

AVANÇOS E DESAFIOS NO CONTROLE DA FILARIOSE LINFÁTICA NO BRASIL: UMA REVISÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA

DOI: 10.5281/zenodo.18767486

Arthur Gabriel Garcia Soeiro¹

Maria Gessiane de Queiroz Martins²

Samilly Hellen Ferreira Mendes³

Maria Gleiciane de Queiroz Martins⁴

RESUMO

A filariose linfática, infecção parasitária crônica causada pelo helminto *Wuchereria bancrofti*, representou historicamente um desafio à saúde pública no Brasil, ocasionando sequelas incapacitantes como o linfedema e a elefantíase. Este artigo tem como objetivo analisar os aspectos fisiopatológicos, imunológicos e a evolução epidemiológica da doença, com ênfase na recente certificação de eliminação concedida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A metodologia adotada consistiu em uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Google Scholar, SciELO e PubMed, abrangendo a biologia do vetor *Culex quinquefasciatus*, a resposta imune do hospedeiro e as políticas públicas sanitárias. Os resultados indicam que a patogênese envolve uma interação imunológica dinâmica, na qual a resposta inicial de tolerância (Th2) evolui para quadros inflamatórios

REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

crônicos mediados por Th1/Th17, resultando em fibrose e danos teciduais irreversíveis. Epidemiologicamente, demonstra-se a efetividade das estratégias de Administração em Massa de Medicamentos (MDA) e controle vetorial, medidas que restringiram a transmissão na Região Metropolitana do Recife até a interrupção do ciclo. Em 2024, o Brasil obteve a certificação da eliminação da filariose como problema de saúde pública. Discute-se, contudo, que a interrupção da transmissão não cessa a demanda sanitária; observa-se um impacto socioeconômico significativo associado ao estigma e à exclusão laboral dos portadores de morbidades crônicas. Conclui-se que o cenário pós-eliminação impõe novos desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo a manutenção de sistemas de vigilância sensíveis para prevenir recrudescimentos e a implementação de programas de assistência integral que promovam a reabilitação física e a reinserção social dos pacientes, assegurando a sustentabilidade do status epidemiológico alcançado.

Palavras-chave: Filariose Linfática. *Wuchereria bancrofti*. Imunopatologia. Vigilância Epidemiológica. Saúde Pública.

ABSTRACT

Lymphatic filariasis, a chronic parasitic infection caused by the helminth *Wuchereria bancrofti*, has historically represented a public health challenge in Brazil, leading to disabling sequelae such as lymphedema and elephantiasis. This article aims to analyze the pathophysiological and immunological aspects, as well as the epidemiological evolution of the disease, with emphasis on the recent certification of elimination granted by the World Health Organization (WHO). The methodology adopted consisted

of an integrative literature review in Google Scholar, SciELO, and PubMed databases, covering the biology of the *Culex quinquefasciatus* vector, the host's immune response, and public health policies. The results indicate that pathogenesis involves a dynamic immunological interaction, where the initial tolerance response (Th2) evolves into chronic inflammatory conditions mediated by Th1/Th17, resulting in fibrosis and irreversible tissue damage. Epidemiologically, the effectiveness of Mass Drug Administration (MDA) strategies and vector control is demonstrated, which restricted transmission in the Recife Metropolitan Region until the cycle interruption. In 2024, Brazil obtained the certification of filariasis elimination as a public health problem. However, it is discussed that the interruption of transmission does not cease the sanitary demand; a significant socioeconomic impact associated with stigma and labor exclusion of patients with chronic morbidities is observed. It is concluded that the post-elimination scenario imposes new challenges on the Unified Health System (SUS), requiring the maintenance of sensitive surveillance systems to prevent recrudescence and the implementation of integral assistance programs that promote physical rehabilitation and social reintegration of patients, ensuring the sustainability of the achieved epidemiological status.

Keywords: Lymphatic Filariasis. *Wuchereria bancrofti*. Immunopathology. Epidemiological Surveillance. Public Health.

1. INTRODUÇÃO

A filariose linfática (FL), uma doença tropical negligenciada, é causada por parasitas como *Brugia malayi*, *Brugia timori* e *Wuchereria bancrofti*. Destaca-se que a última é responsável por mais de 90% dos casos. Esses

parasitas são transmitidos por diferentes mosquitos, variando de acordo com a região. A FL é endêmica em 72 países. No continente americano, a persistência da transmissão ativa ainda desafia a República Dominicana, a Guiana e o Haiti, enquanto o Brasil, que historicamente compunha esse grupo, vivencia hoje um novo cenário epidemiológico (REY, 2009).

A FL é reconhecida por ser uma das principais causas de incapacidades físicas permanentes ou de longo prazo. A filariose linfática causa manifestações crônicas, visíveis, dolorosas e frequentemente desfigurantes, como linfedema e hidrocele. As infecções bacterianas secundárias podem levar a dor e febre intensas, além de ocorrerem em fases. Outras manifestações clínicas menos comuns incluem linfedema da mama, inchaço da vulva e problemas reumáticos e respiratórios. Essas sequelas não decorrem apenas da presença física do parasita, mas de uma complexa resposta imunológica do hospedeiro que perpetua o dano tecidual, gerando profundo impacto psicossocial (MEDEIROS *et al.*, 2021).

No Brasil, o controle da FL passou por diversas fases, desde as campanhas nacionais na década de 1950 até à restrição de focos na Região Metropolitana do Recife. Recentemente, o país alcançou marcos epidemiológicos significativos junto da Organização Mundial da Saúde (OMS), consolidando estratégias de interrupção da transmissão. Este estudo revisa os aspectos clínicos, imunológicos e epidemiológicos da FL, discutindo o percurso brasileiro até à certificação de eliminação e os desafios da vigilância sanitária no cenário pós-eliminação (BRASIL, 2024).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A filariose linfática é uma doença parasitária que se destaca pela complexidade do seu ciclo biológico e pelas graves manifestações clínicas crônicas que pode desencadear. A compreensão destes mecanismos é essencial para entender as estratégias de controle aplicadas.

2.1. Ecoepidemiologia do Vetor e Determinantes Sociais

A persistência da filariose linfática em áreas urbanas do Brasil está intrinsecamente ligada à ecologia do vetor *Culex quinquefasciatus*. Este mosquito possui hábitos noturnos e antropofílicos, encontrando em aglomerados urbanos com saneamento precário as condições ideais para sua proliferação. O Ministério da Saúde (2011) destaca que as fêmeas depositam seus ovos preferencialmente em coleções de águas poluídas, ricas em matéria orgânica e com pouca correnteza, como fossas sépticas mal vedadas e valas de esgoto a céu aberto.

Dessa forma, a filariose linfática é classificada como uma doença socialmente determinada. A falta de infraestrutura urbana básica não apenas favorece a densidade vetorial, mas também amplia o contato homem-vetor, perpetuando o ciclo de transmissão em comunidades vulneráveis e dificultando a erradicação completa do vetor.

2.2. Etiologia e Ciclo de Vida

O agente etiológico predominante no Brasil é a *Wuchereria bancrofti*, responsável por mais de 90% dos casos globais de filariose linfática. A transmissão ocorre através da picada da fêmea do mosquito *Culex quinquefasciatus*, que atua como vetor biológico. O ciclo inicia-se quando o

mosquito ingere microfilárias ao picar um indivíduo infectado. No vetor, as larvas evoluem do estágio L1 para L3 (infectante) num período de cerca de 20 dias. Ao picar um novo hospedeiro, as larvas L3 penetram na pele e migram para o sistema linfático, onde se tornam vermes adultos após 7 a 9 meses. Uma característica crucial para o diagnóstico e controle é a periodicidade noturna: as microfilárias circulam no sangue periférico preferencialmente entre as 22h e as 4h, coincidindo com o hábito alimentar do vetor (REY, 2009).

2.3. Resposta Imunológica do Hospedeiro

A interação entre o parasita e o sistema imunológico humano é determinante para a evolução clínica da doença. Estudos indicam que a infecção por *W. bancrofti* induz uma resposta imunológica complexa, predominantemente do tipo Th2, caracterizada pela produção de interleucinas (IL-4, IL-5, IL-10) e anticorpos IgG4. Durante a fase assintomática (microfilaremia), observa-se um fenômeno de hiporresponsividade celular ou imunomodulação, onde a presença de células T reguladoras e citocinas anti-inflamatórias permite a sobrevivência do parasita sem causar danos teciduais severos imediatos (BITTENCOURT, 2025).

2.4. Patogenia e Manifestações Clínicas

A patogênese da filariose linfática é um processo complexo e multifatorial, resultante da interação dinâmica entre o parasita, a resposta imunológica do hospedeiro e eventuais infecções bacterianas secundárias. A presença de vermes adultos nos vasos linfáticos induz, primariamente, a uma dilatação

vascular (linfangiectasia) que, em muitos casos, permanece assintomática por longos períodos. Esta latência clínica deve-se a um fenômeno de imunotolerância ou hiporresponsividade celular, mediada predominantemente por citocinas do padrão Th2, o que permite a sobrevivência do parasita e a manutenção da microfilaremia sem causar danos teciduais exuberantes imediatos (REY, 2009).

A ruptura desse equilíbrio e a evolução para a doença clínica ocorrem, frequentemente, após a morte dos vermes adultos. Este evento desencadeia uma reação inflamatória granulomatosa intensa em torno do parasita em degeneração, levando à obstrução do fluxo linfático, fibrose e esclerose dos vasos. No que tange às manifestações agudas, a apresentação clínica mais comum é a Dermatolinfangioadenite Aguda (DLA). Diferente do que se postulava historicamente, estudos indicam que estas crises não são causadas diretamente pela ação do verme, mas sim por infecções bacterianas secundárias (geralmente por estreptococos e estafilococos) que penetram através de lesões cutâneas, como lesões interdigitais. O quadro clínico caracteriza-se por febre alta, calafrios, cefaleia e o surgimento de placas eritematosas dolorosas e quentes no membro afetado, acompanhadas de linfadenite regional (DREYER *et al.*, 2002; BRASIL, 2009).

Ao se tratar de manifestações crônicas, estas estabelecem-se como consequência da falência funcional do sistema linfático após episódios repetidos de DLA e da obstrução persistente. Na população masculina, a hidrocele (acúmulo de líquido na túnica vaginal) configura-se como a manifestação genital mais frequente, resultante da obstrução dos vasos linfáticos do cordão espermático. Nos membros, a estase linfática evolui de

um edema reversível para o linfedema crônico e, em seus estágios mais avançados, para a elefantíase. Nesta fase severa, observa-se paquidermia (espessamento da pele), hiperqueratose e deformidades anatômicas irreversíveis, as quais geram grave incapacidade física e impõem um profundo estigma social ao portador (MEDEIROS *et al.*, 2021).

2.5. Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico da filariose linfática é multifacetado e depende diretamente do estágio da infecção. No período pré-patente, quando os parasitas adultos ainda não produziram microfilárias circulantes ou em casos de infecções unissexuais, o diagnóstico parasitológico é difícil, dependendo fundamentalmente da clínica e da epidemiologia, embora a biópsia de linfonodos possa, ocasionalmente, revelar a presença de microfilárias.

Na fase patente, a demonstração de microfilárias no sangue periférico constitui o padrão-ouro para a confirmação diagnóstica. A técnica mais difundida e recomendada pelo Ministério da Saúde é a Microscopia de Gota Espessa, devido ao seu baixo custo e viabilidade em inquéritos populacionais. Contudo, a sensibilidade deste método está intrinsecamente ligada à periodicidade noturna da *Wuchereria bancrofti*. Para maximizar a chance de detecção, a coleta sanguínea deve ser realizada obrigatoriamente entre as 22h e as 4h da manhã, intervalo em que a parasitemia atinge seu pico na circulação periférica.

Para casos em que a parasitemia é baixa, o que pode resultar em falso-negativos na gota espessa, recomenda-se o uso de técnicas de concentração,

como o Método de Knott. Este procedimento envolve a coleta de 1 ml de sangue venoso, seguida de hemólise e centrifugação para concentrar as larvas, permitindo uma análise microscópica mais sensível do sedimento.

Uma alternativa importante para superar a dificuldade operacional da coleta noturna é o Teste Provocativo com Dietilcarbamazina (DEC). A administração de uma dose oral de DEC (2 a 8 mg/kg) estimula a migração das microfilárias para o sangue periférico durante o dia. Isso permite que a coleta seja realizada entre 20 a 60 minutos após a ingestão do medicamento, facilitando a triagem em horários diurnos sem perda significativa de sensibilidade diagnóstica (BRASIL, 2009)

2.6. Farmacologia e Terapêutica

O manejo farmacológico da filariose linfática baseia-se fundamentalmente no uso da Dietilcarbamazina (DEC), um derivado da piperazina que atua como microfilaricida potente. O mecanismo de ação da DEC é complexo e envolve a alteração do metabolismo do ácido araquidônico nas microfilárias. Essa interferência expõe a superfície do parasita, tornando-o suscetível à ação citotóxica das células do sistema imunológico do hospedeiro, facilitando a fagocitose e a destruição celular (KATZUNG & TREVOR, 2017).

É imperativo, contudo, considerar as reações adversas associadas à morte massiva dos parasitas. A rápida destruição das microfilárias pode desencadear a Reação de Mazzotti, uma resposta inflamatória sistêmica aguda caracterizada por febre, cefaleia, artralgia, adenite dolorosa e erupções

cutâneas. O manejo clínico dessas reações é essencial para garantir a adesão do paciente ao tratamento, podendo exigir o uso concomitante de anti-histamínicos ou corticosteroides em casos severos.

No contexto global, a Organização Mundial da Saúde recomenda a terapia tripla (Ivermectina, Dietilcarbamazina e Albendazol - IDA) para acelerar a interrupção da transmissão em certas regiões. No entanto, no Brasil, a estratégia focou-se no uso da DEC associada ao sal de cozinha ou em doses anuais supervisionadas, demonstrando eficácia suficiente para o cenário epidemiológico nacional sem a necessidade de introdução massiva de ivermectina para este fim específico (BRASIL, 2009).

2.7. Diagnósticos Diferenciais

Um dos grandes desafios na prática clínica em áreas endêmicas e pós-endêmicas reside no diagnóstico diferencial, visto que nem todo edema de membros inferiores possui etiologia filarial. O estigma associado à "elefantíase" pode conduzir a diagnósticos equivocados e à prescrição desnecessária de antifilários em pacientes portadores de outras enfermidades. É fundamental, portanto, que o profissional de saúde esteja apto a distinguir o linfedema filarial de outras condições clínicas com apresentações semelhantes.

Entre as principais patologias a serem consideradas, destaca-se o Linfedema Hereditário, ou Doença de Milroy, uma condição congênita decorrente da malformação dos vasos linfáticos, presente desde o nascimento ou infância, diferindo da filariose pelo seu caráter genético e início precoce. Outra

etiologia frequente é a Síndrome Pós-Trombótica, decorrente de insuficiência venosa crônica grave, que pode mimetizar o endurecimento dérmico (paquidermia) observado na filariose, mas que geralmente apresenta histórico de trombose venosa profunda e alterações pigmentares características da estase venosa.

Adicionalmente, em contextos de viajantes ou migrantes, deve-se considerar a Podoconiose, um tipo de elefantíase não parasitária provocada pela exposição prolongada e descalça a solos vulcânicos ricos em sílica, cujas micropartículas penetram na pele e causam obstrução linfática, embora seja uma condição rara no território brasileiro.

Por fim, é imprescindível excluir o Linfedema Secundário decorrente de neoplasias ou intervenções cirúrgicas, comum em pacientes oncológicos submetidos a esvaziamento ganglionar, onde a obstrução é mecânica ou iatrogênica e não infecciosa. A distinção correta destas etiologias exige uma anamnese epidemiológica detalhada, investigando o tempo de residência em áreas de risco, associada a exames de imagem, como a linfocintilografia, para definir a conduta terapêutica adequada (DREYER *et al.*, 2002).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada através de levantamento bibliográfico nas bases de dados **Google Scholar**, **SciELO** (*Scientific Electronic Library Online*) e **PubMed**. Para a seleção dos estudos, não foi imposta restrição temporal rígida, porém priorizou-se a literatura publicada nos últimos 15 anos para garantir a atualização dos

dados epidemiológicos. Foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS/MeSH), combinados através do operador booleano "AND": "Filariose Linfática" (*Lymphatic Filariasis*), "*Wuchereria bancrofti*", "Epidemiologia", "Diagnóstico", "Terapêutica" e "Saúde Pública". Os critérios de inclusão definidos foram: artigos originais, revisões sistemáticas e manuais técnicos publicados em português e inglês; documentos disponíveis na íntegra; e publicações que abordassem a fisiopatologia, o manejo clínico e as políticas públicas de controle no Brasil. Foram excluídos resumos simples e editoriais sem dados científicos. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e qualitativa, confrontando as informações históricas com os boletins epidemiológicos mais recentes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados epidemiológicos revela uma trajetória progressiva no combate à filariose linfática no Brasil, marcada pela transição de uma endemia nacional para a eliminação como problema de saúde pública.

4.1. Evolução Histórica e Retração Geográfica

O controle sistemático da doença iniciou-se na década de 1950. Medeiros *et al.* (2003) relatam que, nesse período, a filariose era endêmica em diversas capitais, de Manaus a Porto Alegre. A centralização das ações pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais permitiu um combate efetivo ao

vetor e o tratamento dos infectados, resultando na restrição paulatina da doença à região Nordeste.

Até ao início do século XXI, a transmissão ativa persistia apenas na Região Metropolitana do Recife (Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista), identificada como o último reduto endêmico do país devido às condições de saneamento e densidade populacional que favoreciam o vetor *Culex* (FONTES *et al.*, 2012)

4.2. Eliminação da Doença e Novos Desafios

A estratégia de Administração em Massa de Medicamentos (MDA), preconizada pela OMS e adotada pelo Brasil, foi decisiva para bloquear a transmissão. Ao tratar coletivamente as populações em áreas de risco, foi possível reduzir a densidade de microfilárias circulantes abaixo do limiar necessário para infectar os mosquitos (BRASIL, 2009).

Como resultado destas políticas continuadas, em outubro de 2024, o Brasil recebeu da Organização Mundial da Saúde a certificação de eliminação da filariose linfática como problema de saúde pública. Este dado atualiza as perspectivas anteriores de Fontes *et al.*, (2012) que ainda tratavam a eliminação como uma meta futura.

Contudo, a discussão atual deve enfatizar que a eliminação como problema de saúde pública não equivale à erradicação total do parasita. O desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) desloca-se agora para a vigilância pós-eliminação e, crucialmente, para a assistência aos pacientes com sequelas

crônicas descritas na fundamentação teórica (linfedema e elefantíase), que exigirão cuidados vitalícios para manter a qualidade de vida.

4.3. Estigma e Impacto Psicossocial

Para além das incapacidades físicas, a filariose linfática impõe uma carga psicossocial devastadora aos indivíduos afetados. A literatura aponta que pacientes com formas crônicas visíveis, como a elefantíase e a hidrocele, enfrentam severo estigma social, que pode levar ao isolamento, perda de emprego e quadros depressivos. Assim, contribuindo ao estigma internalizado no paciente crônico, afetando a saúde mental, onde o próprio paciente absorve os preconceitos da sociedade, resultando em vergonha e retração social.

Além disso, há um impacto econômico direto e indireto. A perda de produtividade devido às crises agudas de dor (linfangites) e à dificuldade de locomoção perpetua o ciclo de pobreza nas famílias afetadas. O "custo social" da doença, muitas vezes invisível nas estatísticas de mortalidade, reflete-se na exclusão social e na diminuição drástica da qualidade de vida, exigindo que as políticas públicas integrem suporte psicológico à reabilitação física (MATTOS & DREYER, 2008).

4.4. Desafios da Vigilância Pós-eliminação e o Programa Brasil Saudável

Com a certificação de eliminação obtida em 2024, o Brasil entra numa nova fase epidemiológica que exige vigilância constante. O programa "Brasil Saudável", iniciativa do Governo Federal para eliminar doenças determinadas socialmente, estabelece que o foco deve migrar da interrupção

da transmissão para a vigilância de possíveis recrudescimentos e o cuidado integral às pessoas com morbidades (FIOCRUZ, 2024).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2024) alerta que a fase pós-eliminação não permite negligência. É imperativo manter sistemas sensíveis para detectar qualquer caso importado ou residual, especialmente em áreas onde o vetor permanece abundante. O desafio contemporâneo do SUS é garantir que a rede de atenção básica esteja capacitada para diagnosticar e tratar as sequelas da doença, pagando uma dívida histórica com as populações negligenciadas que ainda sofrem com as marcas físicas da filariose.

4.5. Panorama Geográfico da Filariose

A certificação da eliminação da filariose linfática no Brasil, obtida em 2024, não é um evento isolado, mas parte de um esforço continental coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Contudo, a análise comparativa revela disparidades regionais significativas. Enquanto o Brasil, apoiado pela capilaridade do Sistema Único de Saúde (SUS), obteve êxito em suas campanhas de MDA e vigilância, os demais países da região das Américas ainda enfrentam endemias ativas.

Atualmente, a República Dominicana, o Haiti e a Guiana permanecem como os últimos redutos da transmissão na região. O Haiti, em particular, enfrenta desafios estruturais severos exacerbados por desastres naturais e instabilidade política, o que dificulta a implementação contínua das estratégias de tratamento em massa. A persistência da doença na ilha de

REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Hispaniola (Haiti e República Dominicana) representa um risco de reintrodução para os países vizinhos, exigindo vigilância entre fronteiras constante (OPAS, 2024).

5. CONCLUSÃO

O percurso histórico e epidemiológico da filariose linfática no Brasil evidencia a eficácia das políticas de saúde pública implementadas ao longo das últimas décadas. A transição de uma endemia nacional na década de 1950 para a certificação da eliminação da doença como problema de saúde pública em 2024 reflete o sucesso das estratégias combinadas de controle vetorial, tratamento em massa (MDA) e busca ativa de casos.

Conclui-se, portanto, que embora a cadeia de transmissão do parasita *Wuchereria bancrofti* tenha sido interrompida a níveis seguros, os desafios inerentes à manutenção da vigilância sanitária ainda se fazem imperativos. Sugere-se que o foco das autoridades sanitárias e dos pesquisadores se volte para dois eixos centrais: a vigilância epidemiológica constante para evitar a reintrodução da doença ou o ressurgimento de focos residuais, visando a manutenção do status sanitário da doença, adicionalmente, o fornecimento de assistência integral aos portadores de morbididades crônicas. Esta assistência não deve limitar-se ao manejo físico do linfedema, mas incluir a reabilitação psicossocial para combater o estigma associado à doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **OMS certifica Brasil como país livre da elefantíase como problema de saúde pública.** Brasília: Agência Brasil, 13 nov. 2024.

REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude>. Acesso em: 17 fev. 2026.

BITENCOURT, Douglas. Filariose: imunidade e consequências clínicas. In: **Imunologia & Doenças Infecciosas e Parasitárias Ed VIII**. Editora Pasteur, 2025. p. 70–82. Disponível em: <https://doi.org/10.59290/0624010941>. Acesso em: 17 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil elimina a filariose linfática como problema de saúde pública**. Brasília: Gov.br, 04 out. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/brasil-recebe-certificado-pela-eliminacao-da-filariose-linfatica>. Acesso em: 17 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância do Culex quinquefasciatus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_culex_quinquefasciatus. Acesso em: 17 fev. 2026.

DREYER, G; COELHO, G. Filariose linfática: doença potencialmente eliminável. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-543, jul-set, 1997.

REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

DREYER, G.; DREYER, P.; NORÕES, J.. Recomendações para o tratamento da filariose bancroftiana, na infecção e na doença. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 43–50, jan. 2002.

FIOCRUZ PE. Instituto Aggeu Magalhães. **Eliminação da Filariose linfática no Brasil – a hora é da Vigilância**. Recife: Fiocruz, 02 out. 2024. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/institucional/noticias/eliminacao-da-filariose-linfatica-no-brasil-a-hora-e-da-vigilancia>. Acesso em: 17 fev. 2026.

FONTES, G. *et al.* Lymphatic filariasis in Brazil: epidemiological situation and outlook for elimination. **Parasites & Vectors**, v. 5, n. 1, 2012.

MEDEIROS, Z. M. *et al.* Controle da filariose linfática no Brasil, 1951 - 2000. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 77-86, jun. 2003.

MEDEIROS, Z. M. *et al.* Lymphatic filariasis: A systematic review on morbidity and its repercussions in countries in the Americas. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 1, p. 316, 2021.

MATTOS, D.; DREYER, G.. A complexidade do custo socioeconômico da filariose linfática. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 4, p. 399–403, jul. 2008.

REVISTA TÓPICOS

<https://revistatopicos.com.br> – ISSN: 2965-6672

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Brasil recebe certificado da OMS pela eliminação da filariose linfática como problema de saúde pública.** Brasília, 13 nov. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/13-11-2024-brasil-recebe-certificado-da-oms-pela-eliminacao-da-filariose-linfatica-como>. Acesso em: 17 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Filariose Linfática: Tópicos de Saúde.** Brasília, D.F.: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/filariose-linfatica>. Acesso em: 17 fev. 2026.

REY, L. **Bases da Parasitologia Médica.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2017.

¹ Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Inta - UNINTA *Campus* Sobral. E-mail: aggsoeiro@gmail.com

² Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Inta - UNINTA *Campus* Sobral. E-mail: amgdqmmedicina@gmail.com

³ Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Inta - UNINTA *Campus* Sobral. E-mail: samillyhellen4@gmail.com