condições socioeconômicas afligidas por esses agravos. Essa avaliação culminou no “Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose

como Problema de Saúde Pública, Tracoma como Causa de Cegueira e Controle das Geohelmintíases”. Nesse mesmo ano também foi instituído, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE visando fortalecer a resposta a esse grupo de agravos (BRASIL, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No ano de 2016 o Brasil notificou 25.218 casos novos de hanseníase, correspondendo a uma taxa de detecção de 12,2 por 100.000 hab., apesar de representar um decréscimo em relação a taxa de detecção visualizada no ano de 2010, esse valor ainda enquadra o país com alta carga para a doença, estando em segundo no mundo com maior número de casos novos registrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Atualmente o Brasil segue as recomendações da Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020 cujo objetivo principal é a redução de casos da doença. Pautada em três grandes pilares: o fortalecimento do controle e da parceria governamental, o combate da hanseníase e suas complicações e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social (WHO, 2016).

#### **4.2 Situação epidemiológica da hanseníase em Pernambuco e na IX Região de Saúde**

Em Pernambuco, no ano de 2013, do total casos novos de hanseníase detectados no país, 8,0% foram no estado, apresentando variação na taxa de detecção entre os municípios com alguns considerados hiperendêmicos (PERNAMBUCO, 2013b). Apesar da redução anual desse indicador, o mesmo ainda é classificado como de endemicidade muito alta no estado, com a Região Metropolitana do Recife (RMR) concentrando 56% dos casos novos notificados (PERNAMBUCO, 2015a).

Desde 2011, visando a redução ou eliminação da carga das doenças tropicais, o Governo de Pernambuco foi construindo um programa para enfrentamento. Porém, somente em 2013 através do Decreto n.º 39.497 de 11 de junho o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – SANAR foi instituído com 7 (sete) agravos que apresentavam indicadores inaceitáveis, dentre eles a hanseníase (PERNAMBUCO, 2013c).

Dos 25 municípios prioritários para a hanseníase no primeiro plano, três (Araripina, Ouricuri e Trindade) estavam localizados na IX Região de Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO 2013b).

De acordo com o monitoramento do SANAR realizado em 2013, Araripina e Ouricuri já apresentavam evolução nos indicadores de resultado (% de contatos intradomiciliares dos

casos novos examinados e % de cura de casos novos) atingindo percentuais superiores a 90,0% (PERNAMBUCO, 2014). No ano de 2015, com a publicação do Plano Integrado SANAR para o quadriênio (2015-2018) houve uma reclassificação dos municípios prioritários a partir de novos indicadores para a hanseníase, sendo eles: cura, contatos examinados, avaliação do grau de incapacidade e coeficiente de detecção geral. Nenhum município na IX Região de Saúde foi classificado como prioritário (PERNAMBUCO, 2015a).

No entanto, de acordo com o Programa Estadual de Controle da Hanseníase da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE), em 2016 foram notificados 126 casos novos de hanseníase na IX Região de Saúde, 22% a menos do esperado para o ano, atingindo uma taxa de detecção de 36,0 por 100.000 hab., indicando uma possível subnotificação para esse agravo (PERNAMBUCO, 2017).

#### 4.3 Características Gerais

A *Mycobacterium leprae* é um parasita intracelular que ataca predominantemente os macrófagos, não possui motilidade e no seu processo de desenvolvimento não há formação de esporos e nem toxinas, o que justifica o seu longo período de incubação, que pode durar em média de 2 a 7 anos. Sua transmissão se dá por meio da eliminação do bacilo, através das vias aéreas superiores, durante contatos frequentes, enquadrando-se o homem como única fonte de infecção (DIÓRIO, 2014).

Devido ao padrão de aparecimento das lesões em pacientes (pele, mucosa nasal e nervos periféricos) é possível sugerir que esse bacilo possui afinidade por temperaturas menores de 37°C. Outra característica interessante desse bacilo é a sua capacidade de infiltrar células glial produtoras de mielina, responsáveis por envolver os neurônios do sistema nervoso periférico, o que explica o desenvolvimento das neuropatias, deformidades e incapacidades físicas, comumente observadas nos seus acometidos (DIÓRIO, 2014).

As manifestações clínicas da hanseníase correlacionam-se diretamente com o perfil de resposta imune do hospedeiro, exibindo quatro formas clínicas:

- Indeterminada: Conhecida como não contagiante, a forma indeterminada representa a primeira manifestação clínica da hanseníase podendo evoluir para a cura espontânea ou desenvolver para outra forma;
- Tuberculóide: Essa forma clínica apresenta acentuada resposta imunocelular, com lesões limitadas e presença de granulomas bem estruturados, ocorrendo a eliminação completa dos bacilos;

- Virchowiana: Ocorre devido a uma deficiência na resposta imunocelular do hospedeiro, com conseqüente proliferação de bacilos e propagação da doença para o tecido nervoso e vísceras, além de apresentar baciloscopia positiva;
- Dimorfa ou Borderline: Conhecida como forma instável da doença, sendo capaz de exibir características das formas clínicas tuberculóide ou virchowiana (BRASIL, 2017).

#### 4.3.1 Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase

O diagnóstico da hanseníase é realizado com base na clínica e epidemiologia do caso, firmado na anamnese, análise dermatoneurológica e exames complementares, sendo essencial a avaliação da função neural e do grau de incapacidade física. De acordo com a classificação de Madri, adotada pelo Ministério da Saúde, os pacientes acometidos por esse agravo podem ser classificados em dois tipos: paucibacilares (PB), aqueles que apresentam até cinco lesões na pele e/ou comprometimento de um tronco nervoso, e os multibacilares (MB), apresentando mais que cinco lesões na pele e/ou baciloscopia positiva com acometimento de mais de um tronco nervoso, sendo responsáveis pela maior transmissão da doença (BRASIL, 2016).

Apesar de não haver vacina para hanseníase, atualmente no Brasil, a BCG (bacilo de Calmette-Guérin), usada para prevenção da tuberculose, é indicada para os contatos examinados que não possuem sinais e/ou sintomas desse agravo, não havendo restrição de idade (BRASIL, 2016).

Quanto ao tratamento da hanseníase, esse é realizado de forma ambulatorial seguindo esquemas terapêuticos padronizados, formados pela associação de rifampicina, dapsona e clofazimina, conhecidos como poliquimioterapia (PQT). Esse tratamento está disponível nos serviços públicos de saúde, e quando utilizado corretamente, possuem capacidade de eliminar o bacilo, evitando a disseminação da doença, levando a cura do paciente. O tratamento pode ter duração de até 9 meses, para casos PB, e 18 meses para os casos MB (BRASIL, 2017).

De acordo com o estudo realizado por Diório (2014) existem dois tipos de resistência ao tratamento, a primária, que ocorre em indivíduos antes mesmo do uso da PQT devido provavelmente a infecção por bacilos resistentes, e a secundária ou adquirida, que ocorre em resposta ao tratamento inadequada da doença.

Além dessas implicações quanto ao tratamento, os acometidos pela hanseníase estão sujeitos as reações hansênicas (tipos 1 e 2). Mais frequentes em pacientes MB, essas reações refletem o estresse sofrido pelo sistema imunológico, apresentando inflamações agudas e

subagudas, podendo surgir antes do início do tratamento, no decurso ou após o tratamento. Essas reações podem ser tratadas com uso da prednisona ou talidomida, dependendo do tipo de reação (BRASIL, 2016).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), relativa ao período de 2005 a 2015.

### 5.2 Área do Estudo

A unidade territorial definida para realização do estudo foi a IX Região de Saúde de Pernambuco (IX GERES), situada no Araripe Pernambucano, distante cerca de 602 km<sup>2</sup> da capital Recife (Figura 1). A mesma é composta por onze municípios, sendo Ouricuri a cidade sede. Segundo dados do IBGE em 2017 possui uma população estimada de 352.336 habitantes, sendo escolhida para coleta por ser o campo de atuação da autora como Residente em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

Figura 1: Localização da IX Região de Saúde no Mapa do Pernambuco



Fonte: Mapa Analítico de Saúde IX Regional, 2013.

### **5.3 População de Estudo**

A amostra foi composta por todos os casos novos de hanseníase diagnosticados nos municípios que compõem a IX Região de Saúde, disponibilizados no sistema do DATASUS no período de 2005 a 2015.

### **5.4 Coleta e Análise dos Dados**

Os dados foram coletados utilizando as informações disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), banco online do Ministério da Saúde, realizada no mês de fevereiro de 2018.

As variáveis coletadas para análise foram: ano de diagnóstico; sexo; faixa etária; classificação operacional (paucibacilar e multibacilar); forma clínica (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana e ignorado/branco); modo de detecção de caso novo (encaminhamento, demanda espontânea, exame coletividade, exame contatos e outros modos); tipo de saída; e avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico e na cura.

Para o cálculo da taxa média de detecção de casos novos de hanseníase para cada 100 mil habitantes, utilizou-se o total de casos novos diagnosticados no período de 2005 a 2015, adotando-se como denominador a soma da população estimada para os 11 (onze) municípios que compõem a IX Região de Saúde no ano de 2010 por ser o ano central do período analisado.

Os dados foram consolidados em planilhas utilizando o Software Microsoft Excel, sendo sua análise realizada a partir da construção de gráficos e tabela facilitando assim a visualização dos resultados, sendo a discussão desses realizada com base nas produções científicas sobre essa temática.

### **5.5 Aspectos Éticos**

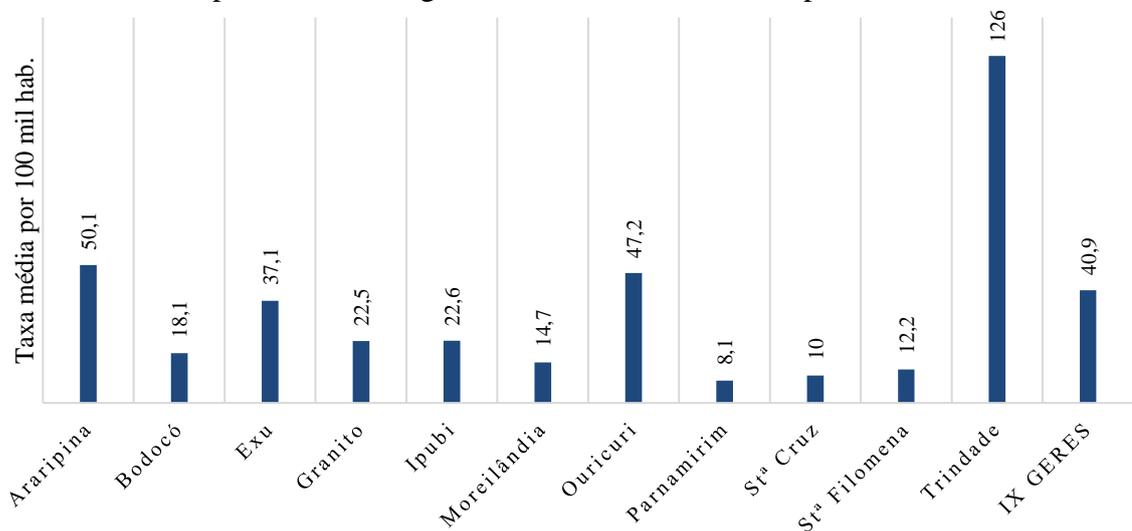
Tendo em vista que o presente estudo foi realizado utilizando apenas dados de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por não infringir às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde N.º 510/16 e complementares.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados no DATASUS no período de 2005 a 2015 foram diagnosticados 1.474 casos novos de hanseníase na IX Região de Saúde de Pernambuco, equivalendo a uma taxa média de detecção de 40,9 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 1). Classificando a região como hiperendêmica para o período analisado (BRASIL, 2000).

Ao analisar os municípios dessa região, observa-se que as maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase foram em Trindade (126 casos por 100 mil hab.), Araripina (50,1 casos por 100 mil hab.) e Ouricuri (47,2 casos por 100 mil hab.) (Gráfico 1). Esses achados corroboram com o Relatório de Situação de Pernambuco, divulgado pelo MS, onde em 2010, a maioria dos municípios da IX Região de Saúde foram classificados como muito alta (19,99-39,99 casos por 100 mil hab.) à hiperendêmica (> 39,99 casos por 100 mil hab.) (BRASIL, 2011). Em geral, a alta taxa de detecção da hanseníase está atrelada ao baixo desenvolvimento socioeconômico e precárias condições de vida da população, além de refletir uma fragilidade no sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

Gráfico 1 – Taxa média de detecção geral dos casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.) segundo o município da IX Região de Saúde – PE no período de 2005 a 2015.

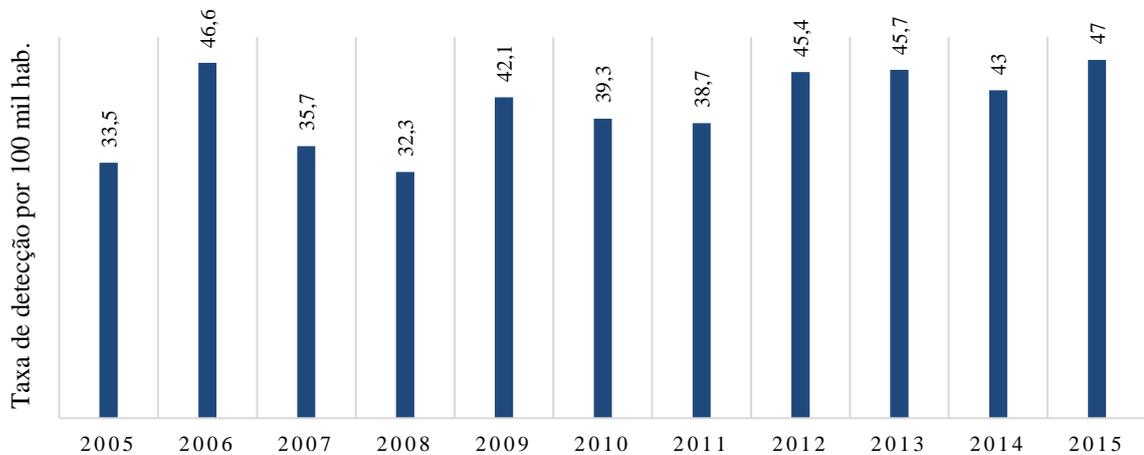


Fonte: DATASUS – SINAN/ MS/ SVS/ CGHDE (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação). Dados captados em fev/2018.

Em relação à taxa anual de detecção de casos novos de hanseníase (Gráfico 2), observou-se uma possível sazonalidade com presença de picos a cada três anos, sendo: 2006 (46,6 casos por 100 mil hab.), 2009 (42,1 casos por 100 mil hab.) e 2012 (45,4 casos por 100 mil hab.). Esse comportamento pode estar relacionado ao período de incubação da doença que dura em média de 2 a 7 anos (BRASIL, 2017).

Contudo, a partir de 2012 a taxa anual de detecção se manteve crescente, chegando a 47 casos por 100 mil habitantes no ano de 2015. Esse aumento pode ser um reflexo das ações do Programa SANAR, que desde o ano de 2011 mantinha atuação em três municípios da região, considerados prioritários para hanseníase (PERNAMBUCO, 2014). No boletim divulgado pela SES-PE em 2015, o Programa SANAR demonstrou resultados positivos em todo o estado, entre elas o aumento da detecção de casos novos de hanseníase na população geral (PERNAMBUCO, 2015b).

Gráfico 2 – Taxa anual de detecção dos casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.) segundo o ano de diagnóstico na IX Região de Saúde – PE no período de 2005 a 2015

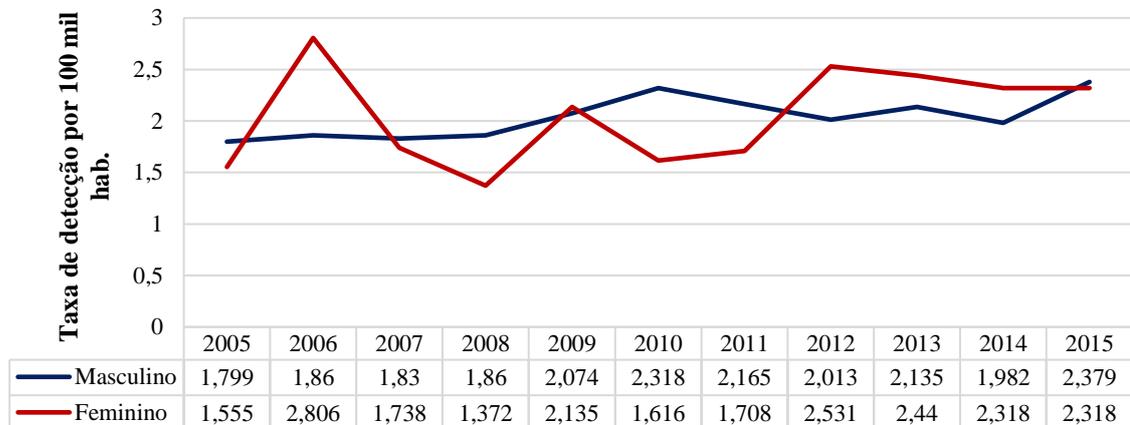


Fonte: DATASUS – SINAN/ MS/ SVS/ CGHDE (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação). Dados captados em fev/2018.

No Gráfico 3, verifica-se que os picos na taxa de detecção dos casos novos de hanseníase do sexo feminino correspondem aos mesmos anos identificados no Gráfico 2, fortalecendo os estudos que apontam o aparecimento dos primeiros sintomas no público feminino, sendo este mais atento as questões de saúde (CAVALCANTI; SILVA 2008).

Por outro lado, a não visualização desses picos no sexo masculino pode indicar uma baixa detecção da doença. De acordo com o boletim epidemiológico divulgado pelo MS em 2018, 55,6% dos casos novos diagnosticados no Brasil no período de 2012 a 2016 correspondem ao sexo masculino. Outra hipótese pode estar atrelada a um comportamento atípico da doença na região de estudo.

Gráfico 3 – Distribuição da taxa de detecção dos casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.) segundo o sexo e ano de diagnóstico na IX Regional de Saúde – PE no período de 2005 a 2015.



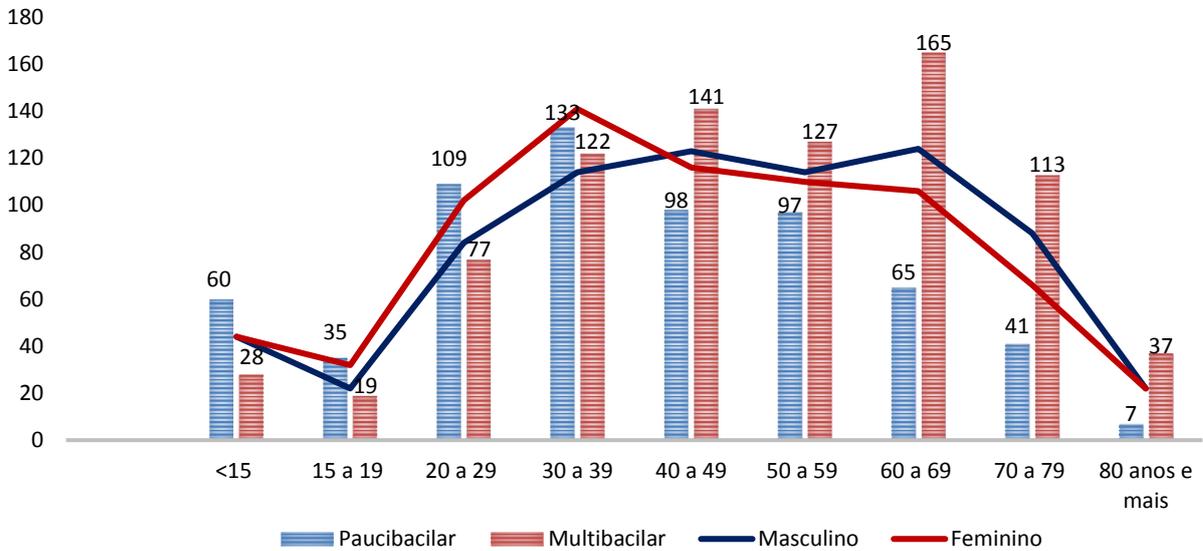
Fonte: DATASUS – SINAN/ MS/ SVS/ CGHDE (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação). Dados captados em fev/2018.

Após diagnosticada, a hanseníase pode ser categorizada segundo a classificação operacional, paucibacilar e multibacilar, no intuito de definir o melhor esquema terapêutico. No Gráfico 4, observa-se que a distribuição dos casos paucibacilares predomina no sexo feminino, na faixa etária mais jovem (15-39 anos), enquanto que os casos multibacilares no sexo masculino e tornam-se mais frequentes à medida que a idade avança, atingindo o ápice na faixa etária de 60 a 69 anos.

Esses achados corroboram com Assis et al. (2017), o qual identificou que 72,7% dos casos eram do sexo feminino na faixa dos 15 aos 19 anos. Oliveira et al. (2014) visualizou o mesmo padrão de adoecimento identificado no presente estudo. Entretanto no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2018), o sexo masculino foi predominante em todas as faixas etárias, discordando com os achados do estudo.

É importante destacar que com o avanço da idade, há um aumento dos casos multibacilares em ambos os sexos (Gráfico 4), demonstrando a maior carga da doença nas faixas etárias economicamente ativas. Oliveira et al. (2014) relaciona essa maior frequência da doença em adultos ao período de incubação do bacilo.

Gráfico 4 – Distribuição dos casos novos de Hanseníase segundo classificação operacional, faixa etária e sexo na IX Região de Saúde – PE no período de 2005 a 2015.



Fonte: DATASUS – SINAN/ MS/ SVS/ CGHDE (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação). Dados captados em fev/2018.

Tabela 1 – Número absoluto e percentual de casos novos de hanseníase, segundo sexo, classificação operacional, modo de detecção, forma clínica e tipo de saída na IX Região de Saúde – PE no período de 2005 a 2015.

Características	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
<b>Total</b>	735	<b>49,8</b>	739	<b>50,2</b>	1.474
<b>Classificação Operacional</b>					
Multibacilar	497	<b>33,7</b>	332	<b>22,5</b>	829
Paucibacilar	238	<b>16,1</b>	407	<b>27,6</b>	645
<b>Modo de detecção de casos novos</b>					
Demanda espontânea	386	<b>26,2</b>	398	<b>27</b>	784
Encaminhamento	297	<b>20,1</b>	283	<b>19,2</b>	580
Exame contatos	18	<b>1,2</b>	26	<b>1,7</b>	44
Exame coletividade	13	<b>0,9</b>	11	<b>0,7</b>	24
Outros modos	13	<b>0,9</b>	11	<b>0,7</b>	24
Ign/Branco	8	<b>0,5</b>	10	<b>0,6</b>	18
<b>Forma Clínica</b>					
Dimorfa	284	<b>19,2</b>	205	<b>14</b>	489
Indeterminada	124	<b>8,4</b>	225	<b>15,2</b>	349
Tuberculóide	131	<b>8,9</b>	192	<b>13</b>	323
Virchowiana	149	<b>10,1</b>	69	<b>4,7</b>	218
Não Classificada	29	<b>2</b>	28	<b>1,9</b>	57
Ignorado	18	<b>1,2</b>	20	<b>1,3</b>	38
<b>Tipo de Saída</b>					
Cura	598	<b>40,5</b>	612	<b>41,5</b>	1210
Não preenchido	67	<b>4,5</b>	61	<b>4,1</b>	128

Transferência + Trans. não especificada.	31	<b>2</b>	28	<b>2</b>	59
Abandono	22	<b>1,5</b>	21	<b>1,4</b>	43
Óbito	9	<b>0,6</b>	11	<b>0,7</b>	20
Trans. mesmo Munic.	8	<b>0,5</b>	6	<b>0,4</b>	14

Fonte: DATASUS – SINAN/ MS/ SVS/ CGHDE (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação); dados captados em fev./2018.

Observa-se na Tabela 1 a predominância do sexo feminino (50,2%). Esse dado assemelha-se com o estudo realizado por Cavalcante e Silva (2008) no município de Cabrobó em Pernambuco, o qual identificou no período de 2001 a 2007 o sexo feminino responsável por 63,5% do total de casos.

A classificação operacional multibacilar foi responsável por 56,2% dos casos. Corroborando com os achados de Araújo et al. (2017) e Oliveira et al. (2014).

Os principais modos de detecção observados no estudo foram a demanda espontânea (26,2%) e o encaminhamento (20,1%) respectivamente, sendo essas as formas de detecção passiva da doença. Com relação à captação de casos por exames de contatos (detecção ativa), foram diagnosticados apenas 2,9%.

A vigilância de contatos tem como principal objetivo a captação de casos novos da doença, favorecendo a quebra da cadeia de transmissão, além de reduzir o percentual de pacientes que apresentam alguma deficiência devido ao diagnóstico tardio (BRASIL, 2016). Por outro lado, o Ministério da Saúde (2018) afirma que a “maior proporção de casos diagnosticados por detecção passiva, em que o indivíduo procura o serviço de saúde, sugere fragilidade nas atividades de controle da doença” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

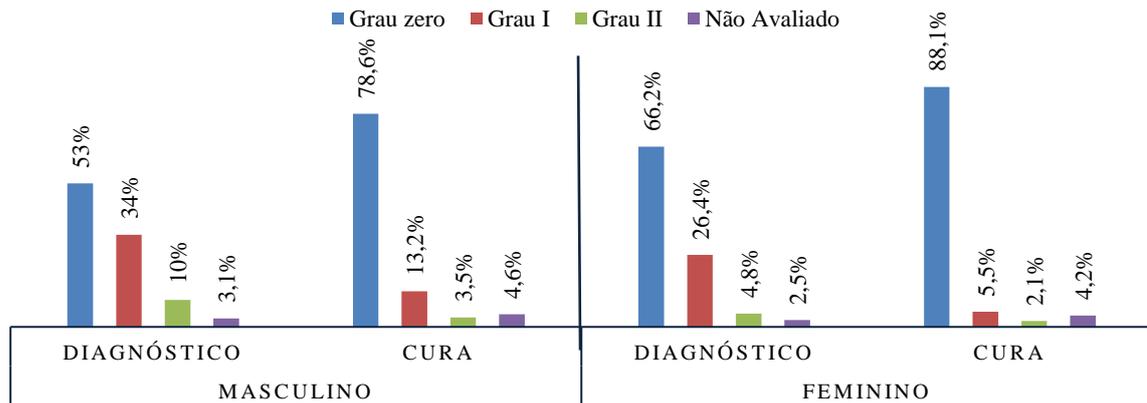
Discordantes dos achados no estudo de Oliveira et al. (2014), onde houve predominância nas formas clínicas virchowiana (34,2%) e tuberculóide (30%). O presente estudo apresentou as formas dimorfa (33,2%) e indeterminada (23,6%).

Segundo os parâmetros do MS a saída por cura está regular (82%) e a taxa de abandono foi considerada boa (2,9%) (Tabela 1). Estudo semelhante foi realizado por Araújo et al. (2017) no município de Rio Largo/AL, onde a taxa de cura foi de 91,67% e o abandono 8,33%.

A avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF) reflete a efetividade das atividades de captação dos casos novos, demonstrando tanto a qualidade do serviço de saúde quanto a atenção prestada ao paciente de hanseníase, sendo imprescindível que essa seja realizada no diagnóstico e na cura. (DAXBACHER; FERREIRA, 2014). De acordo com o MS, considera-se GIF 0, quando o paciente demonstra preservação da força muscular e da sensibilidade; GIF 1

quando há redução da força e/ou diminuição da sensibilidade; e no momento em que o paciente começa a demonstrar sinais de deformidade visível nas mãos e/ou pés e/ou olhos, considera-se GIF 2 (BRASIL, 2016).

Gráfico 5 - Percentual de casos de novos de hanseníase segundo o sexo e grau de incapacidade avaliado no diagnóstico e na cura, IX Regional de Saúde – PE, no período de 2005 a 2015.



Fonte: DATASUS – SINAN/ MS/ SVS/ CGHDE (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação). Dados captados em fev/2018.

No Gráfico 5 é possível observar que o percentual de pacientes classificados com Grau 0 é maior no sexo feminino que no masculino tanto na cura quanto no diagnóstico. Contudo, os pacientes diagnósticos com grau I e II predominam no sexo masculino com percentuais de 34% e 10% no diagnóstico e 13,2% e 3,5% na cura, respectivamente, concordando com a análise realizada pelo Ministério da Saúde (2018) onde as maiores taxas de GIF 2 foi observado no sexo masculino em todas as UF's do país. Esses dados são preocupantes, pois demonstram retardo do sexo masculino na busca pelo serviço de saúde.

## 7 CONCLUSÃO

A hanseníase permanece ainda como um grave problema de saúde pública, demonstrando caráter hiperendêmico na IX Região de Saúde (40,9 126 casos por 100 mil hab.) no período analisado. Entretanto houve municípios que revelaram altas taxas de detecção em relação aos demais (Trindade, 126 casos por 100 mil hab.; Araripina, 50,1 casos por 100 mil hab.; e Ouricuri, 47,2 casos por 100 mil hab.), o que pode inferir uma fragilidade na estratégia de controle nos municípios em destaque ou uma possível subnotificação nos demais.

Em resposta aos achados do estudo, lança-se algumas recomendações:

- Alta taxa geral de detecção de casos novos de hanseníase na IX Região de Saúde e variação dessa taxa entre os municípios que a compõe: Indica-se a necessidade da realização de estudo minucioso pelos municípios, em parceria com a Coordenação Regional de Vigilância em Saúde, no intuito de verificar a qualidade da notificação desse agravo.
- Predomínio de casos novos de hanseníase em mulheres: Estimular as ações de vigilância de contatos, no intuito de captar casos masculinos subnotificados.
- Aumento de casos novos MB na faixa etária economicamente ativa: Estimular ações de Educação em Saúde, com ênfase em empresas e locais de trabalho com maior aglomerado de pessoas, com palestras envolvendo patrões e funcionários; abertura de ambulatório, em horário não comercial, com oferta de serviços de saúde, entre ele o rastreamento da hanseníase; estimular e ampliar a busca ativa realizando avaliação dos contatos dentro das empresas e locais de trabalho.
- Grau de Incapacidade Física I e II predominante no sexo masculino: Expandir as ações de Educação em Saúde referente à hanseníase dentro da rotina do serviço, introduzindo a discussão em atividades como: Sala de Espera, Pré-Natal do Parceiro, Ambulatório do Homem, entre outras ações.

Sugere-se também uma análise demográfica dos casos da hanseníase na região, com distribuição espacial de risco, que junto com a presente análise, permitirá o delineamento tanto dos grupos vulneráveis quanto das regiões responsáveis pela concentração dos casos, direcionando e ampliando as ações de vigilância, além de facilitar o monitoramento dos casos encontrados.

Contudo, são necessários esforços tanto da Gerência Regional quanto dos municípios no estabelecimento dessas e outras estratégias que favoreçam a detecção e tratamento dos casos

de hanseníase, indispensáveis para o êxito do programa, somado ao apoio estadual e federal com relação à priorização da política, alocação de recursos financeiros e realização permanente de capacitações, objetivando a melhoria na qualidade de vida dos pacientes, refletindo em resultados positivo dos indicadores na Região.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. M. S.; TAVARES, C. M.; OLIVEIRA E SILVA, J. M.; ALVES, R. S.; SANTOS, W. B.; RODRIGUES, P. L. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE** [online]. Recife, set., 2017.

ASSIS, L. P. F.; COZER, A. M.; AMÂNCIO, V. C.; GRACIANO, A. R.; DIAS, D. C. S. Avaliação dos indicadores epidemiológicos para a hanseníase no Brasil, 2008 a 2015. **Revista Educação em Saúde**. Goiânia – GO; v. 4, n.1, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2377>>. Acessado em: 18 de Mai. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2** / Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed., Brasília/DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: Manual técnico-operacional**. Brasília/DF, 2016. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: Plano de Ação 2011-2015** / Ministério da Saúde – Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_integrado\\_acoes\\_estrategicas\\_2011\\_2015.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf)>. Acessado em: 20 de jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Pernambuco**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – 5. ed., 2011. 36 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_nacional\\_vigilancia\\_saude\\_pe\\_5ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_pe_5ed.pdf)>. Acessado em: 18 de Mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de morbidade e fatores de risco. **D.3 Taxa de detecção de hanseníase**. 2000. [Online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd03.htm>>. Acessado em: 05 de mar. 2018.

CAVALIERE, I (2011). Hanseníase na história. *Online*. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7&tpl=printerview>>. Acessado em 23 de jan. 2018.

CAVALCANTI, C. D. T. V.; SILVA, C. G. C. **Situação de Hanseníase no município de Cabrobó, PE, 2001 a 2007. 2008.** 28p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

DAXBACHER, E. L. R.; FERREIRA, I. N. Epidemiologia da Hanseníase. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA. **Hanseníase: Avanços e Desafios.** NESPROM. Universidade de Brasília. Brasília-DF; 493p. 2014. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0B7OgqDTLksiYSGhublRtYnExMGM/view> >. Acessado em 20 de jun. 2018.

DIORIO, S. M. Aspectos microbiológicos e moleculares do Mycobacterium leprae. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA. **Hanseníase: Avanços e Desafios.** NESPROM. Universidade de Brasília. Brasília-DF; 493p. 2014. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0B7OgqDTLksiYSGhublRtYnExMGM/view> >. Acessado em 20 de jun. 2018.

FERREIRA, I. N. A Hanseníase no contexto das doenças negligenciadas. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA. **Hanseníase: Avanços e Desafios.** NESPROM. Universidade de Brasília. Brasília-DF; 493p. 2014. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0B7OgqDTLksiYSGhublRtYnExMGM/view> >. Acessado em 13 de dez. 2017.

GONÇALVES, J.; SAMPAIO, J. O Acompanhamento de Indicadores de Saúde no Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica: Uma Experiência no Distrito Sanitário de João Pessoa/PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** João Pessoa – PB, v.19, n.1, pág. 55-60, 2015. Disponível em: <  
<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/18179/15141>>. Acessado em 02 de jun. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 16 de dez. 2017.  
\_\_\_\_\_. ESTIMATIVA 2014. Disponível em:  
<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2014/estimativa\\_dou\\_2014.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf)>. Acesso em: 16 de dez. 2017

LIMA, D. S.; RÊGO, F. R. A.; SILVA, G. S.; NEVES, H. J. P. Epidemiologia da hanseníase no estado de Pernambuco. **II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Online.** 2013. Disponível em <  
[https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_MD4\\_SA11\\_ID471\\_14052017214535.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA11_ID471_14052017214535.pdf)>. Acessado em: 13 de dez. 2017.

MACIEL, L. R.; FERREIRA, I. N. A presença da hanseníase no Brasil – alguns aspectos relevantes nessa trajetória. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. **Hanseníase: Avanços e Desafios**. NESPROM. Universidade de Brasília. Brasília-DF; 493p. 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B7OgqDTLksiYSGhublRtYnExMGM/view> >. Acessado em 13 de dez. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF; v. 49, n.4, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF; v. 47, n.21, 2016.

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO F. V. S. Análise do Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: Uma contribuição da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 6, n.22, pág. 815-21, Nov./ Dez., 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa de Controle da Hanseníase SES – PE**. [Online]. Recife, 2017. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/apresentacao\\_hanseniase\\_abril\\_de\\_2017\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/apresentacao_hanseniase_abril_de_2017_0.pdf) >. Acessado em: 10 de jul. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Integrado de Ações para o Enfretamento às Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/ SANAR, 2015 – 2018**. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Recife-PE, 2015. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_sanar\\_2\\_edicao\\_29.08.17.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_sanar_2_edicao_29.08.17.pdf) >. Acesso em: 22 de jun. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. SANAR 2011-2014 in. **Boletim Anual**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recife-PE; Ano.5, mar. 2015b. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim\\_vs\\_2015\\_final.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_vs_2015_final.pdf) >. Acessado em: 13 jul. 2018

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Hanseníase. **Cadernos de Monitoramento, Programa Sanar, Vol. 5**. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Recife-PE; v.1, ed. 1, 21p, 2014. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno\\_de\\_monitoramento\\_hansenias\\_05.12.14.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno_de_monitoramento_hansenias_05.12.14.pdf) > Acesso em: 22 nov. 2017

PERNAMBUCO. **Análise Situacional da IX Região de Saúde Pernambuco**, Ouricuri, 2013a. Disponível em:  
<[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa\\_analitico\\_de\\_saude\\_2013\\_ix\\_geres.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_analitico_de_saude_2013_ix_geres.pdf)>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim Hanseníase**. 1º Semestre de 2013. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recife-PE; n.2, jun., 2013b. Disponível em:  
<[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim\\_hanseniaze\\_primeiro\\_semestre\\_2013.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_hanseniaze_primeiro_semestre_2013.pdf)>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/ SANAR, 2011 – 2014**. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Recife-PE, 2013c. Disponível em:  
<[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_sanar\\_2011-2014.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_sanar_2011-2014.pdf)>  
Acesso em: 22 de nov. 2017.

SILVEIRA, M. G. B.; COELHO, A. R.; RODRIGUES, S. M.; SOARES, M. M.; CAMILLO, G. N. Portador de Hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Rev. Psicologia & Sociedade*. Governador Vadares – MG, v.26, n.2, pág. 517-527, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a27v26n2.pdf>>. Acessado em: 02 de jun. 2018.

WHO. World Health Organization. **Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world**. Geneva, 2016. Disponível em:  
<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/06/Estrategia-Global-para-Hanseniaze-OMS-2016-2020.pdf>> Acessado em 13 de jul. 2018.