

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF**

**ISABELLA FELIPPE CAVALCANTE MEIRA DA SILVA**

**PERFIL DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ, NO  
PERÍODO DE 2007 A 2020: ANÁLISE DOS INDICADORES DE  
SAÚDE**

**RIO DE JANEIRO  
2022**

**ISABELLA FELIPPE CAVALCANTE MEIRA DA SILVA**

**Perfil da Hanseníase no município de Niterói, RJ, no período  
de 2007 a 2020: Análise dos indicadores de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Áreas de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Linha de pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mary Ann Menezes Freire.**

**RIO DE JANEIRO  
2022**

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

9586 SILVA, ISABELLA FELIPPE CAVALCANE MEIRA DA  
Perfil da Hanseníase no município de Niterói, RJ,  
no período de 2007 a 2020: Análise dos indicadores  
de saúde / ISABELLA FELIPPE CAVALCANE MEIRA DA  
SILVA. -- Rio de Janeiro, 2022.  
73 f.

Orientadora: MARY ANN MENEZES FREIRE.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2022.

1. Hanseníase. . 2. Epidemiologia.. 3. Doenças  
Negligenciadas. . 4. Perfil Epidemiológico.. I.  
FREIRE, MARY ANN MENEZES, orient. II. Título.

SILVA, ISABELLA FELIPPE CAVALCANTE MEIRA DA. **PERFIL DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ, NO PERÍODO DE 2007 A 2020: ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE**, 2022. 86p. Dissertação (Mestrado acadêmico). Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2022.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Aprovada em: 06/06/2022

Comissão Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> MARY ANN MENEZES FREIRE (UNIRIO)

Presidente

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> FERNANDA TELES MORAIS DO NASCIMENTO (UFRJ)

1<sup>ª</sup> Avaliadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> VANESSA ALMEIDA FERREIRA CORRÊA (UNIRIO)

2<sup>ª</sup> Avaliadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> MERCEDES DE OLIVEIRA NETO

1<sup>ª</sup> Suplente

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> SIMONE MENDES CARVALHO (UNIRIO)

2<sup>ª</sup> Suplente

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir-me realizar este sonho de concluir o mestrado e, por tantos outros. Por me dar forças para superar as adversidades e vencer, mesmo diante de uma pandemia, minha fé permaneceu e o Senhor jamais me desamparou.

Aos meus pais, Kátia e Gilson, e ao meu amado irmão Caio, que sempre me apoiaram, acreditaram em mim e me encorajaram a seguir em frente. Por todo o amor que me deram e toda compreensão por minhas ausências em reuniões de família e passeios, devido as demandas do mestrado.

Ao meu amado esposo Eduardo, que sempre me impulsiona para maiores conquistas e está ao meu lado em todos os momentos, sendo um verdadeiro parceiro de vida.

Aos meus amados sogros Eduardo e Beatriz, por todo o carinho e apoio.

Aos meus familiares e amigos, que compreenderam por muitas vezes a minha ausência em diversas reuniões, e mesmo assim me apoiaram e me deram muito carinho.

A minha querida orientadora, Prof. Dr. Mary Ann Menezes Freire, por toda ajuda nesta jornada de trabalho, pela disponibilidade sempre que precisei, por acreditar em mim e por ser uma grande inspiração profissional.

A Prof. Dr. Vanessa Corrêa, a qual tenho grande admiração desde a graduação, e aceitou meu convite de compor as bancas de qualificação e defesa desta dissertação, trazendo grandes contribuições ao trabalho.

Também agradeço a Prof. Dr. Fernanda Telles, que igualmente compôs as bancas de qualificação e defesa desta dissertação e contribuiu brilhantemente nesta construção.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à coordenação e secretaria do PPGENF/UNIRIO, pelo acolhimento e parceria.

SILVA, ISABELLA FELIPPE CAVALCANTE MEIRA DA. **PERFIL DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ, NO PERÍODO DE 2007 A 2020: ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE**, 2022. 86p. Dissertação (Mestrado acadêmico). Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2022. Orientador: Dra. Mary Ann Menezes Freire. Linha de pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

## RESUMO

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória, infectocontagiosa, de evolução crônica, tem alta infectividade e baixa patogenicidade, possui tratamento estabelecido que confere a cura. Entretanto, quando não tratada pode gerar incapacidades físicas. Essas propriedades não ocorrem apenas em função de suas características intrínsecas, irreversíveis. **Objetivos:** Descrever o perfil da hanseníase no município de Niterói, RJ, no período de 2007 a 2020. Analisar o perfil e principais indicadores epidemiológicos da hanseníase no município de Niterói, RJ, no período de 2007 a 2020. **Método:** estudo exploratório, retrospectivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, por estar em contato com questões sociais e utilizar métodos quantitativos de forma associativa. O cenário do estudo foi o município de Niterói, foram coletados dados secundários através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no período de 2007 a 2020. **Resultados:** foram avaliados 322 casos, 54,34% dos casos eram multibacilares, 50,31% ocorreram em mulheres, o grau de incapacidade física 1 ou 2 foi mais prevalente entre os homens, segundo raça-cor a população mais atingida em pessoas brancas, o maior número de casos ocorreu entre 46 e 60 anos, a maior parte dos casos (22,87%) estudou até a 4<sup>o</sup> série do ensino fundamental incompleto, o nível de escolaridade influenciou diretamente sobre a produção de incapacidades físicas, quanto maior o grau de escolaridade, menor grau de incapacidade física. As taxas de prevalência, detecção geral e detecção em menores de 15 anos de idade sofreram queda ao longo da série histórica estudada, a taxa de detecção geral manteve-se com parâmetros classificatórios de endemia média. Já a proporção de grau incapacidade física 2 no diagnóstico sofreu aumento ao longo dos anos, indicando os diagnósticos tardios. A proporção de cura manteve estabilidade, com ótimos parâmetros classificatórios e baixa taxa de abandono de tratamento ao longo da série histórica. A proporção de contatos avaliados apresentou crescimento com desempenho entre bom e regular. **Conclusão:** Diante da complexidade do contexto que envolve o adoecer em hanseníase, seu tratamento e controle vão além da prática medicamentosa, desafiando as práticas de cuidado e vigilância em saúde. Apesar da diminuição de números de casos novos, o diagnóstico se mantém tardio, com crescente produção de incapacidade física grau 2, e a maioria dos diagnósticos ainda são de casos multibacilares, situações que preservam a cadeia de transmissão da doença. A vulnerabilidade social ainda é um tema necessário na abordagem a doenças negligenciadas. Para o controle e combate da hanseníase, é necessário valorizar o planejamento e ações para interromper a cadeia de transmissão do bacilo, mediante o controle e prevenção de incapacidades físicas, diagnóstico precoce, apoio a adesão e conclusão do tratamento que é gratuito em todo o Brasil, para uma doença que tem cura, intensificar ações que visam a avaliação de contatos e promoção da saúde.

**Descritores:** Hanseníase. Epidemiologia. Doenças Negligenciadas. Perfil Epidemiológico.

SILVA, ISABELLA FELIPPE CAVALCANTE MEIRA DA. **Leprosy profile in the city of Niterói, RJ, from 2007 to 2020: Analysis of health indicators.** 2022. 86f. Thesis (Master). Graduate Program in Nursing, Federal University of Estate Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil, 2022.

## ABSTRACT

Leprosy is a notifiable, infectious, and chronic disease, with high infectivity and low pathogenicity, with an established treatment that provides a cure. However, when untreated, it can lead to physical disabilities. These properties do not occur only because of their intrinsic, irreversible characteristics. **Objectives:** To describe the profile of leprosy in the city of Niterói, RJ, from 2007 to 2020. To analyze the profile and main epidemiological indicators of leprosy in the city of Niterói, RJ, from 2007 to 2020. **Method:** exploratory, retrospective study, with a qualitative and quantitative approach, for being in contact with social issues and using quantitative methods in an associative way. The study scenario was the city of Niterói, secondary data were collected through the Information System of Notifiable Diseases (SINAN), the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and data from the SUS Department of Informatics (DATASUS) in the period of 2007 to 2020. **Results:** 322 cases were evaluated, 54.34% of the cases were multibacillary, 50.31% occurred in women, the degree of physical disability 1 or 2 was more prevalent among men, according to race-color, the most reached in white people, the highest number of cases occurred between 46 and 60 years old, most cases (22.87%) studied up to the 4th grade of incomplete elementary school, the level of schooling directly influenced the production of disabilities physical, the higher the level of education, the lower the degree of physical disability. The rates of prevalence, general detection and detection in children under 15 years of age dropped throughout the historical series studied, the general detection rate remained within the classification parameters of medium endemicity. The proportion of physical disability grade 2 at diagnosis increased over the years, indicating late diagnoses. The cure rate remained stable, with excellent classification parameters and a low rate of treatment abandonment throughout the historical series. The proportion of contacts evaluated showed growth with a performance between good and regular. **Conclusion:** Given the complexity of the context that involves becoming ill with leprosy, its treatment and control go beyond medication practice, challenging health care and surveillance practices. Despite the decrease in the number of new cases, diagnosis remains late, with increasing production of grade 2 physical disability, and most diagnoses are still multibacillary cases, situations that preserve the disease transmission chain. Social vulnerability is still a necessary issue in addressing neglected diseases. In order to control and combat leprosy, it is necessary to value planning and actions to interrupt the bacillus transmission chain, through the control and prevention of physical disabilities, early diagnosis, support for adherence and completion of treatment that is free throughout Brazil, for a disease that has a cure, intensify actions aimed at evaluating contacts and promoting health.

**Descriptors:** Leprosy. Epidemiology. Neglected Diseases. Health Profile.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da rede de atenção primária de saúde do município de Niterói (NITERÓI, 2021).....	37
Figura 2 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor em Niterói (RJ), entre os anos de 2007 a 2020. ....	40
Figura 3 - Frequência segundo grupo etário entre os anos de 2007 a 2020 .....	41
Figura 4 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional (2007 a 2020)	41
Figura 5 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação clínica (2007 a 2020) .....	42
Figura 6 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo escolaridade entre os anos de 2007 a 2020. ....	43
Figura 7 - Proporção de casos de hanseníase segundo escolaridade até o ensino médio completo e além do ensino médio.....	43
Figura 8 - Taxa de detecção casos novos de hanseníase por 100mil habitantes, segundo região de residência, entre os anos de 2007 a 2020.....	45
Figura 9 - Taxa de Prevalência/10mil hab. 2010 a 2020. ....	46
Figura 10 - Variação anual de Prevalência.....	46
Figura 11 - Taxa de detecção anual x taxa de detecção em <15 anos por 100mil habitantes. ...	47
Figura 12 - Variação anual das taxas de detecção geral e em <15 anos. ....	48
Figura 13 - Proporção de grau incapacidade física 2 no diagnóstico, nos anos de 2007 a 2020.	49
Figura 14 - Proporção de grau incapacidade física 2 na cura, nos anos de 2007 a 2020.....	49
Figura 15 - Proporção de cura e abandono de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, 2007 a 2020. ....	50
Figura 16 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico PB e MB nos anos das coortes, entre 2007 a 2020. ....	51
Figura 17 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de 2007 a 2020.....	52
Figura 18 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e na cura, nos anos das coortes de 2007 a 2020. ....	52
Figura 19 - Taxa de detecção geral por região administrativa.....	58

## LISTA DE QUADROS

Tabela 1 - Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública: .....	32
Tabela 2 - Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase .....	33
Tabela 3 - Proporção de grau de incapacidade física segundo sexo, em Niterói (RJ), no período de 2007 a 2020.....	39
Tabela 4 - Proporção de grau de incapacidade física por nível de escolaridade.....	44

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	10
1.2 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO .....	11
1.3 OBJETO DE ESTUDO .....	11
1.4 OBJETIVOS.....	11
1.5 JUSTIFICATIVA/IMPACTO.....	12
<b>2 CAMINHOS PARA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS QUE PERMEIAM O ADOECER EM HANSENÍASE</b> .....	17
2.1 ENTENDENDO A HANSENÍASE .....	17
2.2 OLHARES PARA ALÉM DA DOENÇA E DOS NÚMEROS .....	21
2.3 VIGILÂNCIA EM HANSENÍASE .....	23
2.4 O MUNICÍPIO DE NITERÓI E O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA .....	28
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	31
<b>4 RESULTADOS</b> .....	36
4.1 O PERFIL DA POPULAÇÃO ACOMETIDA PELA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ, NO PERÍODO DE 2007 A 2020 .....	38
4.2 O PERFIL DOS INDICADORES DE SAÚDE PARA O AGRAVO DA HANSENÍASE..	45
<b>4.2.1 Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública</b> .....	45
<b>4.2.2 Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase</b> .....	50
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>8 APÊNDICES</b> .....	73
8.1 CRONOGRAMA .....	73

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, que é um parasita intracelular obrigatório, tem alta infectividade e baixa patogenicidade. Essas propriedades não ocorrem apenas em função de suas características intrínsecas, mas também dependem da relação do agente com o hospedeiro e do grau de endemicidade do meio. A doença possui tratamento bem estabelecido que confere a cura ao concluir o protocolo terapêutico adequadamente, além de interromper a transmissibilidade do bacilo (BRASIL, 2016).

Investigações epidemiológicas têm demonstrado que o homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae* e sabe-se que a susceptibilidade ao bacilo possui influência genética (VELÔSO *et al.*, 2018).

Desde a década de 1970, no Brasil, a palavra lepra deixou de figurar nos documentos oficiais para, no lugar desta, adotar-se o neologismo hanseníase. Este termo, além de representar uma importante estratégia para a redução do estigma sofrido pelas pessoas acometidas pela hanseníase, indica também uma homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, que, em 1873, descobriu o agente etiológico da infecção, o *Mycobacterium leprae* (PASSOS *et al.*, 2020).

Também é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória, transmitida pelo contato direto de um doente sem tratamento, com alta carga bacilar, para uma pessoa suscetível, através das vias aéreas superiores, sobretudo no ambiente domiciliar, entre pessoas que convivem em ambiente fechado por longo período de tempo. A pele e os nervos periféricos são afetados, o bacilo tem predileção pelas células de schwann, responsáveis pela sustentação dos nervos periféricos, podendo provocar infecção em vários tecidos, deformidades e incapacidades físicas, devido ao alto poder imunogênico do bacilo (BRASIL, 2016).

Os principais sinais e sintomas dermatoneurológicos observados são: lesões caracterizadas como manchas na pele de diferentes tonalidades, formigamentos e dormência em membros inferiores ou superiores, surgimento de pápulas, tubérculos e nódulos pelo corpo, pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local, dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos, entre outros (BRASIL, 2017).

O diagnóstico é essencialmente clínico, realizado através de anamnese e exame dermatoneurológico, que consiste na avaliação física do paciente. O histórico epidemiológico do território/ambiente que o paciente vive também deve ser observado (HESPANHOL *et al.*, 2021).

É comum a doença ser subdiagnosticada, pois seus sinais são confundidos com os de outras doenças de pele relativamente inofensivas e as alterações acabam sendo ignoradas até por especialistas (RODRIGUES *et al.*, 2021).

O diagnóstico diferencial na hanseníase consiste na ocorrência de lesões cutâneas típicas com alteração ou perda de sensibilidade tátil ou térmica na lesão, espessamento de nervos periféricos, presença de bacilos no esfregaço cutâneo ou histologia tecidual. É importante observar que os exames laboratoriais existentes, devem ser utilizados como um complemento para avaliação e acompanhamento da pessoa afetada pela hanseníase, uma vez que, resultados negativos não excluem diagnósticos de hanseníase, servindo apenas para confirmar casos paucibacilares (baciloscopia negativa e biópsia de pele não característica) e multibacilares (baciloscopia positiva e histologia característica) para orientação de tratamento segundo sua classificação (BRASIL, 2017).

## 1.2 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Iniciei meus estudos em hanseníase de forma mais aprofundada no Curso de Residência em Enfermagem em Saúde Coletiva, durante o curso, tive a oportunidade de trabalhar na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), na Coordenação de Dermatologia Sanitária, onde tive maior contato com pessoas afetadas pela hanseníase e profissionais de saúde especializados na área e com vasta experiência de trabalho.

Neste contexto o qual estive inserida, participei do planejamento e realização de capacitações na atenção a pessoa com hanseníase por todo o estado do RJ, capacitamos as equipes multiprofissionais de saúde, com a oferta de aulas teóricas e práticas, acompanhamos os diagnósticos de pacientes novos e demos suporte ao tratamento em diversos municípios. Foi uma experiência muito motivadora, inspiradora e que despertou ainda mais o meu interesse nos estudos sobre a hanseníase, que é uma doença tão pouco falada.

## 1.3 OBJETO DE ESTUDO

Perfil epidemiológico da hanseníase e as estratégias de implementação de ações, controle e vigilância no município de Niterói, RJ.

## 1.4 OBJETIVOS

- Descrever o perfil da hanseníase no município de Niterói, RJ, no período de 2007 a 2020;
- Analisar o perfil e principais indicadores epidemiológicos da hanseníase no município de Niterói, RJ, no período de 2007 a 2020.

## 1.5 JUSTIFICATIVA/IMPACTO

A hanseníase é uma doença relevante para saúde pública que impacta individual e coletivamente a vida pessoa acometida, por sua potencialidade em causar deformidades e incapacidades físicas, social e econômica, pode prejudicar nas atividades laborais e cotidianas. Essa enfermidade altera o organismo do indivíduo portador, promovendo transformações físicas, além da manifestação de dor e desconforto. Acarreta estigma e preconceito, alterando ainda o ciclo social com o afastamento do trabalho, convívio com amigos e familiares e impacta a coletividade com geração de custos ao Sistema Único de Saúde por exemplo. Portanto, o diagnóstico precoce e o trabalho de prevenção de incapacidades são de extrema importância para manter a qualidade de vida da pessoa acometida pela hanseníase e seus familiares (CRUZ *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde considerou hanseníase em 2010 uma das principais causas de neuropatia periférica e incapacidade funcional no mundo (OMS, 2010).

O Brasil está em consonância com as recomendações e estratégias para o enfrentamento da hanseníase. Em 2019 o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, que tem por objetivo geral reduzir a carga da doença no Brasil. As ações para o controle da doença baseiam-se na busca ativa para detecção precoce dos casos, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades; reabilitação; manejo das reações hansênicas e dos eventos pós-alta; investigação dos contatos de forma a interromper a cadeia de transmissão, além da formação de Grupos de Autocuidado e ações adicionais que promovam o enfrentamento do estigma e discriminação às pessoas acometidas pela doença (BRASIL, 2021a).

O propósito da Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022 é apresentar metodologias diferenciadas frente aos distintos padrões de endemicidade existentes no país, de forma que se possa alcançar maior cobertura e melhor desempenho das ações para o controle da doença e subsidiar o planejamento das ações nas três esferas governamentais, cujas metas são: reduzir para 30 o número de crianças com incapacidade física grau 2; reduzir a taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física de 10,08 para 8,83 casos/1 milhão; ter todas as UF com canais para registro de práticas discriminatórias às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares (BRASIL, 2021a).

Para a elaboração da Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, o MS baseou-se na Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 da OMS (BRASIL, 2021). A Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, tem como objetivo reduzir a carga global e local da doença. A estratégia está pautada em três 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. A estratégia tem ênfase em crianças, mulheres e outras populações vulneráveis, o fortalecimento dos sistemas de referência, a detecção sistemática de contatos domésticos, o

monitoramento da resistência aos medicamentos, o esforço para simplificar a conduta terapêutica e a avaliação do papel da profilaxia pós exposição (OMS, 2016).

Atualmente, está vigente a Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 – Rumo à zero hanseníase. Esta é uma estratégia desafiadora, pois pretende zerar casos de hanseníase, o que se entende por zero infecção e doença, zero incapacidade física, zero estigma e discriminação a longo prazo. A meta de eliminação da hanseníase foi definida como interrupção da transmissão da doença, para 2030 pretende-se obter resultados satisfatórios para redução global de 90% da taxa de novos casos com incapacidade de grau 2 por milhão de habitantes; redução de 90% da taxa por milhão de crianças de casos novos de hanseníase em crianças; reduzir 70% do número anual de novos casos detectados (OMS, 2021).

A Estratégia Global 2021-2030 está apoiada em quatro pilares e suas respectivas ações para o desenvolvimento:

1- Implementar, em todos os países endêmicos, um roteiro zero hanseníase do próprio país. Para isto, é necessário compromisso político com recursos humanos e financeiro adequados para a hanseníase em um contexto integrado; Parcerias nacionais para roteiros de zero hanseníase envolvendo todas as partes interessadas; capacitação em serviços no sistema de saúde para uma prestação de assistência de qualidade; vigilância eficaz e sistemas de gerenciamento de dados aprimorados; monitoramento da resistência aos antimicrobianos e reações adversas a medicamentos.

2- Ampliar a prevenção da hanseníase integrada com a detecção ativa de casos. Ações: busca de contato de todos os casos novos; garantia de quimioterapia preventiva aos contatos examinados; detecção ativa integrada de casos em populações-alvo.

3- Controlar a hanseníase e suas complicações e prevenir novas incapacidades. Ações: detecção precoce de casos, diagnóstico preciso e tratamento imediato; acesso a centros de referência completos e organizados; diagnóstico e tratamento de reações hansênicas, neurites e incapacidades; acompanhamento, apoio e treinamento em autocuidado à pessoa afetada pela hanseníase; bem-estar mental por meio de atendimento psicológico e aconselhamento terapêutico.

4- Combater o estigma e garantir que os direitos humanos sejam respeitados. Ações: adoção dos Princípios e diretrizes para eliminação da discriminação contra pessoas com hanseníase e seus familiares; inclusão de organizações e redes de pessoas afetadas pela hanseníase; alteração de leis discriminatórias; intervenções e processos para reduzir e monitorar o estigma relacionado à hanseníase nas comunidades; acesso ao apoio social e à reabilitação (OMS, 2021).

O Brasil é considerado um país de alta endemicidade de acordo com os parâmetros de referência classificados pelo Ministério da Saúde, devido ao elevado número de casos novos detectados anualmente que corrobora para alta taxa de detecção.

Em um levantamento realizado pela OMS, em 2018, foram reportados 208.619 casos novos de hanseníase no mundo, resultando em uma taxa de detecção de 2,74 casos por 100.000 habitantes. O

número de casos apresentou decréscimo global de 1,2% em relação ao ano de 2017, entretanto, o Brasil continuou a apresentar aumento no número de casos novos, ocupando o 2º lugar com maior número de casos no mundo, em 1º lugar está a Índia e 3º Indonésia, estes são os países que apresentam as mais altas cargas da doença, representando 79% dos casos no mundo, com 120.334, 28.660 e 17.017 casos novos, respectivamente. O Brasil detém cerca de 92% do total de casos das Américas, em 2018 com 28.660 casos, perfazendo uma taxa de detecção de 13,70 casos/100.000 habitantes, sendo 1.705 casos identificados em crianças menores de 15 anos de idade com uma taxa de detecção de 3,75 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

Em 2019, foram reportados 202.185 casos novos de hanseníase no mundo, dentre esses casos 27.864 ocorreram no Brasil, 5,5% ocorreram em menores de 15 anos de idade e dentre os 85,6 avaliados no diagnóstico, 9,9% apresentaram deformidades visíveis, ou seja, grau de incapacidade física 2 (GIF2). Portanto o Brasil é considerado um país com alta carga da doença, significa dizer que é um país endêmico e apesar dos avanços nas últimas décadas, o país se mantém entre os 22 países com as mais altas cargas para a doença em nível global (BRASIL, 2021b).

Para avaliação das ações de vigilância em saúde para o controle da hanseníase, foi instituído mundialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que para considerar a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, a taxa de prevalência deve ser menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes. No Brasil, segundo o boletim epidemiológico do ano de 2020, avaliou-se as taxas de prevalência dos anos de 2009 até 2018, onde percebeu-se uma queda de 26% no período avaliado, perfazendo uma taxa de prevalência de 1,99/10mil habitantes em 2009 e 1,48/10mil habitantes em 2018, ainda assim, permanecendo em uma avaliação de parâmetro médio.

Quanto ao indicador epidemiológico para avaliação do grau de incapacidade física (GIF) entre os 24.790 avaliados (86,5%) no momento do diagnóstico, 2.109 (8,5%) dos casos apresentaram deformidades visíveis (GIF2), cuja taxa de casos novos com GIF2 é de 10,8/1 milhão de habitantes. No Rio de Janeiro, em 2018, foram detectados 946 casos novos, com uma taxa de detecção geral de 5,63/100 mil habitantes e a taxa de prevalência de hanseníase de 0,62/10.000 habitantes. Dos casos novos identificados 85,1% foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física e destes, 10,8% foram diagnosticados com GIF2, colocando o estado entre os 9 no Brasil que produzem o maior grau de incapacidade física, decorrente aos diagnósticos tardios, maior até que a proporção de casos novos com GIF 2 no Brasil, que correspondeu a 8,5% em 2018. Em 2019 esta proporção foi de 14,6% no Rio de Janeiro (BRASIL, 2020a).

No Brasil, a hanseníase é endêmica, no entanto, sua distribuição geográfica e social não é homogênea, haja visto que o território nacional possui suas particularidades e diversidade, cada região, estado ou município apresenta características intrínsecas (ROCHA *et al.*, 2020).

Freitas *et al.* (2017) afirma que a distribuição espacial da hanseníase é heterogênea, pois no Brasil existem áreas com alta transmissão da doença que permanecem nas regiões Norte, Centro-Oeste

e Nordeste do país, entretanto, Estados mais desenvolvidos socioeconomicamente da Região Sul alcançaram a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública - prevalência de menos de 1 caso para 10.000 habitantes.

No ano de 2019 as Regiões Sul e Sudeste tiveram o grau de endemia classificadas como endemia média cujas taxas de detecção por 100mil habitantes foram respectivamente 2,68 e 4,23, na Região Nordeste, classificação alta: 19,97 e nas Regiões Norte e Centro Oeste, muito alta, com taxa de detecção 28,63 e 39,93. Neste mesmo ano essas Regiões avaliadas, apresentaram proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico em ordem crescente: Nordeste, Centro Oeste, Norte, Sudeste e Sul com as proporções respectivas: 8,8%, 8,9%, 9,7%, 14,6% e 15,5% (DATASUS, 2021).

Ao analisar as taxas de detecção e proporções de grau 2 de incapacidade física das Regiões do Brasil é possível perceber que as regiões do país mais endêmicas, com taxas de detecção consideravelmente altas ou muito alta, Nordeste, Norte e Centro Oeste apresentaram menores proporções de grau 2 de incapacidade física (GIF2) no diagnóstico. Todavia, as Regiões Sul e Sudeste, que apresentaram as menores taxas de detecção, também apresentaram as maiores proporções de GIF2. Esse comportamento sugere um diagnóstico tardio nessas regiões aparentemente menos endêmicas e possivelmente uma prevalência oculta da carga da doença, dificultando o tratamento e, conseqüentemente, acarretando incapacidades físicas mais severas e irreversíveis às pessoas acometidas pela doença.

Do ponto de vista epidemiológico, avaliar a proporção de GIF2 no diagnóstico permite monitorar a extensão das endemias, a prevalência oculta e a manutenção da cadeia de transmissão, reflete também a qualidade dos serviços de saúde (RATHOD, 2020).

A alta taxa de GIF2 pode significar que o serviço está apenas desenvolvendo ações sobre o estoque de casos diagnosticados tardiamente e a ocorrência de fragilidades na detecção precoce dos casos (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A avaliação de indicadores e o cumprimento de metas de redução da prevalência da hanseníase envolve dimensões que ultrapassam a abordagem clínica da doença, havendo a necessidade de uma análise mais profunda do adoecer em hanseníase, em todo seu contexto cultural, socioeconômico e político, com a complexidade humana e suas representações sociais a respeito da doença. Assim, o controle da endemia não depende unicamente da expansão da cobertura assistencial e a conseqüente descentralização das ações de controle da doença para equipes de atenção primária, mas implica o equacionamento de outras questões, como por exemplo: a constante capacitação das equipes de saúde, fornecer o diagnóstico precoce, combater estigmas e preconceitos que envolvem a doença, investir no fortalecimento de ações em vigilância em saúde, que permeiam o processo de saúde/doença.

Não foram encontrados estudos científicos sobre o perfil da hanseníase no município de Niterói, RJ. O estudo de Jardim *et al.* (2020), avaliou a produção científica sobre hanseníase entre os anos de 2000 até 2019, através da publicação de artigos científicos indexados na base de dados científica Web of Science. Foram encontradas 376 publicações, apesar de não apresentar um crescimento ininterrupto, o número de estudos que tratam da temática hanseníase foi ascendente, destacando a relevância do tema.

A maioria das áreas pesquisadas estão associadas a aspectos clínicos e ao diagnóstico da doença, entretanto a Antropologia, as Ciências Sociais e as políticas de saúde não aparecem, mesmo a hanseníase constituindo-se como uma doença que gera repercussões sociais significativas. Uma hipótese para esse resultado é a predominância do ponto de vista biomédico da atenção ao agravo, minimizando as implicações dos determinantes sociais em saúde apesar da hanseníase envolver aspectos estruturais de ordem social, legal, e interpessoal, considerados imprescindíveis no processo de cuidado (JARDIM *et al.*, 2020).

Segundo Silva *et al.* (2020), em sua análise de revisão integrativa a respeito da produção científica de características sociodemográficas e clínicas da hanseníase no Brasil, entre os anos de 2015 a 2020, a maioria dos estudos foi desenvolvido na Região Nordeste do país (n=10), especialmente, no Piauí (n=1), Bahia (n=3), Maranhão (n=2), Alagoas (n=1), Paraíba (n=1), Ceará (n=1) e Pernambuco (n=1). A Região Sudeste contabilizou três estudos, Minas Gerais (n=1), São Paulo (n=1) e Rio de Janeiro (n=1). Um artigo foi realizado na Região Sul, em Santa Catarina. Não foi encontrado nenhum estudo das Regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil.

## 2 CAMINHOS PARA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS QUE PERMEIAM O ADOECER EM HANSENÍASE

### 2.1 ENTENDENDO A HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença curável que possui tratamento, em junho de 2021 o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 16 que faz uma alteração no tratamento da hanseníase paucibacilar. Anterior a isto, o tratamento preconizado de poliquimioterapia (PQT) era realizada com a combinação dos seguintes antimicrobianos: casos paucibacilares (PB) – esquema PQT-PB composto por rifampicina + dapsona, por seis meses e casos multibacilares (MB) - esquema PQT-MB composto por rifampicina + dapsona + clofazimina por doze meses. A partir desta nota técnica, ficou estabelecido que todo paciente diagnosticado com hanseníase a partir de 1 de julho de 2021 realizará o tratamento denominado Poliquimioterapia Única (PQT-U) - associação rifampicina + dapsona + clofazimina para todos os casos paucibacilares ou multibacilares, diferenciando apenas no período de tratamento, casos PB tratar por seis meses e MB por doze meses. Ou seja, a mudança ocorreu na implementação da clofazimina no tratamento de casos paucibacilares, unificando assim o tratamento entre casos PB e MB.

A hanseníase é classificada: segundo a forma clínica: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchoviana; e segundo a classificação operacional: Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB). Neste sentido, para fins operacionais para a determinação do tratamento, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; c2016), a pessoa acometida pela hanseníase é classificada como um caso Paucibacilar, quando apresentar até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível este exame ou Multibacilar, quando apresentar mais de 5 lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva (BRASIL, 2017).

A hanseníase possui múltiplas apresentações de sinais clínicos, entretanto, alguns pacientes não apresentam lesões tão visíveis na pele, podendo apresentar a hanseníase puramente neural, quando se apresentam sintomas apenas em nervos, é chamado hanseníase primariamente neural. Nestes casos, lesões de pele podem surgir também após o início do tratamento (BRASIL, 2017).

Nestes casos, com ausência de lesões cutâneas, o diagnóstico diferencial deverá ser direcionado para as doenças que causam mononeuropatia, mononeuropatia múltipla ou polineuropatias, quando o paciente apresenta somente neuropatia. A forma da Hanseníase neural pura (HNP) apresenta prevalência de 5% a 18% de todos os casos de hanseníase e as manifestações neuríticas, principalmente com parestesia, são comuns, podendo preceder, por muitos meses, as lesões cutâneas (PIRES *et al.*, 2020).

A presença da neuropatia periférica na ausência de lesões cutâneas atuais ou progressas e baciloscopia negativa em esfregaço de pele, em alguns diagnósticos iniciais, podem evoluir para o diagnóstico de alguma forma clínica clássica do espectro da hanseníase, após novo exame dermatológico, no qual se identifiquem lesões cutâneas discretas não existentes ou não visualizadas anteriormente (PIRES *et al.*, 2020).

A neuropatia da hanseníase é primariamente desmielinizante, mas frequentemente leva a perda axonal durante sua evolução. A predileção bacilar pela célula de Schwann é bem conhecida com envolvimento tanto de fibras pouco mielinizadas (fibras finas) quanto de fibras com grossa camada de mielina (fibras grossas). O comprometimento parece predominar, pelo menos no começo, com acometimento de fibras finas que, por terem fina camada de mielina, são comprometidas antes das fibras grossas. Em virtude das fibras finas estarem relacionadas à sensibilidade à dor e sensação térmica, a alteração destas costuma ser a principal manifestação neurológica. Os bacilos crescem melhor em áreas com temperaturas mais baixas, tanto na pele como nos nervos. Assim, os nervos mais superficiais como nos cotovelos, punhos, joelhos ou tornozelos são mais acometidos enquanto as regiões da pele mais envolvidas são as dos lóbulos da orelha, cotovelos e joelhos, que são áreas onde manchas de pele são rotineiramente visualizadas (PIRES *et al.*, 2020).

Algumas complicações são déficits neurológicos graves, que podem causar ulcerações (mal perfurante), juntamente com hiperkeratose palmar e plantar; infecções secundárias e osteomielite (complicações comuns). Os defeitos motores e sensitivos possam progredir rapidamente, ou gradualmente e inicialmente sem qualquer dor neuropática (neurite silenciosa) (PIRES *et al.*, 2020).

É importante compreender o diagnóstico da Hanseníase e saber identificar as diferentes classificações clínicas da doença, que são apresentadas a seguir:

- Hanseníase Indeterminada (paucibacilar)

Geralmente o paciente apresenta uma lesão única, hipocrômica, sem bordas definidas ou alteração de relevo, há perda de sensibilidade (hipoestesia ou anestesia) térmica e/ou dolorosa na lesão, porém a sensibilidade tátil se mantém preservada. A prova de histamina na lesão é incompleta, a biópsia de pele frequentemente não confirma o diagnóstico e a baciloscopia é negativa. Esta forma clínica é encontrada em estágio inicial da doença, geralmente afeta crianças menores de 10 anos, raramente adolescentes e adultos que foram contactantes de caso multibacilar não tratado (BRASIL, 2017).

- Hanseníase tuberculóide (paucibacilar)

Nesta forma clínica, o sistema imunológico do hospedeiro ainda é capaz de destruir os bacilos e eliminar a doença, entretanto, seu período de incubação dura em cerca de 5 anos, pode atingir até mesmo crianças de colo, onde a lesão de pele se apresenta como um nódulo totalmente anestésico na face ou tronco. Também pode ocorrer em crianças maiores e adolescente, com menos frequência em adultos. Manifesta-se por uma placa (mancha elevada em relação à pele adjacente) totalmente

anestésica ou por placa com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro (forma de anel ou círculo). Com menor frequência, pode se apresentar como um único nervo espessado com perda total de sensibilidade no seu território de inervação. Nesses casos, a baciloscopia é negativa e a biópsia de pele quase sempre não demonstra bacilos, e nem confirma sozinha o diagnóstico. Sempre há perda total de sensibilidade, associada ou não à alteração de função motora, porém de forma localizada (BRASIL, 2017).

- Hanseníase dimorfa (multibacilar)

Esta forma ocorre em mais de 70% dos casos, possui um longo período de incubação, cerca de 10 anos ou mais, caracteriza-se, geralmente, por mostrar várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculóide, porém a borda externa é esmaecida (pouco definida). Há perda parcial a total da sensibilidade, com diminuição de funções autonômicas (sudorese e vasorreflexia à histamina). É comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos, as vezes visíveis ao exame clínico. A baciloscopia da borda infiltrada das lesões é frequentemente positiva, exceto em casos raros em que a doença está confinada aos nervos (BRASIL, 2017).

- Hanseníase virchowiana (multibacilar)

É a forma mais contagiosa da doença, inicialmente, o paciente não apresenta manchas visíveis, sua a pele apresenta-se avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros apresentam-se dilatados (aspecto de “casca de laranja”), poupando geralmente couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar (áreas quentes). Na evolução da doença, é comum aparecerem caroços (pápulas e nódulos) escuros, endurecidos e assintomáticos (hansenomas). Quando a doença se encontra em estágio mais avançado, pode haver perda parcial a total das sobrancelhas (madarose) e também dos cílios, além de outros pelos, exceto os do couro cabeludo. A face costuma ser lisa (sem rugas) devido a infiltração, o nariz é congesto, os pés e mãos arroxeados e edemaciados, a pele e os olhos secos. O suor está diminuído ou ausente de forma generalizada, porém é mais intenso nas áreas ainda poupadas pela doença, como o couro cabeludo e as axilas (BRASIL, 2017).

Frequentemente o paciente apresenta queixas de câimbras e formigamentos nas mãos e pés, que entretanto se apresentam visualmente normais. Dor articular também são comuns e, frequentemente, o paciente tem o diagnóstico clínico e laboratorial equivocado de “reumatismo” (artralgias ou artrites), “problemas de circulação ou de coluna”. Os exames reumatológicos frequentemente resultam positivos, como FAN, FR, assim como exame para sífilis (VDRL). É importante ter atenção aos casos de pacientes jovens com hanseníase virchowiana que manifestam dor testicular devido a orquites. Em idosos do sexo masculino, é comum haver comprometimento dos testículos, levando à azospermia (infertilidade), ginecomastia (crescimento das mamas) e impotência. Os nervos periféricos e seus ramos superficiais estão simetricamente espessados, o que dificulta a comparação. Por isso, é importante avaliar e buscar alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil

no território desses nervos (facial, ulnar, fibular, tibial), e em áreas frias do corpo, como cotovelos, joelhos, nádegas e pernas. Na hanseníase virchowiana o diagnóstico pode ser confirmado facilmente pela baciloscopia dos lóbulos das orelhas e cotovelos (BRASIL, 2017).

Através do Protocolo de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), é possível quantificar o grau de incapacidade física (GIF) ocasionada pela doença no paciente, o grau de incapacidade pode ocorrer entre 0, 1 e 2, para fins epidemiológicos, neste instrumento serão avaliadas e consideradas incapacidades somente lesões em mãos, pés e olhos, sendo GIF0 – nenhuma comprometimento neural, GIF1 – diminuição ou perda de sensibilidade em olhos, mãos ou pés e GIF2 – quando há incapacidades e deformidades irreversíveis.

Doença que se não tratada corretamente, pode apresentar sérias complicações, tais como as úlceras plantares e que podem evoluir para incapacidades físicas que estão associadas a situações mais graves como as amputações (VELÔSO *et al.*, 2018).

Compreende-se que as pessoas diagnosticadas com hanseníase com grau 2 de incapacidade física, tiveram diagnósticos tardios, essas deficiências físicas adquiridas são consideradas as principais causas de estigma e isolamento social e representam forte impacto econômico e psicológico na vida das pessoas atingidas (HESPANHOL *et al.*, 2021).

No estudo de Hespanhol *et al.* (2021), os sinais e sintomas da hanseníase foram identificados pelas pessoas afetadas através da percepção das alterações funcionais e estéticas no corpo, antes da descoberta diagnóstica. Foram citados manchas, caroços e áreas hipoestésicas na pele; dormência, fraqueza muscular e dor tipo choque em membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), com comprometimentos das atividades de vida diária (AVD) e laborais devido a sinais de mão e pés em garra, pés caídos e mal perfurante plantar. Os diagnósticos iniciais que essas pessoas receberam antes de descobrirem a hanseníase foram: alergia crônica, problemas de coluna, infecções fúngicas, cujos tratamentos para essas doenças não foram eficazes para Hanseníase.

O tempo de acesso ao diagnóstico e tratamento são fatores determinantes na instalação das deficiências causadas pela hanseníase, além de aumentar o risco da possibilidade de transmissão. As incapacidades refletem diretamente na capacidade diagnóstica e cuidados em saúde, o que ressalta a negligência das necessidades em saúde da população, contribuindo para manutenção da doença e de estigmas (HESPANHOL *et al.*, 2021).

Carneiro *et al.* (2017) evidenciaram a trajetória de pessoas afetadas pela hanseníase na busca de diagnóstico para suas enfermidades e resultou em um árduo caminho para descoberta de diagnóstico correto. Em média, as pessoas levaram três anos para conseguirem serem descobertas com hanseníase, antes disso, sofreram com diagnósticos e tratamentos incorretos, bem como com a busca de diversos profissionais, realização de exames desnecessários e altos gastos financeiros, até mesmo com a medicina particular.

As trajetórias dos casos de diagnósticos tardios de hanseníase também foram relatadas no estudo de Laurindo *et al.* (2018), onde os usuários buscaram mais de uma vez por consultas e passaram mais de uma vez por diferentes profissionais de saúde, além da demora para agendamento de consulta após o surgimento dos primeiros sinais clínicos.

## 2.2 OLHARES PARA ALÉM DA DOENÇA E DOS NÚMEROS

Entre as décadas de 1920 e 1960, o cenário brasileiro para as pessoas que adoeciam em virtude da hanseníase foi marcado por internações compulsórias e isolamento. O isolamento era a medida de controle da doença, foi uma ação profilática generalizada, legitimada sob tutela do Estado por uma elite comprometida com ideais totalitários, higienistas e eugenistas, tinha caráter policial e realizava-se de forma compulsória pelos agentes de saúde. Os portadores de hanseníase eram levados de camburão para unidades ditas de tratamento, os leprosários/ colônias/ sanatórios, onde não era mais permitido sair desses espaços (DUCATTI *et al.*, 2017).

Foram testados diversos tipos de tratamentos por décadas, sem efeito e, apenas na década de 1970 foi descoberta associação dos três medicamentos que compõem a poliquimioterapia utilizada até os dias atuais, capazes de curar da enfermidade (DUCATTI *et al.*, 2017).

Apenas na década de 1980 que houve uma mudança na política de combate à lepra, com a desativação das colônias das pessoas com hanseníase e, conseqüentemente, com a campanha de reintegração dos doentes às suas famílias, aliada ao tratamento ambulatorial da doença (PASSOS *et al.*, 2020).

A repercussão psicológica ocasionada pelas sequelas físicas da doença, contribui para a diminuição da autoestima e para a autoss segregação do paciente. Segundo Leite *et al.* (2015), preconceitos e estigmas ainda representam entraves ao enfrentamento dessa enfermidade, que envolve também lidar com a autoimagem e corporeidade. Estes preconceitos e estigmas implicam em perdas aos acometidos pela doença, não só em termos físicos, mas também psicológicos, que interferem na história dos indivíduos, levando inclusive, a um processo de auto estigmatização e de enclausuramento social.

A complexidade social relacionada ao adoecer em hanseníase é impregnada pela historicidade da doença e por suas representações sociais, ou seja, as informações e saberes construídos pelo senso comum, acabam por orientar as condutas dos sujeitos em busca por tratamento tradicional, holístico ou até mesmo ignorar alguma forma de tratamento. As representações estão na base das escolhas realizadas pelos doentes e seus familiares no que diz respeito à terapêutica e demais práticas que envolvem a doença, de forma que cada opção se vincula às interpretações da doença e à maneira como indivíduos constroem o sentido para suas experiências a partir do repertório simbólico de sua sociedade (LINS, 2010. *apud* RAYNAUT, 2001).

O medo em relação ao contágio da hanseníase tem como base os vários mitos construídos sobre a doença ao longo da história da humanidade e que, ainda nos dias atuais, contribuem para que a sociedade adote atitudes discriminatórias contra as pessoas afetadas e suas famílias. Além disso, as consequências se agravam ainda mais quando as alterações corporais da pessoa com hanseníase tornam-se visíveis ao olhar do outro, a visão negativa do próprio “eu” impacta diretamente na construção da identidade do grupo ao qual se pertence e estabelece-se uma divisão entre os considerados saudáveis e os considerados doentes (PASSOS *et al.*, 2020).

O estudo realizado por Marinho *et al.* (2018), sobre representações sociais da hanseníase, refere falas inflamadas por preconceitos, falta de conhecimento a respeito da doença e a uma imagem bastante negativa do adoecer. Os participantes fazem comparações e julgam que a hanseníase seja uma doença pior do que câncer ou aids, a rotulam como doença terrível, grave e que deixa sequelas, também relata sobre o desconhecimento da forma de contágio, atribuindo a infecção ao contato com a terra, fezes ou urina de animais, andar descalço, dentre outros fatores.

O estudo de Lins (2010) evidencia práticas de isolamento e segregação social dos doentes e relata o desconhecimento sobre sinais, sintomas, a forma de transmissão e contágio da doença, novamente atribuindo este ao contato com a terra, eliminações vesico-intestinais de animais, objetos usados por um portador de hanseníase, dentre outros. O estudo também destaca casos em que a lepra é interpretada como se fosse uma doença diferente da hanseníase, um “feitiço”, implicando na recusa do tratamento tradicional com PQT, ou um “mal que sobreveio para castigar às más condutas humanas” sem chances para tratamento. As manchas eram tratadas como micoses e dermatites, com remédios caseiros ou farmacêuticos, evidenciando ainda a dificuldade de diagnóstico e a percepção do estar doente em hanseníase.

Tais estudos evidenciam a carga cultural estigmatizadora inerente à doença em suas representações sociais, o que dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da enfermidade, enfatizando a necessidade da promoção de educação em saúde, a fim de reorientar as práticas sociais.

Estigma e preconceito acompanham a história da hanseníase ao longo do tempo, demandando dos serviços de saúde, ações de mobilização social, visando definir orientações para diminuir a falta de informação a respeito da doença e reorientar as práticas em saúde que se adequem ao tratamento efetivo.

Observa-se nos últimos anos que a hanseníase vem se relacionando ainda mais com a desigualdade social, agravada pela crise econômica enfrentada pelo país. A doença vem acometendo cada vez mais populações em situação de vulnerabilidade social, um grande contrassenso, considerando que a doença não escolhe raça, faixa etária ou classe social, contudo, está intimamente relacionada com má nutrição, grau de escolaridade e condições precárias de moradia (MONTEIRO *et al.*, 2017).

As principais formas de vulnerabilidade enfrentadas pelas pessoas acometidas pela hanseníase são a vulnerabilidade socioeconômica, programática, nutricional, biológica e psicológica (JESUS *et al.*, 2021).

Vulnerabilidade Socioeconômica: referente ao perfil socioeconômico de baixa escolaridade e baixa renda das pessoas acometidas pela hanseníase; Programática: refere-se a recursos sociais necessários, efetivos e democráticos, para que as pessoas de fato tenham condições de prevenir doenças ou suas complicações, e a relevância designada ao problema no âmbito de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação das ações voltadas para controle da doença; Nutricional: refere-se ao poder aquisitivo de uma alimentação que contribua para o tratamento da doença e a qualidade de vida do portador; Biológica: referente a necessidade de maior atenção pela existência de outras comorbidades, da possibilidade de incapacidades físicas se tornarem presentes e falta de segurança dos profissionais da saúde para diagnóstico; Psicológica: refere-se ao sentimento de tristeza, medo e conflitos experienciados por quem se percebe com hanseníase, o que em muitos casos acarreta ansiedade e depressão (JESUS *et al.*, 2021).

## 2.3 VIGILÂNCIA EM HANSENÍASE

Epidemiologia é uma ciência que se desenvolve dentro do âmbito das formações sociais para entender as circunstâncias naturais da saúde-doença. O entendimento da hanseníase como fenômeno deve ser explicado pela história natural, análise de agentes sociais como condições sanitárias, habitação, educação sanitária, contexto social, econômico, cultural, psicológico e político (DUCATTI *et al.* 2017).

As questões relativas às técnicas profiláticas, que são objetos das ciências naturais, nos servem como parâmetro para entendermos o desenvolvimento epidemiológico da hanseníase, uma vez que a totalidade do processo dessa doença é revelador de como forças diversas atuam em relação a uma determinada problemática social (DUCATTI *et al.* 2017).

A vigilância epidemiológica envolve a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A produção e a divulgação das informações subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas (BRASIL,2016).

A análise epidemiológica compõe o rol de ações utilizadas para controle da doença, sendo fundamental para identificar diferentes padrões de ocorrência da hanseníase, como áreas de maior vulnerabilidade e fragilidades na vigilância da endemia. Por exemplo, a ocorrência de aumento dos diagnósticos em menores de 15 anos indica focos de transmissão ativa, que é um importante sinalizador de monitoramento da endemia. Enquanto o acréscimo dos casos novos com deformidades visíveis informa prováveis diagnósticos tardios e tratamentos inadequados, os quais permitiram a

evolução da doença e, por consequência, a instalação das incapacidades físicas estigmatizantes (BERNARDES, 2021).

A vigilância de contatos é considerada uma das medidas mais eficazes e de menor custo para o diagnóstico e controle da hanseníase, garantindo cobertura e qualidade adequadas no serviço. Tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada, com o caso novo de hanseníase diagnosticado (BRASIL, 2016).

Para o Ministério da Saúde deve-se considerar dois tipos de contatos, contato domiciliar e contato social. Contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase, independentemente da classificação operacional e tempo de convívio; e contato social, qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada, incluindo vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, que também devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência (BRASIL, 2016).

Os contatos domiciliares de pacientes com hanseníase apresentaram risco maior de adoecimento, assim como o grau de parentesco e a consanguinidade também são fatores de risco principalmente entre parentes de primeiro grau. A busca ativa por meio da pesquisa de contato domiciliar e o exame dermatoneurológico é o principal método de detecção de hanseníase entre os contatos (SANTOS *et al.*, 2019).

As campanhas para detecção de casos novos de hanseníase devem ser vistas como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho e que agrega grandes contribuições para melhoria dos coeficientes da doença, a busca ativa de casos novos é de extrema importância para o diagnóstico precoce da doença (SOUSA *et al.*, 2017).

Estudos apontam que a principal estratégia para redução da carga em hanseníase e alcance do controle da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional se dá necessariamente pela vigilância e abordagem qualificada de contatos de casos de hanseníase. Os casos diagnosticados por vigilância de contatos são encontrados mais precocemente, resultando em apresentações clínicas menos graves, menores níveis de incapacidade, menores índices bacterianos e menor prevalência de reação da doença, indicando que a vigilância ativa é especialmente importante em áreas de alta endemicidade, como o Brasil (SANTOS *et al.*, 2019).

Uma das ações de vigilância e controle da hanseníase é a avaliação da cicatriz vacinal de BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) do contato examinado. Caso o contato seja comprovadamente assintomático através do exame dermatoneurológico, o mesmo deverá ser encaminhado para realizar a profilaxia com o reforço vacinal de BCG (BRASIL, 2016). Os critérios para o reforço vacinal com a BCG para os contatos prolongados de portadores da hanseníase são: para crianças menores de 1 ano de idade - não vacinados: administrar 1 (uma) dose de BCG; comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: não administrar outra dose de BCG; Comprovadamente vacinados que não apresentem cicatriz vacinal: administrar 1 (uma) dose de BCG 6 (seis) meses após a última dose;

para contatos maiores de 1 ano de idade: sem cicatriz: administrar 1 (uma) dose; Vacinados com 1 (uma) dose: administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior; Vacinados com 2 (duas) doses: não administrar outra dose de BCG (BRASIL, 2020b).

Segundo Santos *et al.* (2019), os contatos domiciliares sem cicatriz de BCG apresentaram risco 3,7 vezes maior de desenvolver hanseníase quando comparado aos contatos com uma ou mais cicatrizes, afirma que a vacinação BCG é importante na prática clínica e epidemiológica e que a manutenção da dose adicional de BCG em contatos é uma importante estratégia para os programas de controle da hanseníase, visando proteção dos contatos, principalmente, contra formas multibacilares.

Ferreira *et al.* (2020), considerou em seu estudo a eficácia na proteção ao contato prolongado de hanseníase que realizou alguma dose da vacina BCG.

O controle está baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno e assim a cura. Ao iniciar o tratamento com a poliquimioterapia o paciente deixa de ser um agente transmissor da doença, ocorrendo assim, a quebra da cadeia de transmissão, e o diagnóstico precoce junto ao tratamento pode evitar sequelas. O período de incubação pode durar de 2 a 7 anos, algumas literaturas já referiram 10 anos (BRASIL, 2016).

De notificação é um documento de extrema importância para reconhecimento e acompanhamento dos casos, apenas através dela é possível adquirir as medicações para o tratamento. O esquema básico de tratamento da hanseníase é concedido através de doação humanitária pela OMS aos países que possuem casos e notificam a hanseníase, não sendo possível a comercialização dos remédios (NOTA TÉCNICA 16/2021).

A hanseníase é uma das principais causas de neuropatia periférica e incapacidade funcional no mundo. O termo incapacidade está associado a qualquer impedimento, limitação de atividade ou restrição que afete a pessoa acometida pela hanseníase. Por sua vez, no momento do diagnóstico de um novo caso de hanseníase deve-se avaliar o grau de incapacidade física (GIF) do paciente e se inserir tal avaliação na notificação. O GIF varia em uma escala de 0 a 2, onde o grau 0 significa que nenhuma incapacidade foi encontrada, grau 1- presença de alguma incapacidade e grau 2 – incapacidade visível e irreversível. A incapacidade ocasiona danos físicos e psicossociais, tendo-se em vista que as sequelas podem ser desfigurantes e mutilantes, afetando principalmente pessoas em idade ativa para desenvolvimentos laborais. Além disso, a existência de pessoas com sequelas contribui para manter o medo, alimentar o preconceito e o estigma da doença (SILVA *et al.*, 2018, *apud* PALMEIRA, 2013).

A persistência do alto número de pessoas diagnosticadas com algum grau de incapacidade física indica que a detecção da hanseníase ainda é realizada tardiamente. Isso sugere a necessidade de otimização do sistema de saúde, de modo a priorizar ações de educação em saúde, exames de contatos e busca ativa tanto para diagnosticar novos casos como para resgatar os pacientes que abandonaram o tratamento (PASSOS *et al.*, 2020).

Sabe-se que os desafios para cumprir as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase são de ordens diversas — socioeconômicos, políticos, administrativos e técnicos. No entanto, reitera-se a importância da ampliação das estratégias de monitoramento em distintos espaços geográficos. Acredita-se que o rastreamento de contatos sociais e vizinhos, a intensificação da busca ativa e a realização de campanhas educativas, inquéritos escolares e análise do território contribuam fortemente para o diagnóstico precoce da hanseníase e consequente redução das incapacidades físicas (RIBEIRO, 2021).

Para intensificar as estratégias de intervenção e controle da hanseníase em determinadas zonas geográficas, a análise espacial tem sido usada por meio da identificação da distribuição da doença nos âmbitos nacional, regional e local. sistemas de informações geográficas e análise espacial tornaram-se ferramentas importantes para a epidemiologia, ajudando no entendimento sobre a dinâmica de transmissão de várias doenças. Esses resultados podem ser utilizados como guias para elaboração de programas de controle da hanseníase com o intuito de direcionar a intervenção para áreas de alto risco. Assim, conhecer os padrões espaciais e temporais da doença nos municípios desses Estados é fundamental para fornecer subsídios para o planejamento das ações de vigilância e o controle da doença (FREITAS *et al.*, 2017).

No Brasil, o desafio para redução da prevalência da hanseníase, tem se fundamentado na descentralização para os serviços de atenção básica, com uma proposta de ampliação da rede de diagnóstico e atenção ao paciente, suas complicações e sequelas, além da reinserção social de pessoas que foram internadas e isoladas compulsoriamente em hospitais colônias, devendo ser oferecida em toda rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios de equidade e integralidade (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada na rede de atenção à hanseníase, a APS oferta os serviços e ordena o cuidado a fim de detectar, precocemente, a doença, favorecer o acesso do usuário, reduzir o estigma e garantir a integralidade da assistência. O desafio da descentralização (ou integração) das ações de controle da hanseníase (ACH) na APS é uma realidade no Brasil e no mundo (CORRÊA *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2021).

Entende-se por descentralização a estruturação dos serviços de saúde de acordo com os níveis de administração pública, com ênfase na esfera local (SANTOS; MELO, 2019).

O Brasil assume a descentralização das ACH como a atenção prestada pelas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) na esfera municipal. A descentralização fortalece a política de controle da doença, ao facilitar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de APS promoveu o redirecionamento das prioridades em saúde para o controle da hanseníase. Além da implantação da poliquimioterapia, a descentralização administrativa e de controle do Programa foi realizada à medida que passou a integrar as políticas relacionadas à atenção básica em saúde. Estrategicamente, o Plano

Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) de 2009 enfatiza os eixos estruturantes: 1) vigilância epidemiológica; 2) gestão com foco na descentralização, no planejamento, no monitoramento e na avaliação; 3) atenção integral; 4) comunicação e educação e; 5) desenvolvimento de pesquisas (LEAL *et al.*, 2017).

O processo de descentralização é fundamental na consolidação do SUS, sendo um de seus princípios organizativos, porém não garante por si só, melhorias no sistema de saúde. Não se pode afirmar que a descentralização das ações do PNCH do nível federal para estados e municípios, e destes para as unidades básicas de saúde, seja a melhor estratégia para o controle da doença, porém, estudos revelam que esse processo vem contribuindo para o aumento da capacidade de diagnóstico, expresso pelo incremento no número de casos diagnosticados, em diferentes períodos da política de descentralização do PNCH. Tais resultados são atribuídos a algumas das estratégias de fortalecimento das ações de controle da hanseníase para a rede básica de saúde, com destaque para apoio técnico e operacional e promoção de atividades de educação permanente (LEAL *et al.*, 2017).

A perspectiva de eliminar a doença definitivamente do país não é uma realidade, visto que a demanda é complexa e diversa (devido a fatores sociais, culturais, econômicos, estrutural). A taxa de prevalência é um indicador que avalia a magnitude da endemia em uma região, no âmbito nacional, estadual ou municipal. Seu cálculo se relaciona com o número de pessoas em tratamento, os casos novos diagnosticados, a população adscrita da região avaliada nos anos de avaliação. A magnitude e o alto poder incapacitante mantêm a doença como problema de saúde pública. O conhecimento situacional do território é importante para planejamento de ações e tomada de decisões para enfrentamento e controle da hanseníase, neste sentido, alguns estudos identificaram perfis de populações que adoecem em hanseníase pelo Brasil.

A maior suscetibilidade ao contágio pela hanseníase possui uma relação estreita com os fatores de cunho socioeconômico, na medida em que a doença atinge, em maior proporção, as camadas populacionais que apresentam menor grau de escolaridade e que possuem dificuldade de acesso à saúde e à assistência social e sanitária. Afeta principalmente as populações dos países em desenvolvimento, o que pode ser ilustrado pelo fato de que a Índia, o Brasil e a Indonésia respondem por 81% das detecções globais (PASSOS *et al.*, 2020)

O aumento da idade, condições sanitárias e socioeconômicas precárias, menor nível de escolaridade e insegurança alimentar tem sido documentados como marcadores de risco para hanseníase (SILVA *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020), relata em sua revisão integrativa 21 estudos analisados, dentre eles, 10 foram realizados na região Nordeste do Brasil e apenas um no Rio de Janeiro (RJ). Os estudos apresentaram um perfil com prevalência do sexo masculino, apenas no Estado de Minas Gerais (MG) ocorreu o contrário, cuja prevalência maior foi do sexo feminino, entretanto, o bacilo não tem predileção entre sexo. Faixa etária das pessoas que adoeceram esteve entre 40 e 60 anos de idade.

Outras variáveis mais presentes nos estudos foram: baixa escolaridade (de zero a sete anos de estudo), baixa renda (de 0 a 2 salários mínimos), residência em zona urbana e cor parda.

Laurindo *et al.* (2018), também identificou alguns estudos com achados da população mais acometida pela hanseníase, que encontra-se entre as faixas etárias entre 46 a 64 anos, 37 a 59 anos e 45 a 60 anos de idade, convergentes com o estudo de Silva *et al.* (2020), sugerindo maior acometimento da população ao final da fase adulta.

A respeito das características clínicas, ainda segundo Silva *et al.* (2020), o cenário revelou o predomínio da classificação Multibacilar e a forma clínica variou entre Dimorfa e Vichorwiana. A maioria dos estudos apresentaram grau zero de incapacidade física, a baciloscopia não é muito utilizada e na maioria dos casos foi utilizado tratamento poliquimioterapia multibacilar inicialmente. A maioria dos casos são detectados quando estão na fase multibacilar, e muitas vezes, já com comprometimento nervoso.

Associada a condições precárias de vida, a distribuição da enfermidade nas regiões brasileiras reflete o grau de desenvolvimento e as condições de vida da população nessas áreas geográficas. Os cometidos pela hanseníase constituem um grupo populacional que vive nas camadas mais pobres da sociedade, cuja maioria se encontra em situação de precariedade, de baixa escolaridade e em idade economicamente ativa, residindo com 4 pessoas ou mais em área urbana e na população parda. No seu dia a dia convivem com o estigma, o preconceito e a discriminação. A enfermidade se caracteriza como uma das doenças negligenciadas que tem, como características comuns, a endemicidade elevada nas áreas rurais e urbanas menos favorecidas de países em desenvolvimento, a escassez de interesse para desenvolvimento de tecnologias para o seu enfrentamento como, por exemplo, pesquisas para produção de novos fármacos (JESUS *et al.*, 2021).

A hanseníase, enquanto condição crônica, possui uma demanda complexa que envolve os determinantes sociais, que necessita de uma rede integrada e articulada, a fim de estabelecer uma organização que favoreça o acesso oportuno da população e ações de educação em saúde para redução do preconceito e estigma associado à doença.

## 2.4 O MUNICÍPIO DE NITERÓI E O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA

Niterói é uma cidade, localizada no Estado do Rio de Janeiro, na região Metropolitana II, segundo o IBGE, possui um território de 133,757 km<sup>2</sup>, população estimada no ano de 2020 de 515.317 habitantes. Em 2006 o município atingiu a meta de eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública, atingindo o marco da taxa de prevalência de 0,20/10mil habitantes. Nos últimos três anos foram notificados 16 casos em 2018, 17 casos em 2019 e 9 casos em 2020 (SINAN, 2020).

O Programa Médico de Família (PMF) foi implementado no município de Niterói em 1992, com a criação do primeiro Módulo de medicina familiar, este modelo assistencial de saúde foi

inspirado na experiência cubana de medicina de família centrada na organização de trabalho multiprofissional. Esta reformulação ocorreu a partir dos processos de discussão de reformulação do sistema de saúde no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo promove uma parceria com as associações de moradores das comunidades cobertas pelo programa para cogestão das unidades (SOUZA, 2015).

O Programa Médico de Família de Niterói vai inovar enquanto modelo, detém a lógica de organização do serviço, que deixa de trabalhar como mero receptor de demandas para se organizar em estratégias de busca ativa, de responsabilidade sanitária. (HÜBNER *et al.*, 2007).

Para implantação do PMF, foram considerados alguns requisitos básicos como critérios: bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda, não contemplados pelo poder público local com equipamentos sociais; conjunto populacional definido, com perfil socioeconômico semelhante, com vistas à adscrição da clientela ao serviço; organização comunitária com vínculos locais para cogestão do modelo. Os profissionais do PMF (coordenadores, supervisores, médicos e auxiliares de enfermagem) são contratados através do contrato de co-gestão que se estabelece entre poder público e sociedade civil organizada; os módulos (serviços de saúde do programa) são divididos em microáreas (setores), cada setor abrange em média 1.200 pessoas. Um módulo deverá ter tantos setores quantos forem necessários para cobrir toda a população da área. A área geográfica de abrangência de cada setor deve permitir o acesso da equipe básica (médico e auxiliar) a todos os domicílios do setor, e das pessoas ao Módulo, sem o uso de meios de transporte; todas as famílias do local deverão ser cadastradas (Cadastro Familiar). Somente depois de cadastrada e conhecido o perfil socioeconômico, ambiental, e as principais patologias referidas pela comunidade, é que se iniciam os trabalhos nos módulos; As ações da equipe básica de saúde serão executadas no interior dos módulos, nas residências, na rede de referência de saúde do município, quando necessário, e/ ou nos equipamentos sociais da comunidade. Os profissionais deverão dividir sua carga horária entre os trabalhos de consultório (20h) e de campo (20h). Cada equipe fará agendamento prévio das famílias inscritas para atendimento ambulatorial e domiciliar, progressiva e continuamente, até que seu universo populacional seja todo abrangido (HÜBNER *et al.*, 2007).

O modelo de trabalho do PMF traz a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT) composto por um coordenador elo entre a equipe e Secretarias de Saúde), uma equipe de supervisores (composta por clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e psiquiatra ou psicólogo; cada supervisor visita semanalmente os módulos e fazem interconsultas, realizam treinamento em serviço, avalia desempenho das equipes e implementar protocolos de trabalho- cada supervisor é responsável por até 20 equipes básicas), que darão apoio técnico e metodológico à equipe básica, constituída de médicos generalistas e auxiliares de enfermagem (HÜBNER *et al.*, 2007).

O Município é composto por 52 bairros, divididos entre 5 regiões de planejamento para fins administrativos e técnicos: Praias da Baía - Boa Viagem, Cachoeira, Centro, Charitas, Fátima, Gragoatá, Icaraí, Ingá, Jurujuba, Morro do Estado, Pé Pequeno, Ponta d'Areia, Santa Rosa, São Domingos, São Francisco, Viradouro e Vital Brazil; Região Norte - Baldeador, Barreto, Caramujo, Cubango, Engenhoca, Fonseca, Ilha da Conceição, Santa Bárbara, Santana, São Lourenço, Tenente Jardim e Viçoso Jardim; Região Oceânica - Cafubá, Camboinhas, Engenho do Mato, Itacoatiara, Itaipu, Jacaré, Jardim Imbuí, Maravista, Piratininga, Santo Antônio e Serra Grande; Pendotiba - Badu, Cantagalo, Ititoca, Largo da Batalha, Maceió, Maria Paula, Matapaca, Sapê e Vila Progresso; e Região Leste - Muriqui, Rio do Ouro e Várzea das Moças.

A rede é composta por 32 módulos do Programa Médico de Família, 8 (oito) UBS, duas Policlínicas Comunitárias, seis Policlínicas Regionais, quatro Policlínicas de Especialidades, um Centro de Convivência Psicossocial, um Centro de Controle de Zoonoses e um laboratório de Saúde Pública, serviços de emergência do município, os hospitais Orêncio de Freitas, Carlos Tortelly, Getúlio Vargas Filho, Psiquiátrico de Jurujuba, Maternidade Alzira Reis, Mário Monteiro e a UPA (SOUSA, 2015).

Cada regional de saúde possui no mínimo uma policlínica regional, que organiza e é referência para as unidades básicas e módulos do médico de família que estão inseridos naquele território. A proposta do PMF é cobrir determinada área de modo a atender as necessidades de saúde da população que reside naquele território, atuando de forma organizada e hierarquizada no cuidado e acompanhamento contínuo à família (SOUSA, 2015).

Cada regional de saúde possui um supervisor que tem a função de fazer a comunicação entre o programa e o restante da rede; cada módulo é composto por médico generalista, técnico de Enfermagem, 2 agentes comunitários de saúde e um enfermeiro para duas equipes (SOUSA, 2015).

A implementação do PMF busca orientar as ações de saúde no nível local, apoiando-se nas diretrizes de universalização, equidade, integralidade e participação social do SUS e, além disso, reorganizar a atenção primária levando em consideração adequações que atendam às exigências do Ministério da Saúde (SOUSA, 2015).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, por estar em contato com questões sociais e utilizar métodos quantitativos de forma associativa. O cenário do estudo foi o município de Niterói, cuja coleta de dados para a construção do perfil epidemiológico ocorreu através da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. As variáveis e tabulações de indicadores solicitadas no documento da pesquisa foram obtidas através de dados secundários coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados solicitados foram tratados e analisados.

Para qualificação dos dados, foi considerado neste estudo apenas notificações de pessoas residentes em Niterói, sendo assim, dados de pessoas residentes em outros municípios foram descartados, mesmo que façam tratamento de hanseníase em Niterói.

As variáveis utilizadas para caracterização do perfil epidemiológico, são baseadas na ficha de notificação da hanseníase: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, bairro, modo de entrada, modo de detecção do caso novo, forma de apresentação (forma clínica, classificação operacional, avaliação de grau de incapacidade física no diagnóstico e na cura, e esquema terapêutico).

A coleta de dados envolveu ainda bases de dados públicos de livre acesso por meio eletrônico do Brasil, do Estado do Rio de Janeiro e do município de Niterói. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foram explorados.

Para realização dos cálculos dos indicadores utilizou-se no denominador o tamanho da população residente no município proveniente do CENSO 2010 e das projeções intercensitárias produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de acordo com cada ano de avaliação, ou seja, por exemplo: para a avaliação do ano de 2010, utilizou-se no cálculo a população residente no município de Niterói em 2010, para a avaliação do ano de 2011, utilizou-se a população residente no ano de 2011 e assim por diante.

Este estudo apresentou a seguinte limitação: não foi possível apresentar as taxas de prevalência nos anos de 2007, 2008 e 2009, pois não foi possível obter esses dados. Entretanto, nos demais anos, de 2010 a 2020, os dados apresentam-se normalmente.

Para construção e cálculo dos indicadores, foram utilizados o aplicativo Tab para Windows (TabWin) (versão 3.2) e o software Microsoft Office Excel (versão 2016) para a produção de tabelas e gráficos.

O recorte temporal de estudo foi definido a partir do ano de 2007, após o município de Niterói ter recebido a reconhecida certificação de eliminação da Hanseníase como um problema de saúde pública em 2006. Portanto, o período estudado compreende 01/01/2007 até 31/12/2020.

Para a análise das estratégias de implementação de ações, controle e vigilância da hanseníase foram examinados os planos municipais de saúde quadrienais de Niterói, a Carteira de Serviços do Programa Médico de Família, que estão disponíveis por meio eletrônico e de livre acesso. Junto a isso, o significado e a qualificação dos indicadores de saúde foram avaliados de acordo com critérios definidos pelo Ministério da Saúde, através do Manual técnico-operacional: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública de 2016, que descreve os parâmetros avaliativos dos indicadores a seguir nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>CONSTRUÇÃO</b>	<b>UTILIDADE</b>	<b>PARÂMETROS</b>
Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes	Numerador: casos em curso de tratamento em determinado local em 31/12 do ano de avaliação Denominador: população total no mesmo local de tratamento e ano de avaliação. Fator de multiplicação: 10 mil.	Medir a magnitude da endemia.	Hiperendêmico: $\geq 20,0$ por 10 mil hab. Muito alto: 10,0 a 19,9 por 10 mil hab. Alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil hab. Baixo: $< 1,0$ por 10 mil hab.
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	Numerador: casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população total residente, no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100 mil.	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia.	Hiperendêmico: $> 40,0/100$ mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: $< 2,00/100$ mil hab.
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes.	Numerador: casos novos em menores de 15 anos de idade residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação. Denominador: população de zero a 14 anos de idade, no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100 mil.	Medir força da Transmissão recente da endemia e sua tendência	Hiperendêmico: $\geq 10,00$ por 100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab. Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab. Baixo: $< 0,50$ por 100 mil hab.
Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab. (1)	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação. Denominador: população residente no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100 mil	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e compará-las com outras doenças incapacitantes. Utilizado em conjunto com a taxa de detecção para	A tendência de redução da taxa de detecção, acompanhada da queda deste indicador, caracteriza redução da magnitude da endemia.

		monitoramento da tendência de detecção oportuna dos casos novos de hanseníase.	
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano (1)	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da Avaliação. Denominador: casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a 9,9% Baixo: $< 5\%$
Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano (1)	Numerador: número de casos de hanseníase residentes e curados com incapacidade física grau 2 no ano da avaliação. Denominador: total de casos de hanseníase residentes e que foram encerrados por cura com grau de incapacidade física avaliados no ano da avaliação. Fator de multiplicação: 100.	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta.	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a 9,9% Baixo: $< 5\%$
Proporção de casos de hanseníase, segundo gênero entre o total de casos novos.	Casos de hanseníase do sexo feminino/Total de casos novos. Fator de multiplicação: 100	Avaliar a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase.	Não especifica parâmetro.
Proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos.	Casos de hanseníase multibacilares/Total de casos novos. Fator de multiplicação: 100.	Avaliar os casos em risco de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento de PQT	Não especifica parâmetro.
Taxa de detecção de casos novos, segundo raça/cor entre população das respectivas raças/cor.	Numerador: casos de hanseníase segundo raça/cor Denominador: população da respectiva raça/cor. Fator de multiplicação: 100mil.	Medir a magnitude da endemia segundo raça/cor.	Não especifica parâmetro.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS. 2016

Tabela 2 - Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase

NOME DO INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (2) (3)	Numerador: casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano da avaliação. Denominador: total de casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento.	Bom: $\geq 90\%$ ; Regular: $\geq 75$ a 89,9%; Precário: $< 75\%$ ;

	diagnosticados nos anos das coortes. Fator de multiplicação: 100.		
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes(2) (3) (4)	Numerador: casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação. Denominador: total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Fator de multiplicação: 100.	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento.	Bom <10% Regular 10 a 24,9% Precário ≥25%
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes(2) (3)	Numerador: nº de contatos dos casos novos examinados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) Denominador: total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação). Fator de multiplicação: 100.	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos.	Interpretação: Bom: ≥90,0% Regular: ≥75,0 a 89,9% Precário: <75,0%
Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano de avaliação.	Número de casos de recidiva de hanseníase notificados/total de casos notificados no ano x 100.	Identificar municípios notificantes de casos de recidiva para monitoramento de falência terapêutica	Não especifica parâmetro.
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico.	Numerador: casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação. Denominador: casos novos de hanseníase, residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação. Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde	Bom ≥90% Regular ≥75 a 89,9% Precário <75%
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no	Numerador: casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local.	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde.	Bom ≥90% Regular ≥75 a 89,9% Precário <75%

período das coortes(2) (3)	Denominador: total de casos curados no ano residentes no mesmo local. Fator de multiplicação: 100		
----------------------------	--	--	--

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.2016

Notas referentes às Tabelas 1 e 2:

(1) Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%.

(2) Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador os casos considerados como erro diagnóstico e nas seguintes situações:

- Para avaliação municipal, desmarque transferências para outros municípios, outros estados e outros países;
- Para avaliação regional, desmarque transferências para outros municípios fora de sua regional, outros estados e outros países;
- Para avaliação estadual, exclua transferência para outros estados e outros países.

(3) Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional atual e data de diagnóstico de hanseníase:

Paucibacilar (PB) – todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados um ano antes do ano da avaliação.

Multibacilar (MB) – todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação.

(4) A saída por “abandono” deverá ser informada quando os pacientes PB não compareceram ao tratamento por mais de três meses e os pacientes MB por mais de seis meses, mesmo após inúmeras tentativas de busca e retorno ao tratamento por parte dos profissionais.

(5) Um caso deverá ser considerado curado após concluir todo o esquema terapêutico preconizado em tempo adequado, portanto, este recebe alta por cura. O caso também poderá ser encerrado por óbito, transferência para outro município/estado/país ou abandono do tratamento.

O estudo atende às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466, de 2012, e nº 510, de 2016, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), por meio do parecer CAAE 46428621.1.0000.5285. Houve o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói a partir da assinatura da Carta de Anuência.

## 4 RESULTADOS

A Carteira de Serviços do Programa Médico de Família (PMF), foi criada apenas no ano de 2021. Este documento traz orientações para nortear ações de gestores, profissionais de saúde e usuários a respeito das ofertas de serviços e ações de saúde, normas e diretrizes para a organização local das unidades de saúde, tem por objetivos aprofundar o vínculo entre os serviços de saúde, os territórios em que estão inseridos, os cidadãos de Niterói, os profissionais e a gestão municipal. Compartilha de forma sistematizada e pública, a relação das atividades clínicas e de vigilância em saúde ofertadas, bem como dos aspectos organizativos que devem ser aplicados aos serviços de saúde no âmbito do Programa Médico de Família e suas equipes: saúde da família, saúde bucal, NASF e Consultório na Rua (NITERÓI, 2021).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é organizada segundo nível de complexidade, em Atenção Primária à Saúde (APS), Média e Alta Complexidade. Na APS estão inseridos os Módulos Médico de Família, Unidades Básicas de Saúde e as Policlínicas Regionais (que oferecem atenção primária e especializada) e, em média e alta complexidade, estão as Policlínicas Regionais, Policlínicas de Especialidades, SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Unidades Hospitalares (NITERÓI, 2021).

O PMF vincula a população adscrita, por núcleos familiares, com uma equipe responsável pelo seu cuidado, configura os distritos sanitários de forma a estabelecer referências regionais de planejamento, e oferta supervisão especializada como apoio técnico aos médicos generalistas. As equipes são compostas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, além do NASF e Consultório de Rua (NITERÓI, 2021).

A Figura 1 apresenta o mapa do município de Niterói, com a distribuição das Policlínicas, unidades básica de saúde e unidades do Médico de Família, além disso, o mapa também foi sinalizado segunda as regiões administrativas.

Figura 1 - Mapa da rede de atenção primária de saúde do município de Niterói



Fonte: Niterói (2021).

O município considera a necessidade de priorizar o planejamento de visitas domiciliares (VD) realizadas pelo ACS, às pessoas acamadas, com prejuízo de mobilidade, portador de doença crônica e doença infectocontagiosa, entre outros, e estabelece a periodicidade para as visitas, no caso da hanseníase e tuberculose, a periodicidade de VD é diária. Além disso, realiza o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas transmissíveis: realiza o manejo de hanseníase (suspeição diagnóstica; exame clínico completo, avaliação com estesiômetro; investigação de lesões/sequelas; classificação clínica; baciloscopia; notificação; prover medicamentos para hanseníase e tratamento supervisionado; exame de contatos intradomiciliares; prevenção de sequelas; identificação de reações hansênicas; encaminhamento de pacientes com grau de incapacidade para unidade de referência) (NITERÓI, 2021).

O Plano Municipal de Saúde (2018-2021), reitera a atuação de Equipes de Saúde da Família (ESF) e PMF aos programas prioritários cujas metas foram pactuadas no PMAQ AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) que avalia regularmente os profissionais e as equipes através de autoavaliação, avaliação de indicadores de saúde firmados no momento da entrada no PMAQ e avaliação dos padrões de qualidade através de avaliadores externos que visitam as Unidades de Saúde e pactua a Atenção à Saúde do Adulto com ênfase no controle das doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas como a hanseníase (NITERÓI, 2017).

O Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa de Niterói é responsável pela organização de atividades de educação continuada para a rede de saúde e anualmente implementa ações de treinamento e atualizações para todas as categorias profissionais, no manejo de doenças e agravos como a hanseníase (NITERÓI, 2017).

O município de Niterói tem pactuado com o Estado do Rio de Janeiro, estabelecidas pela Conferência Municipal de Saúde, duas metas para avaliação da hanseníase, com os seguintes

indicadores: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados – meta: Aumentar a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados para 95 %; Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes – meta: Aumentar para 96% a proporção de cura nas coortes de casos novos de Hanseníase, sob a diretriz: Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas, com o objetivo de reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável (NITERÓI, 2017).

Além desses indicadores pactuados em especial, a vigilância do município também avalia a situação em saúde em hanseníase através da análise dos indicadores de monitoramento da hanseníase e a qualidade dos serviços prestados, que foram descritos na metodologia deste trabalho, preconizados pelo Ministério da Saúde e que também constam no Plano Municipal de Saúde de Niterói 2018-2021 e anteriores.

A partir dos dados coletados no município de Niterói, foi possível construir o perfil epidemiológico da doença. Os dados contemplaram séries históricas dos anos de 2007 até 2020, porém os indicadores prevalência nos anos de 2007 a 2009 não foram possíveis serem coletados devido a algum erro no sistema de tabulação, que não aceitou o comando informático para obtenção destes dados. Entretanto, para os demais anos de 2010 até 2020 o sistema gerou as informações sem perdas e a não informação dos dados citados dos anos de 2007 a 2009 para o cálculo de prevalência não acarretaram danos para as análises deste estudo.

É possível assumir que o ano de 2020, devido a ocorrência da pandemia ocasionada pelo Vírus do Covid-19 no Brasil, os dados sofreram perdas devido ao comportamento da população, que por exemplo, foram orientados a ficarem em casa e evitar idas às unidades de saúde sem uma real necessidade, para evitar o colapso de um sistema de saúde sobrecarregado.

#### 4.1 O PERFIL DA POPULAÇÃO ACOMETIDA PELA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ, NO PERÍODO DE 2007 A 2020

Para traçar o perfil da população que adoeceu de hanseníase entre os anos de 2007 a 2020, os dados das fichas de notificação foram analisados, 322 (73,75%) dos casos eram de pessoas residentes em Niterói e 115 (26,25%) de pessoas residentes em municípios vizinhos. Os casos de não residentes em Niterói foram excluídos deste estudo, portanto, obtiveram-se os seguintes resultados: ao todo foram notificados 322 casos novos de hanseníase de pessoas residentes no município de Niterói,

dentre os casos 162 eram do sexo feminino e 160 masculino, de forma bastante equilibrada, perfazendo proporções de 50,31% e 49,68% respectivamente.

O Tabela 3 apresenta a proporção do total de casos de grau de incapacidade física 0, 1 ou 2 e a proporção de casos não avaliados ou em branco dos casos de hanseníase, diagnosticados entre os sexos feminino e masculino no diagnóstico.

Tabela 3 - Proporção de grau de incapacidade física segundo sexo, em Niterói (RJ), no período de 2007 a 2020.

	Feminino	Masculino
GIF 2	32,08%	67,92%
GIF 1	45,95%	54,05%
GIF 0	54,06%	45,94%
Não avaliado ou em branco	32,43%	67,57%

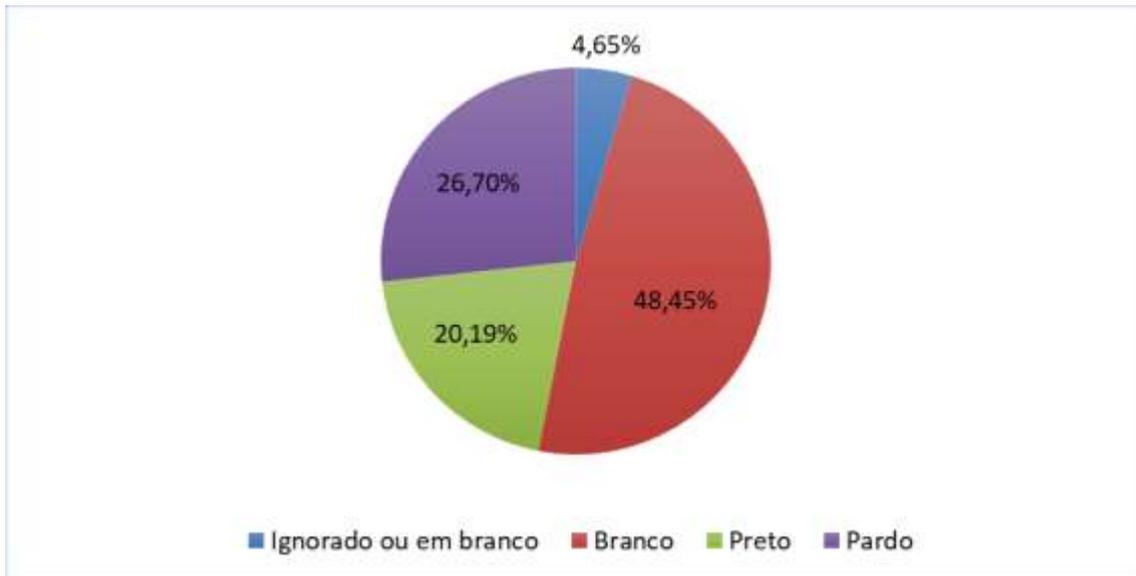
Total 162 - 160

Fonte: MS/SVS/SINAN.

Observa-se que, apesar da proporção total de casos entre homens e mulheres serem bastante equilibradas, a avaliação de grau de incapacidade física 2 (GIF2) é predominante na população masculina, visto que, dentre os casos de GIF 2 avaliados, quase 68% ocorreram entre os homens. Entre os casos com GIF 1, a população masculina também apresentou maior proporção, 54,5%. Entretanto, dentre as pessoas que não apresentaram incapacidades físicas ao serem avaliadas, 54,06% eram mulheres e já entre os não avaliados 67,57% eram homens.

Na distribuição segundo raça-cor, 15 fichas de notificação não foram preenchidas neste campo, e representa 4,65% dos casos considerados ignorados/em branco. Das 307 fichas preenchidas no campo raça-cor, 156 (%) casos eram de pessoas brancas, 65 (%) pretas e 86 (%) pardas, não houveram casos em pessoas autodeclaradas amarelas ou indígenas. A Figura 2 mostra a proporção de casos novos de hanseníase segundo raça-cor entre os anos de 2007 a 2020, os seguintes resultados foram observados: pouco mais de 48% dos casos ocorreram em pessoas de grupo étnico branco, 26,70% entre pardos e pouco mais de 20% em pretos.

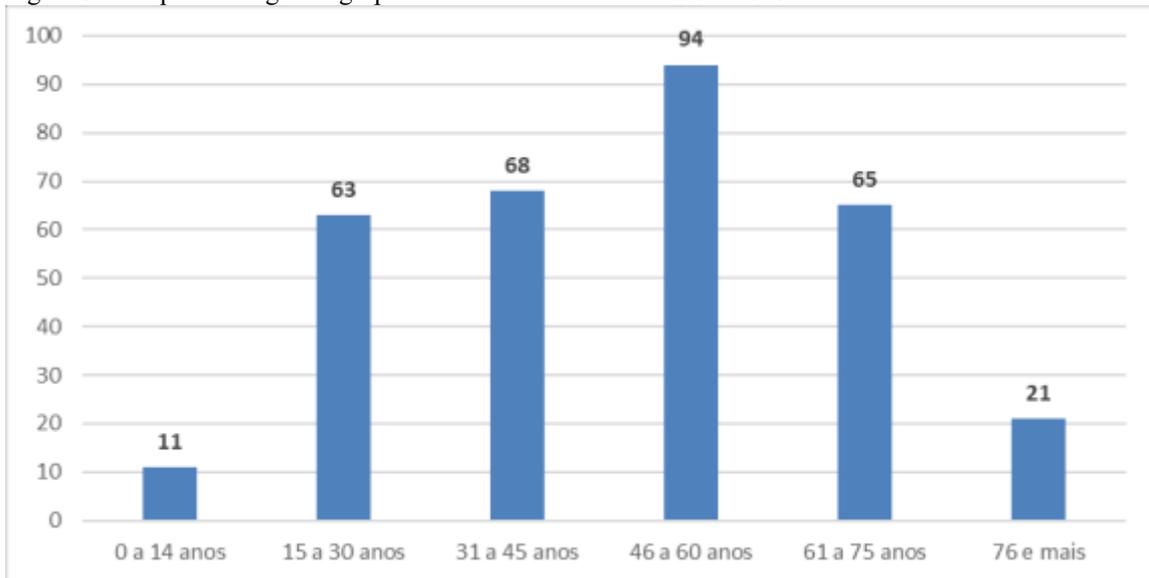
Figura 2 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor em Niterói (RJ), entre os anos de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

Na Figura 3 apresentou-se a frequência de grupos de faixas etárias no intervalo de tempo entre os anos de 2007 até 2020, dentre as 322 notificações. Neste período, o grupo etário de 1 a 14 anos de idade ocorreram 11 casos (3,4%), em pessoas com 15 anos de idade ocorreram 2 casos (%), a menor idade de ocorrência foi em uma criança de 5 anos de idade e até os 15 anos ocorreram ao menos 1 caso por idade. Entre 15 e 30 anos ocorreram 63 casos (19,6%), ressalta-se que na idade de 29 anos teve a ocorrência do maior número de casos em uma faixa etária única, com total de 13 casos. De 31 a 45 anos houveram 68 casos (21,1%), sendo este o segundo maior grupo em número de casos. Entre o grupo etário de 46 a 60 anos ocorreram o maior número de casos dentre todos os grupos 29,2%, ao todo 94, ressalta-se que na faixa etária de 54 anos, ocorreram 11 casos igualmente nas faixas de 80 anos e mais, que também computaram 11 casos (3,4%). De 61 a 75 anos ocorreram 65 casos (20,2%) e a partir dos 76 nos de idade, ocorreram apenas 21 casos (6,5%). Aos 60 anos ocorreram 8 casos, perfazendo ao todo 94 casos entre a população idosa. Em média, a partir dos 16 anos, cada idade apresentou 4,08 casos por ano, dentro do período estudado e a idade média apresentada foi de aproximadamente 47 anos.

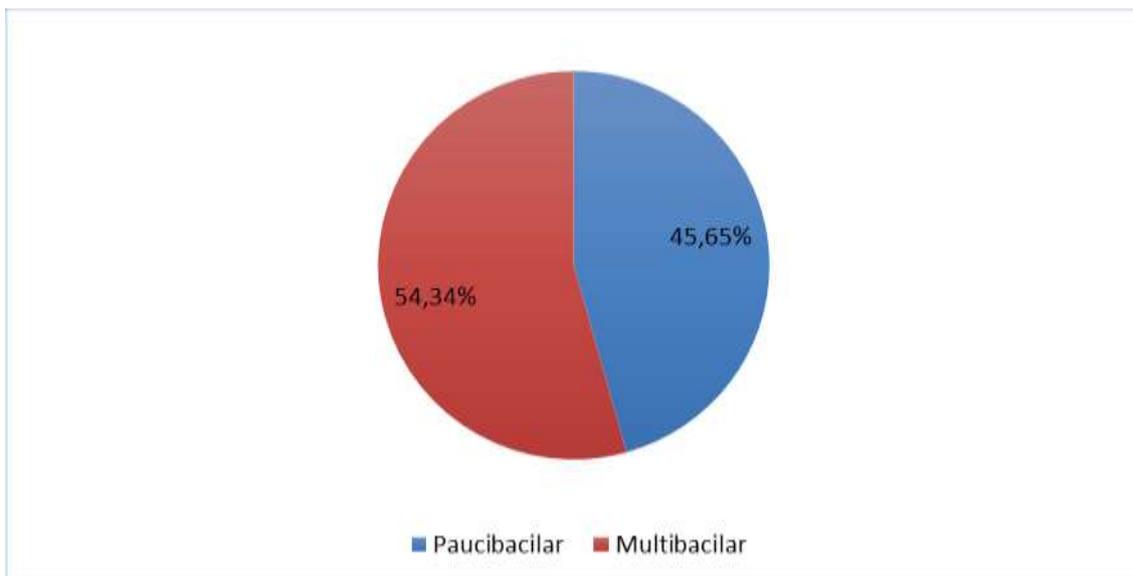
Figura 3 - Frequência segundo grupo etário entre os anos de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

O número de casos de hanseníase segundo a classificação operacional na forma paucibacilar no período foi de 147 casos e 175 multibacilares. A Figura 4 apresenta a proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional entre o total de casos novos diagnosticados nos anos de 2007 a 2020. Os casos multibacilares ocorreram em 54,34%, esta forma operacional que representa a forma transmissora da doença, foi a mais prevalente maioria dos diagnósticos na série temporal.

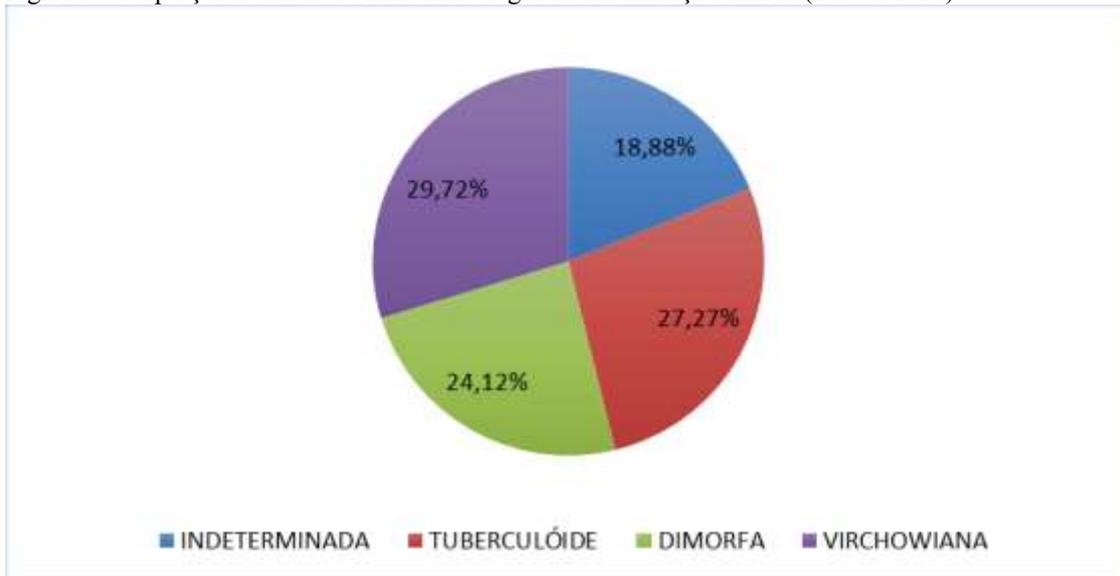
Figura 4 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional (2007 a 2020)



Fonte: MS/SVS/SINAN.

Segundo a classificação da forma clínica de hanseníase no período de 2007 a 2020, como demonstrado na figura 5, os casos novos diagnosticados apresentaram as seguintes características: 18,88% dos diagnósticos foram da forma clínica Indeterminada, 27,27% Tuberculóide, que geralmente são formas paucibacilares, 24,12% na forma Dimorfa e 29,72% na forma Virchowiana, que são formas multibacilares, afirmando mais uma vez que são a maioria dos casos.

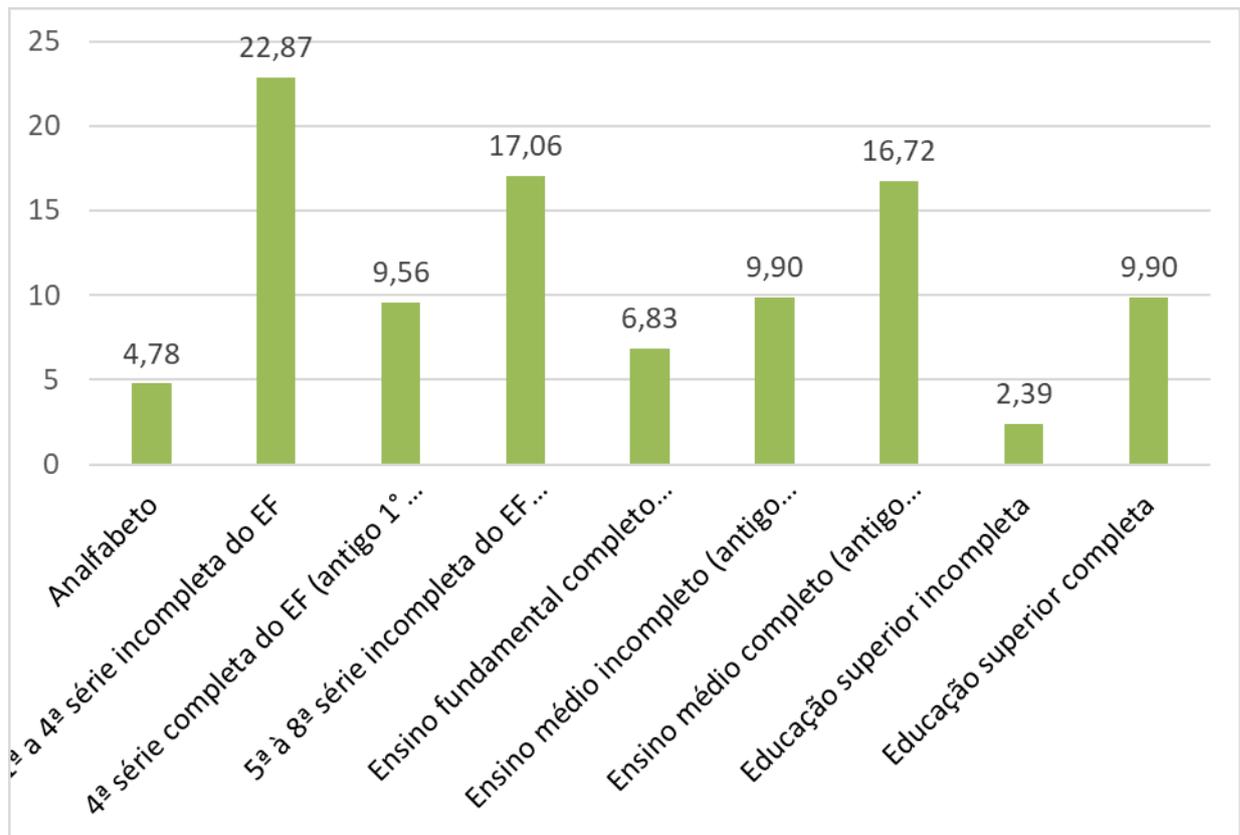
Figura 5 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação clínica (2007 a 2020)



Fonte: MS/SVS/SINAN.

O perfil de escolaridade dos casos diagnosticados de hanseníase entre os anos de 2007 a 2020 caracterizou-se por de acordo com a classificação adscrita na ficha de notificação de hanseníase, retirada do SINAN, que contempla os seguintes grupos para análise: Analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do EF (Ensino Fundamental); 4ª série completa do EF (antigo 1º grau); 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau); Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau); Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau); Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau); Educação superior incompleta; Educação superior completa. A Figura 6 compreende a proporção de casos de hanseníase segundo a escolaridade. A maior parte das pessoas diagnosticadas apresentaram maior nível de escolaridade entre a 1ª e 4ª série do ensino fundamental incompleto, isto corresponde a 22,87% dos casos, 9,56% possuem até a 4ª série do EF completa. Apenas 6,83% completaram o ensino fundamental e 16,52% possuem ensino médio completo. 2,39% iniciaram a educação superior e 9,90% das pessoas possuem ensino superior completo. Ressalta-se que 4,78% compõem o grupo de pessoas analfabetas.

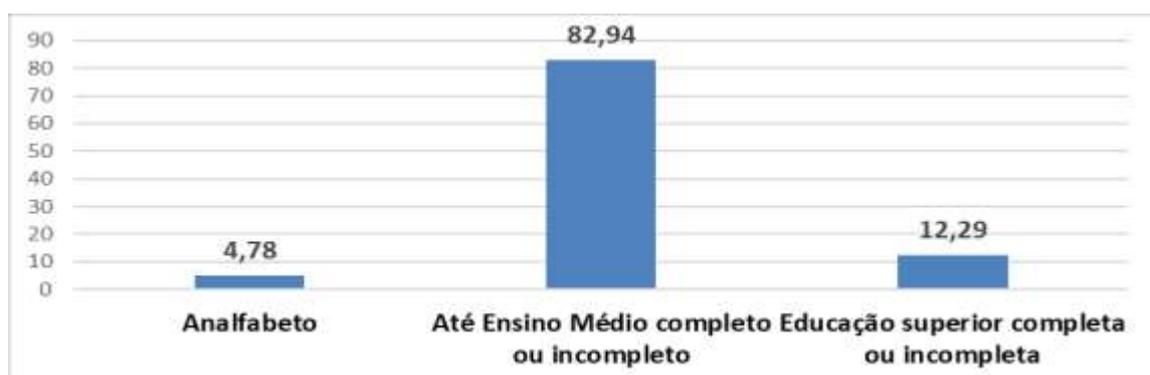
Figura 6 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo escolaridade entre os anos de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

A Figura 7 demonstra um gráfico com as proporções de anos de estudos entre as pessoas diagnosticadas com hanseníase entre os anos de 2007 a 2020. Foram agrupadas três seleções, que compreendem as pessoas analfabetas, 4,78% dos casos, o grupo de pessoas que estudaram até o ensino médio completo ou incompleto, 82,94%, neste grupo foram incluídas as pessoas que realizaram o ensino fundamental completo ou incompleto e o ensino médio completo ou incompleto. O grupo de pessoas que possuem formação superior completa ou incompleta corresponde a 12,29%.

Figura 7 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo escolaridade até o ensino médio completo e além do ensino médio



Fonte: MS/SVS/SINAN.

A fim de avaliar como o nível de escolaridade entre as pessoas afetadas pela hanseníase influenciam na evolução do adoecimento e conseqüentemente ao grau de incapacidade física, a tabela 4 apresenta a proporção de pessoas acometidas com os graus de incapacidades física 0, 1 e 2 associados a diferentes níveis de escolaridade. Observa-se que a proporção com grau 0 aumenta com o nível de escolaridade, enquanto, a proporção com grau 1 e 2 diminui. Dentre os analfabetos, 68,42% apresentaram GIF0 no diagnóstico e 31,58% apresentaram algum grau de incapacidade física, entre GIF1 ou 2. Já entre as com educação superior completa ou incompleta, quase 77% não apresentaram incapacidades no diagnóstico e em torno de 23% apresentaram algum grau de incapacidade.

Tabela 4 - Proporção de grau de incapacidade física por nível de escolaridade.

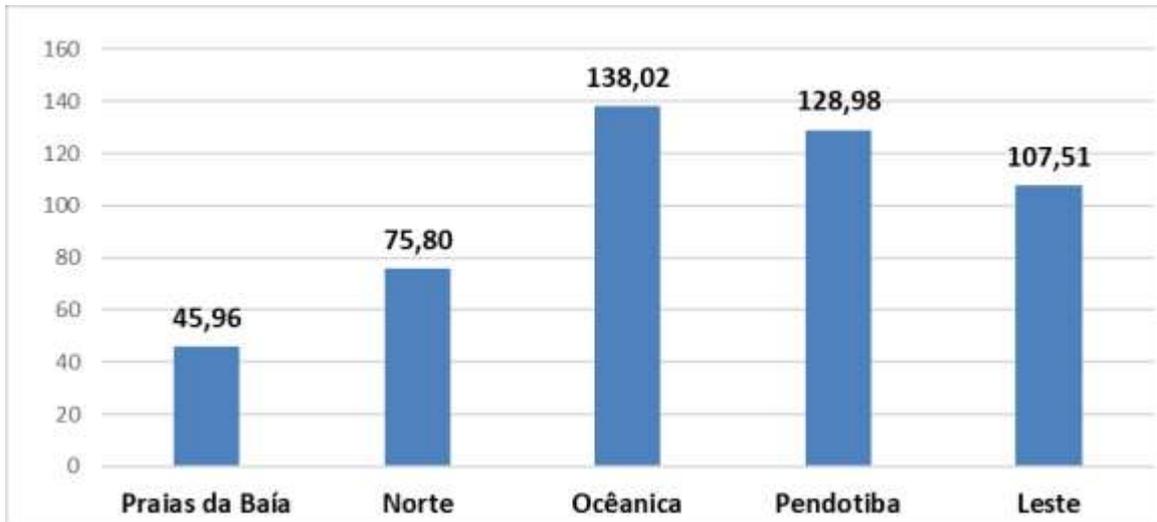
Nível de escolaridade	Grau 0	Grau 1 e 2
Analfabeto	68,42%	31,58%
Até ensino médio completo ou incompleto	72,37%	27,63%
Educação superior completa ou incompleta	76,92%	23,08%

Total 322

Fonte: MS/SVS/SINAN.

As taxas e proporções demonstradas nesta dissertação foram calculadas segundo o ano de avaliação e a respectiva população residente no mesmo período, de acordo com o manual operacional para cálculos de indicadores epidemiológicos em hanseníase do Ministério da Saúde de 2016, já descritos neste texto (Tabelas 1 e 2). Para visualizar uma estimativa da distribuição espacial da hanseníase ao longo do período estudado, calculou-se a taxa de detecção de casos novos diagnosticados por região administrativa entre os anos de 2007 a 2020. Entretanto, apenas para este cálculo, das taxas de detecção por região administrativa em Niterói, foi considerado: numerador (somatório do número de casos novos de hanseníase residentes em Niterói de 2007 à 2020) / denominador (população total residente de Niterói no ano de 2010- segundo o CENSO 2010) multiplicado por 100mil. Os resultados foram demonstrados na figura 8. A maior taxa de detecção de casos novos encontrada, ocorreu na Região Oceânica, com uma taxa de 138,02 casos para cada 100mil habitantes, seguida pela Região de Pendotiba, com 128,98/100mil habitantes. A Região Leste apresentou 107,51/100mil habitantes, Região Norte 75,80/100mil habitantes e a menor taxa apresentada ocorreu na Região Praias da Baía, 45,96/100mil habitantes.

Figura 8 - Taxa de detecção casos novos de hanseníase por 100mil habitantes, segundo região de residência, entre os anos de 2007 a 2020



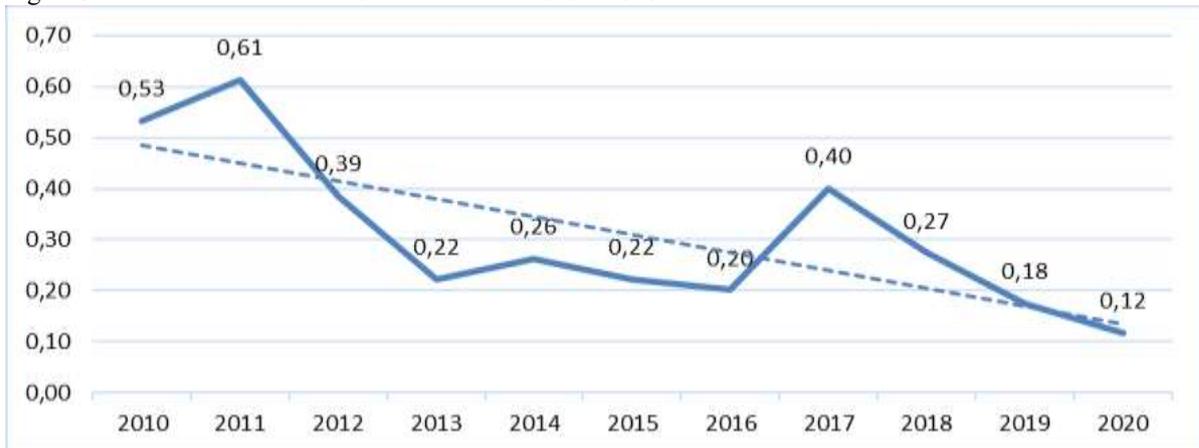
Fonte: MS/SVS/SINAN.

## 4.2 O PERFIL DOS INDICADORES DE SAÚDE PARA O AGRAVO DA HANSENÍASE

### 4.2.1 Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública

A taxa de Prevalência avaliada do período de 2010 a 2020, de um modo geral apresentou queda, em 2010 a taxa de prevalência era de 0,53 casos por 10mil habitantes e em 2020, taxa de 0,12/10mil habitantes, menor valor atingido durante toda série histórica. Entre os anos, o maior valor da taxa atingido foi de 0,61/10mil hab. no ano de 2011. A Figura 9 demonstra a série histórica da taxa de prevalência e a curva de tendência de decaimento.

Figura 9 - Taxa de Prevalência/10mil habitantes 2010 a 2020

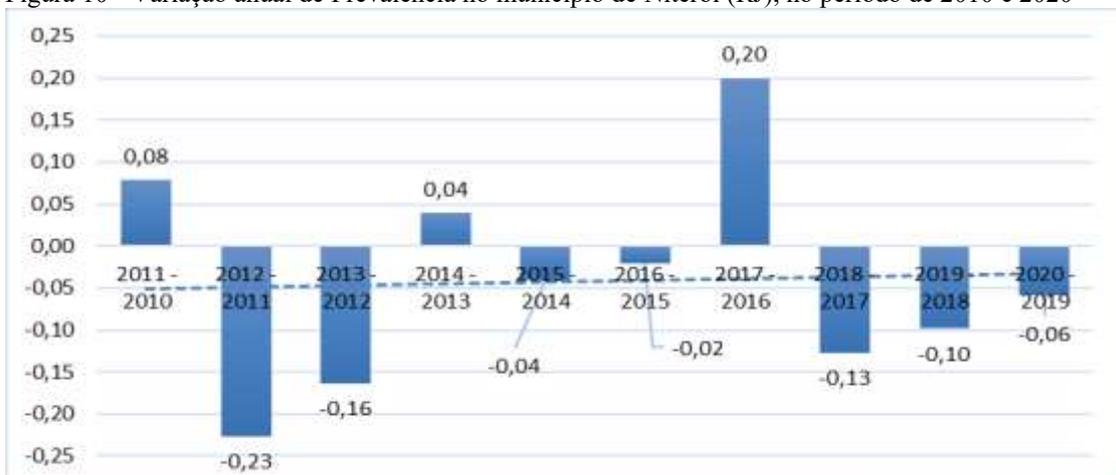


Fonte: MS/SVS/SINAN.

De acordo com os parâmetros classificatórios para nível de endemia, presente nas diretrizes de eliminação da hanseníase do MS (BRASIL, 2016), consta que para atingir a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, a análise da taxa de prevalência deve apresentar valores de taxa menores que 1,0 por 10 mil habitantes. Portanto tem-se que o nível de endemia se manteve baixo, conservando assim a meta de eliminação da hanseníase como pactuado.

A média dos valores foi de 0,31/10 mil hab. e apesar do decremento da taxa, a variação anual média foi de -0,042 por ano, ou seja, este valor representa em média o quanto a taxa caiu em cada ano, sendo um valor ínfimo. A Figura 10 apresenta valores da variação anual da prevalência ocorrida entre os anos analisados, é possível observar que a maior queda da taxa ocorreu entre os anos de 2011 para 2012, com queda de 0,23 e o maior crescimento entre os anos de 2016 e 2017, 0,20. É possível observar no gráfico 2 que apesar de algumas oscilações a variação anual manteve uma tendência constante, sem grandes variações.

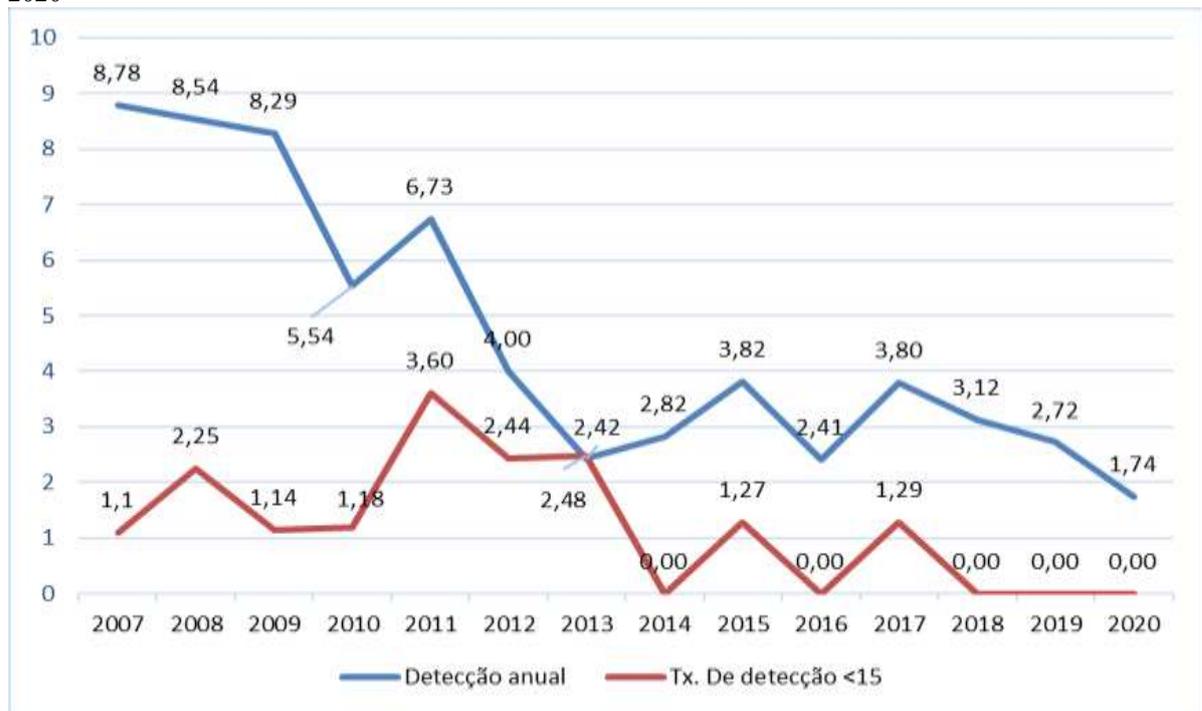
Figura 10 - Variação anual de Prevalência no município de Niterói (RJ), no período de 2010 e 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

A taxa de detecção anual geral e a taxa de detecção em menores de 15 anos sofreram decréscimo ao longo da série histórica. Observa-se que as maiores taxas se apresentaram nos primeiros anos da série histórica, no qual a taxa de detecção geral apresentou valores entre por volta de 8 e casos 6 casos por 100mil habitantes até 2011 e neste mesmo ano a taxa de detecção em menores de 15 anos apresentou o maior número de casos por 100mil habitantes, 3,60/100mil hab., com parâmetros classificatórios médio e alto respectivamente (Figura 11).

Figura 11 - Taxa de detecção anual x taxa de detecção em <15 anos por 100mil habitantes em Niterói (RJ), 2007-2020



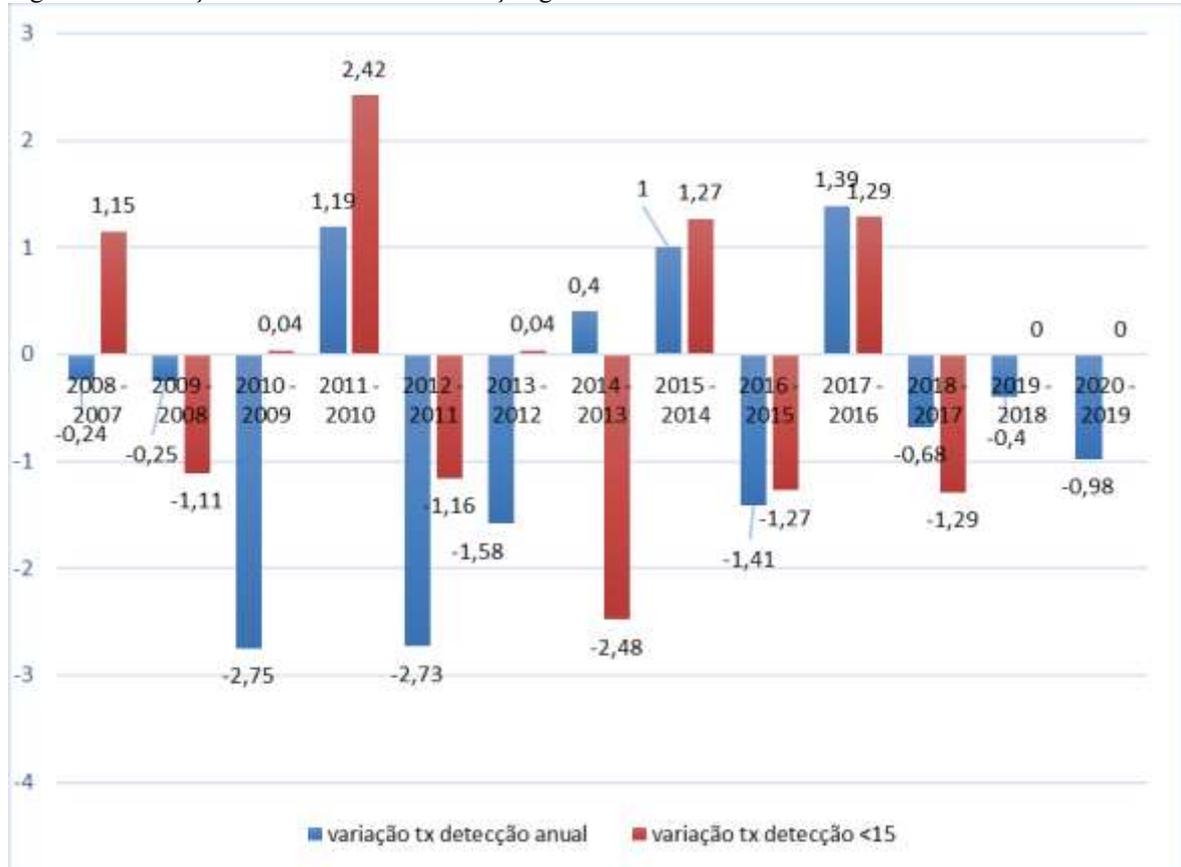
Fonte: MS/SVS/SINAN

A taxa de detecção geral, apresentou um comportamento de queda na força da endemia, o qual se manteve com classificação de endemia média, apenas no ano de 2020 a taxa ultrapassa a barreira para atingir o grau de endemia baixo (taxa menor que 2,0/100mil hab.), com taxa de detecção geral de 1,74. A média da detecção geral foi de 4,62, com decaimento médio de 0,54 ao ano, a maior queda da taxa ocorreu entre o ano de 2009 e 2010 com valor da variação anual de -2,75 como mostra a figura 12.

Já a taxa de detecção em menores de 15 anos de idade apresentou-se decrescente na maior parte do período, com oscilação entre parâmetros classificatórios, médio nos anos de 2007, até 2013 e em 2015 e 2017, quase que no limite para atingir parâmetros altos, exceto em 2011, que de fato apresentou classificação alta, até atingir a eliminação de números de casos por dois anos intercalados 2014 e 2016 e nos últimos três anos consecutivos não houveram casos nessa faixa etária (Figura 11). O valor da média deste agrupamento de dados foi de 1,20. Em média a variação anual dada taxa de

detecção em menores de 15 anos de idade, teve um decremento de aproximadamente 0,085 ao ano e a maior queda na taxa ocorreu entre os anos de 2013 a 2014, como mostra a Figura 12.

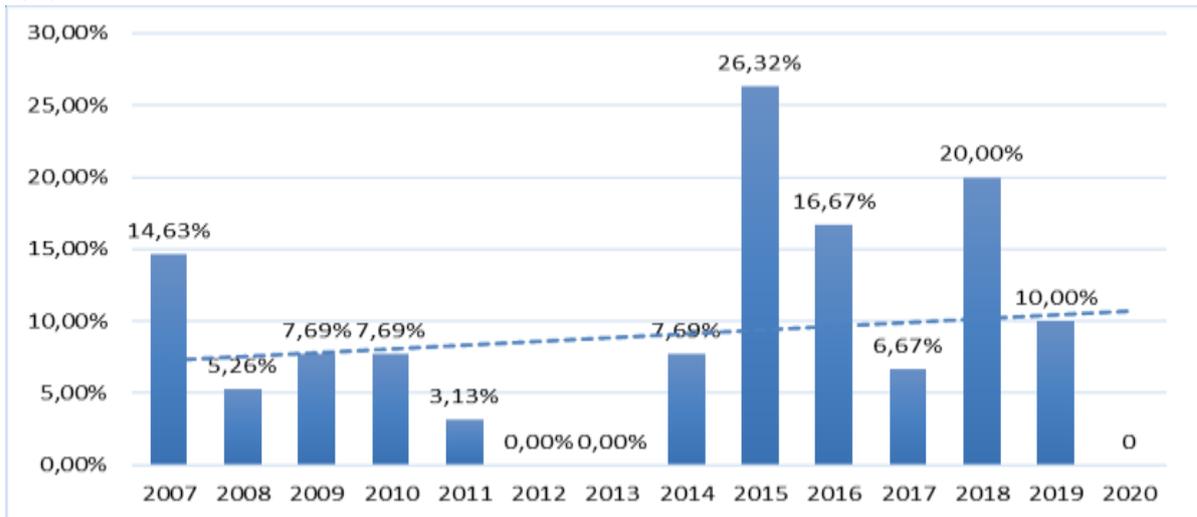
Figura 12 - Variação anual das taxas de detecção geral e em <15 anos



Fonte: MS/SVS/SINAN.

A proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico apresentou curva de tendência crescente, variação anual média de 0,58% ao ano. A Figura 13 mostra a curva de crescimento desta proporção, nos anos de avaliação de 2007 a 2020. Os dados revelam que os anos de 2007, 2015, 2016, 2018 e 2019, entre os pacientes avaliados, as proporções de grau de incapacidade física 2 (GIF2) mantiveram-se iguais ou maiores que 10%, significa dizer que obtiveram parâmetros de classificação alto, ressaltando a significância no atraso diagnóstico dos pacientes. A maior proporção atingida foi no ano de 2015, 26,32% dos diagnosticados tinha GIF2. As proporções entre 5% e 9,9% o indicador é classificado como classificação média para GIF2, isto foi observado entre os anos de 2008, 2009, 2010, 2014 e 2017. Nos anos de 2012, 2013 e 2020 não foram diagnosticados casos com grau 2 de incapacidade física, e em 2011, a proporção foi de 3,13%, perfazendo parâmetros de classificação baixa. A média das proporções foi de 9,67%.

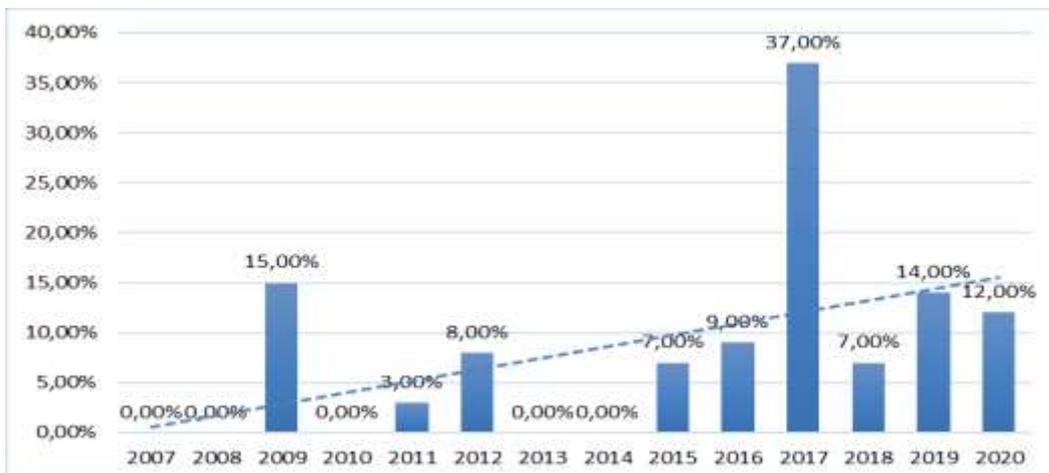
Figura 13 - Proporção de grau incapacidade física 2 no diagnóstico, nos anos de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

Quanto a proporção de GIF2 avaliado no momento da cura, ou seja, avaliado na alta do paciente, a Figura 14 apresenta o incremento na curva de tendência entre os anos avaliados, que apesar das oscilações entre as proporções, graficamente a linha de tendência revela que houve um incremento nos dados, em média este crescimento foi de 0,92% ao ano, de pacientes com GIF2 na alta e a média dos dados foi de 8%. Nota-se que na distribuição das proporções foi bastante heterogênea, em 2017, 37% dos pacientes concluíram o tratamento com GIF2, este período foi o ano de maior proporção de incapacidades grau 2, entre a coorte avaliada, sendo classificado como alto nível de GIF2 na cura. A proporção de GIF2 também se manteve com classificação alta nos anos de 2009: 15%, 2019: 14% e 2020: 12%. Classificação média nos anos de 2012, 2015, 2016 e 2018 e baixa em 2011, com proporção de 3% de GIF2 na cura. Ressalta-se que nos anos de 2007, 2008, 2010, 2013 e 2014 não houve casos de incapacidade grau 2 avaliados na cura, as proporções foram zero.

Figura 14 - Proporção de grau incapacidade física 2 na cura, nos anos de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

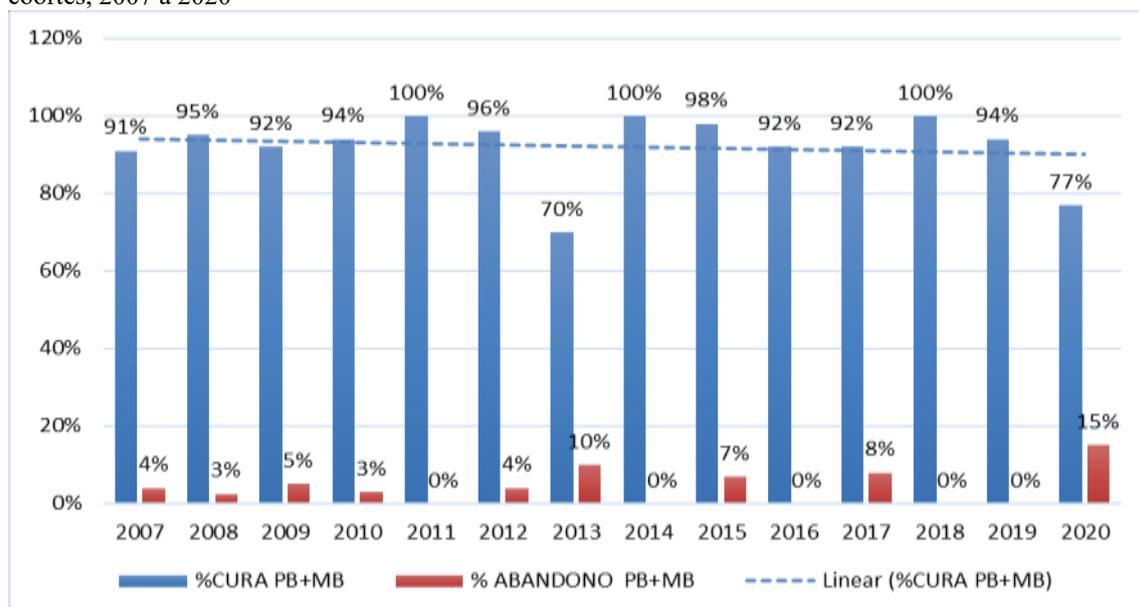
#### 4.2.2 Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase

A Figura 15 caracteriza a coorte de proporção de cura de hanseníase dos casos novos diagnosticados e abandono de tratamento de casos multibacilares e paucibacilares entre os anos de 2007 a 2020. O indicador de proporção de cura pode ser classificado como bom:  $\geq 90\%$ ; regular:  $\geq 75$  a  $89,9\%$ ; e precário:  $<75\%$ . Observa-se que em praticamente toda a janela de tempo, as proporções mantiveram-se acima de 90%, portanto em sua grande maioria do tempo tiveram a melhor classificação. Nos anos de 2011, 2014 e 2018 o município atingiu 100% de cura, ou seja, todos os pacientes em tratamento, concluíram o protocolo de tratamento em tempo preconizado, recebendo assim a alta. Apenas em 2013 o indicador foi considerado precário, com proporção de cura igual a 70% e em 2020 também houve uma queda, 77%, classificando o indicador como regular.

Apesar de aparentemente a curva de tendência manter-se constante, identificou-se a ocorrência de decrementos nos dados, em média a perda foi de 1,08% ao ano, afirmando assim a curva de tendência decrescente do indicador, entre os anos em análise. A média dos dados foi de 92,21%.

Já a proporção de abandono apresentou tendência de crescimento ao longo dos anos, a variação média foi o incremento de 0,85% ao ano. Note que a proporção de cura e abandono são proporcionais e os anos de maiores proporções de abandono foram 2020 com 15% dos casos que abandonaram o tratamento, 2013, com 10%, entre parâmetros classificatórios regulares, estes anos também tiveram brusca queda na proporção de cura. Em média, a proporção de abandono foi de 4,15%. Nos demais anos, a classificação de abandono foi “Bom”, proporções abaixo de 10%.

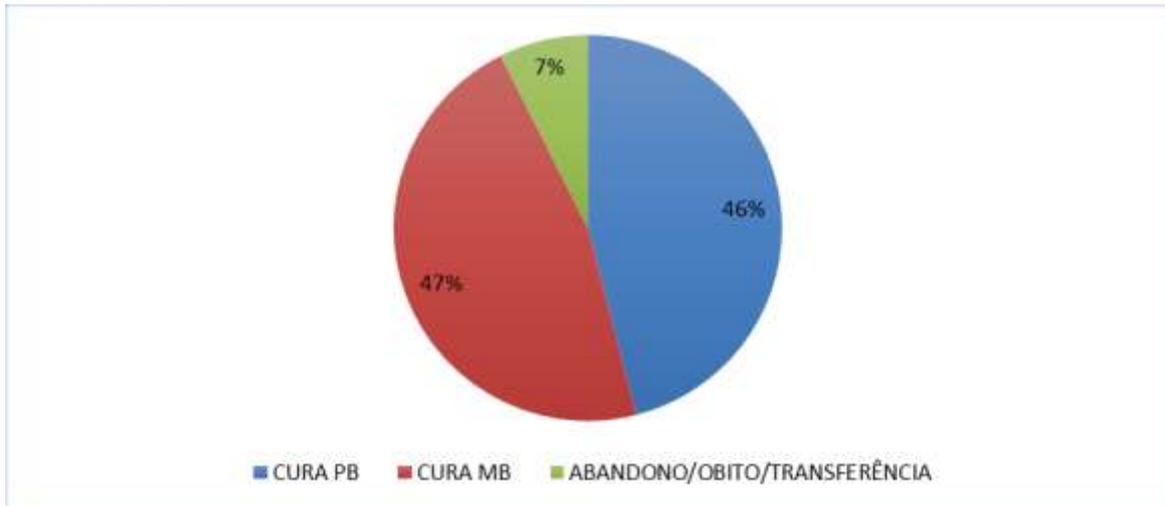
Figura 15 - Proporção de cura e abandono de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes, 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN

A Figura 16 relaciona o conjunto de proporções de cura entre os casos de hanseníase nos anos das coortes avaliadas entre os anos de 2007 até 2020. A coorte apresentou os seguintes casos encerrados como alta por cura (significa dizer que o tratamento foi concluído em tempo adequado e com a medicação devida), 157 (47%) casos multibacilares na cura e 155 (46%) casos paucibacilares na cura, 25 casos não receberam alta por cura, isto representa 7% dos casos, dentre eles, 13 casos foram encerrados como abandono, 7 óbitos e 5 transferências.

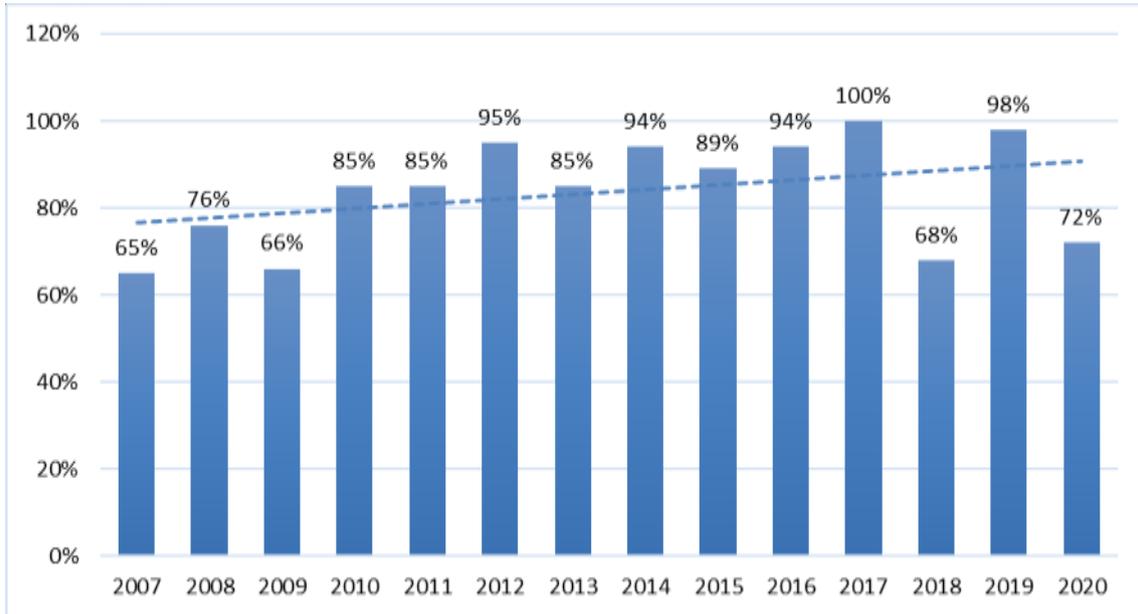
Figura 16 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico PB e MB nos anos das coortes, entre 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN

A proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase nos anos das coortes entre os anos de 2007 a 2020 apresentou tendência de crescimento no período avaliado, em média a curva teve um incremento de 0,54% ao ano. A vigilância de contatos é de extrema importância para detecção de novos casos. Dentre os parâmetros classificatórios deste indicador tem-se as seguintes interpretações: Bom:  $\geq 90,0\%$  Regular:  $\geq 75,0$  a  $89,9\%$  Precário:  $< 75,0\%$ . Na Figura 17 pode-se observar que nos anos de 2007, 2009, 2018 e 2020 os indicadores estiveram classificados como precário, o ano de 2007 teve a menor proporção da série histórica, 65%. Os anos de 2012, 2014, 2016, 2017 e 2019 foram classificados como bons e as proporções se mantiveram entre 95% a 100%. Foram classificados como regulares o indicador nos anos de 2010, 2011, 2013 e 2015. A média dos dados foi de 83,71%.

Figura 17 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

Os indicadores de proporção de casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico e na cura servem para medir a qualidade no atendimento dos serviços de saúde. A Figura 18 mostra um gráfico com esses dois indicadores.

Figura 18 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e na cura, nos anos das coortes de 2007 a 2020



Fonte: MS/SVS/SINAN.

Em média a proporção de avaliados na cura foi de 79,50% e avaliados no diagnóstico 93%, os dados mostraram que comparativamente, a maior parte das avaliações de pacientes acontecem no momento do diagnóstico e as avaliações na alta tendem a diminuir. Entretanto, a proporção de

avaliados na cura apresentou decréscimo de 0,77% ao ano e a proporção de avaliados no diagnóstico apresentou tendência de crescimento de 0,38% ao ano, um valor pouco expressivo.

A proporção de avaliados no diagnóstico mostrou-se com bons parâmetros classificatórios, na maior parte dos anos com proporções acima de 90% e nos anos de 2015, 2016 e 2020 atingiu 100% dos pacientes avaliados e apenas em 2019 apresentou classificação precária.

Já a proporção de avaliados na cura apresentou bons parâmetros classificatórios apenas nos anos de 2011 e 2015, em 2013 chegou a atingir a menor proporção da coorte, 64% de avaliados e manteve classificação precária nos anos de 2008, 2010, 2013, 2016, 2017 e 2020.

## 5 DISCUSSÃO

A partir do agrupamento das variáveis, foi possível descrever e analisar do perfil epidemiológico da hanseníase no município, a medida em que, algumas informações como por exemplo as variáveis escolaridade, idade, sexo, possibilitarão conhecer o perfil da população que adoece em hanseníase e suas necessidades em saúde.

Na análise dos últimos 13 anos, 50,31% dos casos de hanseníase em Niterói ocorreram em mulheres, ou seja, um pouco mais da metade dos casos, é interessante observar que, os estudos realizados no Brasil, ao menos desde o ano de 2011, demonstraram dados em que a população masculina é mais afetada. Por exemplo, o boletim epidemiológico de 2022 mostra que a predominância da população masculina em casos de hanseníase ocorreu em todas as faixas etárias e, entre 2016 e 2020, isto correspondeu a 55,5% dos casos.

Além de dimensionar a proporção entre homens e mulheres, foi possível qualificar quanto ao nível de comprometimento em que homens e mulheres são afetados pela hanseníase nesta população. Como identificado na tabela 3, a maioria dos casos diagnosticados com grau de incapacidade física 2 (GIF2) e GIF1, ocorreram entre a população masculina, quase 68% e 54,05% dos casos respectivamente. A maior parte das mulheres não apresentaram qualquer incapacidade física (54,06%) dentre os casos avaliados com GIF0, e dentre os casos não avaliados apenas 32,43% corresponderam às mulheres, ao passo que 67,57% dos homens corresponderam aos homens.

Através desses achados, é possível inferir que homens apresentam maior morbidade quando adoecem em hanseníase, e possuem maior risco de desenvolverem algum grau de incapacidade física em relação as mulheres. De certa forma, o fato de, entre o número de casos não avaliados, em sua maioria sejam homens, demonstra que a saúde do homem é negligenciada em relação à saúde da mulher.

A hanseníase gera representações e efeitos diferentes entre homens e mulheres e, as diferenças entre a morbidade no adoecimento entre gêneros podem ser socialmente determinadas pelo estilo de vida, costumes, hábitos e comportamentos sociais. A maior vulnerabilidade entre os homens pode estar associada à maior exposição por atividades relacionadas ao trabalho, à pouca demanda aos serviços de saúde, ao baixo nível de autocuidado, pouca preocupação com a estética corporal em relação às mulheres e ao menor acesso a informações (SOUZA *et al.*, 2018; SARMENTO *et al.*, 2015).

O estudo de Souza *et al.* (2018), avaliou diferenças no adoecimento na hanseníase entre gêneros masculino e feminino, em uma região endêmica do Nordeste e inferiu que o gênero é um determinante importante da ocorrência e da maior gravidade da doença, sobretudo quando se constata o padrão de maior risco à saúde entre os homens. A forma como os homens percebem e usam seus

corpos geram necessidades específicas, inclusive de acesso e proteção à saúde e que o cuidado às mulheres remete à menor barreira para o diagnóstico, quando comparado aos homens, visto que o diagnóstico tardio ou o não diagnóstico parece ser mais frequente.

O estudo de Oliveira *et al.* (2015), fez uma análise do perfil sociodemográfico, de morbidade e frequência da busca por um serviço de saúde de homens adultos cadastrados em um setor do Programa Médico de Família do município de Niterói (RJ), e constatou que, dos 323 homens cadastrados, 56% buscaram atendimento. O principal motivo que demandou o primeiro atendimento foi consulta de rotina e cerca de 40% nunca buscaram o serviço de saúde. Homens procuram menos os serviços de saúde de atenção básica do que as mulheres e estes tendem a optar por buscar serviços na necessidade de problemas de saúde agudos ou crônicos. O adoecimento e o cuidado de si são ações pouco valorizadas pelo homem, o que contribui para a não valorização da cultura de medicina preventiva e o afastamento do acesso aos serviços de saúde na atenção primária.

Outrossim, esta não procura por atendimento na atenção básica, pode ser reflexo do papel social construído para o homem em que a masculinidade está atrelada a valores ou atributos como fortaleza, agressividade e competitividade que foram socialmente construídos, contribuindo para determinar o perfil de morbimortalidade destes sujeitos. A construção social de masculinidade tem relação direta com os modos de perceber e de viver o adoecer e o cuidado com o corpo, o acesso e a frequência aos serviços de saúde estão relacionados diretamente ao fato de que homens não se reconhecem como doentes. Em contraponto, a mulher mantém a disciplina do autocuidado em sua rotina, diferente dos homens que mantêm um baixo desempenho (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A percepção de homens e mulheres sobre sua própria saúde e os caminhos pela busca aos serviços de saúde, são divergentes e influenciadas pela cultura intrínseca ao gênero. Os homens se sujeitam mais a comportamentos de risco, praticam automedicação e apresentam piores indicadores bioquímicos de saúde, além de se perceberem mais saudáveis e mais fortes que mulheres, o que implica na busca do autocuidado e a serviços (MOURA *et al.*, 2017).

A respeito da distribuição dos casos novos diagnosticados, residentes de Niterói, segundo raça-cor, observou-se que mais da metade dos casos ocorreram em pessoas brancas, 48,45%, seguido de pardos, 26,70% e pretos, 20,19%. No Brasil, a maioria dos casos ocorre entre pardos, seguidos de brancos e pretos, entretanto as regiões Sul e Sudeste apresentam maiores proporções entre brancos, segundo o último boletim epidemiológico de 2022. Isto corrobora com a afirmativa de que o adoecimento pela hanseníase não há distinção ou predileção entre grupos étnicos.

Quanto a variável faixa etária, a pesquisa revelou que 96,6% dos casos ocorreram entre pessoas a partir de 15 anos ou mais de idade, a população menor de 15 anos de idade correspondeu apenas a 3,4%. Os grupos etários entre 15 a 30 anos, 31 a 45 e 61 a 75 anos apresentaram uma distribuição semelhante, respectivamente: 19,6%, 21,1% e 20,2%. No entanto, a maior proporção observada foi na faixa etária de 46 a 60 anos, 29,2%. A população a partir de 60 anos de idade,

considerando o grupo etário dos idosos, corresponderam a 94 casos novos diagnosticados com hanseníase, o que representa 29,2% dos casos em idosos.

Estudos apontam maiores prevalências de casos na faixa etária de 40 a 60 anos, em diferentes regiões do país, o longo período o de incubação da doença possibilita o maior contato social das pessoas durante a vida, o que aumentam as chances de entrar em um episódio de contágio entre as pessoas (SILVA *et al.*, 2020).

O conceito de População Economicamente Ativa (PEA) distingue a população que está inserida no mercado de trabalho ou que, de certa forma, está procurando se inserir nele para exercer algum tipo de atividade remunerada. Não há um método consolidado em todo o mundo para definir aqueles que fazem parte da PEA, entretanto, nos países subdesenvolvidos, o índice inclui os indivíduos que possuem entre 10 e 60 anos, já nos países desenvolvidos geralmente considera-se apenas aquele que possui mais de 15 anos (OLIVEIRA, 2019).

A partir deste pressuposto, podemos inferir que a hanseníase afeta em maiores proporções a PEA, e que neste estudo pode-se observar que a partir dos 15 anos de idade, a proporção de casos aumenta gradativamente, devido ao agravante da produção de incapacidades física ocasionada pela doença, as chances de concorrência no mercado de trabalho diminuem.

O estudo de Will (2019), corrobora com o presente estudo, que obteve em seus achados o aumento da prevalência da hanseníase proporcionalmente de acordo com a faixa etária, notadamente após os 15 anos de idade. Afirma ainda que, tal fato, agrava ainda mais a problema em torno da hanseníase visto que, por ser uma doença potencialmente incapacitante, a pessoa acometida se vê afastada das suas atividades laborais, passando a ser mantido pelo Estado, gerando custos à previdência social, com maiores demandas na atenção à saúde, o que aumenta os custos com cuidados médicos.

Mais da metade dos casos diagnosticados no período de 2007 até 2020 foram multibacilares, 54,34%, tendo em vista que esta é forma operacional da doença que, quando não tratada, corresponde a forma transmissora, isto ressalta a importância da vigilância de contatos para detecção de casos novos. No Brasil, a proporção da forma um multibacilar também é maior que a paucibacilar (forma não transmissora). Em relação a forma clínica da doença, a maior proporção ocorreu na forma Virchowiana (29,72%). Em segundo lugar, ocorreu a forma clínica Tuberculóide (27,27%), seguida da Dimorfa (24,12%) e Indeterminada (18,88%).

Pessoas com a forma clínica Virchowiana, sem tratamento, são consideradas os principais focos de transmissão da doença (ROCHA *et al.*, 2020).

A hanseníase virchowiana ocorre nos indivíduos que apresentam imunidade celular menos eficaz contra o *Mycobacterium leprae* e representa importante foco infeccioso nos casos não tratados, já a forma dimorfa acomete pessoas com instabilidade imunológica contra o bacilo, constituindo tais

indivíduos um grupo mais sujeito às reações hansênicas, que são uma das principais causas de surgimento de incapacidades físicas em hanseníase (WILL, 2019).

O estudo de Rocha *et al.* (2020), descreveu características dos casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2016 a 2018, observou que a forma clínica Virchowiana foi mais frequente em idosos e que estes apresentaram maiores índices de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, em relação a outras faixas etárias.

Para o controle efetivo da doença é necessário investimento em educação em saúde para diagnóstico oportuno e ações de controle de vigilância em saúde, com esse objetivo espera-se o predomínio da forma clínica indeterminada, por ser a forma inicial da doença, caracterizada pela presença de uma ou poucas lesões sem comprometimento neural. O atraso do diagnóstico de pacientes classificados multibacilares (dimorfos e virchowianos), é preocupante, em virtude de serem formas bacilíferas e, quando não tratadas, podem levar a graves problemas neurológicos incapacitantes, além de manter a cadeia de transmissão da doença (FRANCISCO *et al.*, 2019).

Em relação a variável escolaridade, neste estudo, a maior parte das pessoas diagnosticadas apresentaram nível de escolaridade entre a 1ª e 4ª série do ensino fundamental incompleto (22,87% dos casos), apenas 6,83% possuíam ensino fundamental completo e 16,72% ensino médio completo e ao todo, apenas 12,29% apresentaram educação superior completa ou incompleta. Igualmente, o boletim epidemiológico de 2022 avaliou o nível de escolaridade dos casos de hanseníase entre 2016 e 2020 no Brasil, evidenciou que houve predomínio dos casos novos de hanseníase em indivíduos com ensino fundamental incompleto (40,9% dos casos) e em todas as regiões brasileira houve esse comportamento, seguidos por aqueles com ensino médio completo e ensino superior incompleto.

Foi possível inferir também que o nível de escolaridade afetou diretamente a proporção de grau de incapacidade física no diagnóstico, a medida em que o nível de escolaridade aumenta, diminuem-se os casos com alguma incapacidade física, 1 ou 2, dentro do nível de escolaridade avaliado e aumenta os avaliados com grau zero, como foi evidenciado neste estudo. O nível de escolaridade também está relacionado ao nível de informação que as pessoas recebem ao longo dos anos de estudo, isto interfere na percepção do adoecer e no autocuidado.

A educação tem um papel fundamental no entendimento de saúde, na desconfiança de que algo diferente estaria acontecendo com o corpo e na busca por ajuda profissional. Ter algum nível de escolaridade proporciona entendimento maior a respeito dos cuidados que devem ser tomados durante o tratamento e na importância da sua continuidade. Cada ano a mais estudado diminui-se a proporção de casos novos sendo diagnosticados e de surgimentos de incapacidades físicas no diagnóstico (JESUS, *et al.*, 2021).

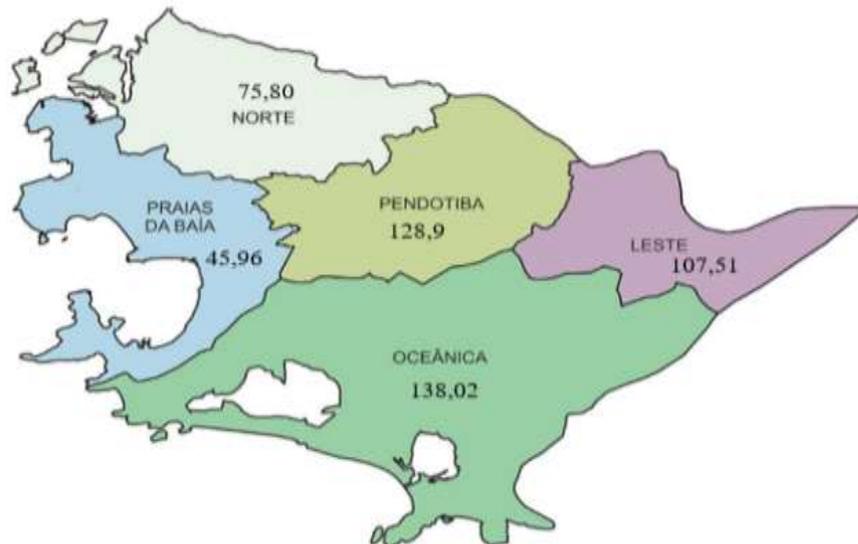
O fato de a doença ser mais frequente entre aqueles com menor escolaridade, considerando esta variável como indicador de condições de vida, reforça também o caráter de negligência (SOUZA *et al.*, 2018).

A revisão bibliográfica de Silva *et al.* (2020), constatou a predominância de baixo grau de instrução entre os casos novos diagnosticados em diversas pesquisas, e considera que baixos níveis educacionais estão relacionados ao desempenho de funções com baixa remuneração e, conseqüentemente, baixa renda familiar, o que caracteriza um fator de risco à saúde.

A escolaridade dos casos de hanseníase deve ser considerada pelos profissionais de saúde ao realizarem atividades de educação em saúde para as pessoas envolvidas no adoecer em hanseníase, já que pode influenciar consideravelmente na compreensão das orientações sobre o processo saúde-doença, bem como nos cuidados necessários durante todo o tratamento e no pós-alta (MELO *et al.*, 2017).

A distribuição dos casos no município não é homogênea, foi calculado a taxa de detecção de casos por 100mil habitantes entre as regiões administrativas do município, regiões mais populosas, apesar de apresentarem maiores números de casos, apresentaram menores taxas de detecção, elas também apresentam as maiores ofertas de serviços, encontram-se nas Regiões Praias da Baía e Região Norte, com taxas de detecção 45,96/100mil habitantes e 75,80/100mil habitantes respectivamente. As regiões mais distantes do centro possuem uma população menor e conseqüentemente menos ofertas de serviços, entretanto, apresentaram altas taxas de detecção, como apresentado na Figura 19.

Figura 19 - Taxa de detecção geral por região administrativa



Fonte: Niterói (2021).

Em relação aos indicadores de proporção de grau de incapacidade física 2 avaliados no diagnóstico e na cura, observou-se que ambos apresentaram aumento ao longo dos anos. A avaliação quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico, refere-se a avaliação do paciente na chegada ao serviço de saúde, quando dá início ao tratamento e a avaliação na cura, ou seja, no momento de alta,

auxilia como um parâmetro para avaliar a evolução do paciente ao longo do tratamento. Esta avaliação deve ser feita primordialmente no diagnóstico e na alta, entretanto, pode ser avaliada durante o tratamento, sempre que o profissional achar necessário.

Para a vigilância em saúde, a presença de incapacidades físicas, especialmente o grau 2, tem importante significado no processo de caracterização da qualidade do diagnóstico, na detecção oportuna e precoce, devido ao longo período de incubação da doença, os sinais e sintomas evoluem lentamente e se não tratada, pode gerar danos irreversíveis. Ocorre que, a presença do grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, significa dizer que o caso foi descoberto de forma tardia. Diagnósticos tardios podem produzir sequelas irreversíveis ao doente, além de expor por mais tempo os contactantes do caso índice multibacilar à doença, alimentando assim a cadeia de transmissão.

A reflexão sobre a prevenção de incapacidades físicas deve estar bem clara aos profissionais de saúde e na percepção do autocuidado, a presença de incapacidades, além de refletir na qualidade do acesso ao diagnóstico, reflete também no acompanhamento dos casos durante o tratamento e no pós alta por cura, estes são indicadores de monitoramento e avaliação da doença.

No município, a proporção de GIF2 no diagnóstico apresentou tendência crescente ao longo do período estudado, em média ocorreu um aumento de 0,58% ao ano. Na maior parte do tempo este indicador teve parâmetro classificatório médio, entre 5 e 9,9% nos anos de 2008 a 2010, 2014 e 2017, porém apresentou-se alto nos anos de 2007, 2015, 2016, 2018 e 2019, com valores igual ou superior a 10%, demonstrando o atraso na detecção, a média das proporções foi de 9,67%.

Já o indicador de proporção de incapacidade física 2 na cura, também apresentou curva de crescimento crescente, quase 1% ao ano (0,92%), e o valor médio foi de 8%, qualificando o indicador como médio na maior parte da série histórica. Entretanto, esta avaliação nos anos de 2009, 2017, 2019 e 2020 apresentou-se com classificação de alta proporção de GIF 2 na alta por cura, o que é preocupante na evolução desses pacientes.

A hanseníase é uma enfermidade neurológica, altamente incapacitante, em decorrência do comprometimento neural, que pode ser evitado através de tratamento com a poliquimioterapia e técnicas simples e de fácil aplicação para prevenção, compatíveis com atividades de rotina nas unidades de saúde pública. Para isto, a educação em saúde é uma estratégia fundamental para a prevenção de incapacidades, que não depende somente dos profissionais de saúde, mas, também, da mudança de postura do doente, que precisa adquirir conhecimento sobre o assunto e modificar atitudes e práticas em saúde, todavia, esta incorporação de práticas de autocuidados, depende, primeiramente, da ampliação da rede de atenção e da capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento qualificado e humanizado (SANTOS; IGNOTTI, 2020).

A avaliação consiste no exame neurológico simplificado que avalia o dano neural em face, membros superiores e inferiores, possui um instrumento que orienta e uniformiza a utilização do exame, bem como a utilização do estesiômetro, para monitoramento da evolução da doença, nervos

acometidos e precisão do grau de incapacidade física. Para tal, é importante que os serviços de saúde estejam aptos para oferecer não somente o tratamento medicamentoso, mas também a prevenção de incapacidades físicas e suporte aos aspectos que envolvem a doença.

Os indicadores que permitem analisar a medida em que o paciente está sendo avaliado ou não, e como o serviço está desempenhando este papel são: proporção de casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico e na cura por alta. Neste sentido, observou-se na série histórica que a proporção de avaliados no diagnóstico apresentou crescimento linear, quase nulo, de 0,38% ao ano, porém, apesar disso, este indicador se manteve com bons parâmetros classificatórios, acima de 90% ao longo dos anos, por vezes foi atingido 100% de avaliados no diagnóstico (2013, 2015, 2016 e 2020). Quanto a avaliação de incapacidades ao final do tratamento, na alta por cura, apesar do crescimento médio de 0,77% ao ano, este indicador manteve-se basicamente avaliado entre regular e precário, em média 79,50% de avaliados na cura.

Outros indicadores que também são utilizados para avaliar a qualidade da atenção e acompanhamento dos casos novos diagnosticados, a criação de vínculo com o paciente, são eles: a proporção de cura e a proporção de abandono dos casos de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. A proporção de cura é um dos indicadores pactuados pelo município nos Planos Anuais de Saúde, cuja meta é obter proporção de cura igual ou superior a 96%, isto ocorreu nos anos de 2011, 2012, 2014, 2015 e 2018. A análise revelou que o indicador de cura apresentou ótimo desempenho em relação a avaliação preconizada pelo Ministério da Saúde, o qual classifica o indicador como bom, acima de 90% de cura, o que ocorreu em todos os anos, exceto em 2013 e 2020.

Apesar do bom desempenho, o indicador de cura apresentou queda em média de 1,08% ao ano, este cenário não pode ser desvalorizado, pois a conclusão do tratamento de forma preconizada é de extrema importância para quebra da cadeia de transmissão da doença e prevenção de incapacidades, ao passo que, o vínculo entre usuário e profissional de saúde gera comprometimento no tratamento, oportunidades de educação em saúde e segmento também no âmbito familiar, principalmente no quesito de avaliação de contatos.

Já a proporção de abandono apresentou incremento em média de 0,85% ao ano, que apesar disso, manteve-se com bom parâmetro classificatório. Vale ressaltar que o ano de 2020, foi um momento atípico no país, devido a pandemia do COVID-19, neste período observou-se maior proporção de abandono em todos os anos avaliados, 15% de abandono. Até que ponto esta pandemia e o isolamento social afetaram no controle de doenças e agravos?

O ano de 2020 apresentou maior redução da taxa de detecção geral no Brasil e estados, o que pode estar relacionado aos efeitos do menor número de diagnósticos causado pela sobrecarga dos serviços de saúde e pelas restrições durante a pandemia do Covid-19 (BRASIL, 2022).

O estudo de Batista *et al.* (2022), evidenciou uma importante queda na detecção de casos novos e na prevalência de hanseníase nas regiões brasileiras e sugere que as medidas de isolamento implantadas para seu controle da pandemia do COVID-19, possam ter refletido na menor busca por atendimentos em saúde.

A pandemia do Covid-19 acarretou transtornos para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, ou de longo tratamento como a hanseníase, consultas tiveram que ser reagendadas, exames de rotina foram afetados devido à sobrecarga de exames para o diagnóstico e a sequência de tratamento de Covid-19, o que pode contribuir para evolução de reações hansênicas e sequelas. Além disso, outro prejuízo importante foi a redução no número de treinamentos para manejo da hanseníase e nas realizações de campanhas educativas. Isso acarreta uma queda nas taxas de diagnóstico e um aumento no estigma da doença uma vez que existe um desvio de foco onde se prioriza o Covid-19 em detrimento de outras doenças que também assolam o país (MENDONÇA *et al.*, 2022).

Durante a pandemia, no início do ano de 2020, Estados brasileiros relataram ao Ministério da Saúde a escassez ou falta de medicamentos para o tratamento da hanseníase. Isto foi constatado junto a OPAS e a OMS, que justificaram a falta dos medicamentos devido a suspensão temporária do insumo farmacêutico ativo da dapsona, ocasionado por problemas técnicos na produção e dificuldades no transporte de medicamentos para o Brasil, devido à baixa disponibilidade de voos e aos altos custos de frete aéreo. Esclarecido por meio da Nota Informativa nº 13/2020-CGDE/.DCCI/SVS/MS (0016198762), Nota de Esclarecimento (0016379134) e Nota Técnica nº 19/2020-CGDE/.DCCI/SVS/MS (0017596682) (BRASIL, 2020c).

Grande parte dos profissionais vivenciou a falta de medicamentos para o tratamento da hanseníase nas unidades de saúde de atenção primária neste período de pandemia. Foram frequente as manchetes de jornais e notícias informando que o Brasil estava passando por uma falta de medicamentos para hanseníase nesse período. A falta de medicamento acarreta vários outros problemas como a priorização de pacientes, o retrocesso no controle da doença, o aumento na transmissão e a dificuldade no diagnóstico (MENDONÇA *et al.*, 2022).

Estes acontecimentos podem ter contribuído para o aumento na proporção de abandono de tratamento e brusca queda evidenciada na taxa de detecção geral de hanseníase e na proporção de contatos avaliados no município de Niterói no ano de 2020.

A taxa de detecção geral mede a magnitude e a tendência da endemia, no município avaliado, observou-se uma constante queda neste indicador, com períodos oscilantes de pequenos picos e quedas. Este comportamento é observado em países que conseguiram atingir a eliminação da hanseníase e zerar o número de casos. Ao longo desta evolução, o indicador em Niterói manteve-se com a classificação de endemia média até o ano de 2019 e em 2020 decaiu ao ponto de atingir a classificação baixa. Entretanto, apesar da evidente queda na detecção, não é possível mensurar até o momento se este comportamento final, na mudança de classificação de médio para baixo ocorreu de

fato devido a não existência de novos casos ou realmente em decorrência dos reflexos da pandemia, visto que, este indicador, possui limitações em detectar variações de tendência a curto prazo, a medida em que a realidade diagnóstica ocorre em geral de forma tardia.

A taxa de detecção em menores de 15 anos de idade é um indicador capaz de medir a força de transmissão recente, a existência de pessoas menores de 15 anos infectadas pela hanseníase, sugere que a exposição ao bacilo vem ocorrendo desde muito cedo, tendo em vista o longo período de incubação da doença, ou seja, maior endemia, maiores chances de existência de outros casos novos em adultos, principalmente entre os contatos.

A incidência da hanseníase entre jovens indica exposição precoce ao *M. leprae*. O período de incubação da doença dura, em média, cinco anos, por isso o adoecimento de jovens denota a continuidade da transmissão do bacilo (NIITSUMA *et al.*, 2021).

Observou-se significativa queda na taxa de detecção em menores de 15 anos de idade, acompanhando o comportamento da taxa de detecção geral, até atingir a não existência de casos nesta faixa etária especial nos anos de 2014, 2016 e nos últimos três anos desta avaliação. Neste aspecto pode-se inferir que realmente os casos estão diminuindo.

Particularmente, estudos apontam que maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase estão significativamente associadas a características ecológicas e estruturais como altas taxas de analfabetismo, maior proporção de domicílios com saneamento inadequado, maior taxa de urbanização, maior média de número de pessoas por cômodo nos domicílios, maior desigualdade de renda, ou seja, precárias condições sociais (FREITAS *et al.*, 2017).

Considerando este aspecto da redução no número de casos novos a cada ano, a taxa de prevalência que mede a magnitude da endemia vem apresentando redução média de 0,042 ao ano, o qual se manteve com valores abaixo de 1 caso para cada 10 mil habitantes, mantendo a meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública. Do ano de 2010 até 2020 a taxa evoluiu de 0,53 para 0,12/10mil habitantes, mantendo parâmetros classificatórios do indicador baixo.

Este indicador faz um panorama dos casos em tratamento de uma região em determinado momento. A taxa de prevalência baixa também pode demonstrar a redução da transmissão comunitária que, apesar de bem avaliada, atualmente não deve ser analisada isoladamente, sem a observação de todo o contexto da avaliação de outros importantes indicadores, como a redução de detecção de casos novos diagnosticados, proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico e a proporção de contatos avaliados por exemplo.

Neste estudo foi evidenciado a ocorrência de diagnósticos tardios, devido a alta produção de incapacidades física, a maioria dos diagnósticos eram casos multibacilares, que é a forma transmissora da doença e a proporção de contatos examinados que oscilou entre precário, regular e bom, sendo esta a melhor forma de realizar novas detecções de forma precoce. Estes componentes avaliados podem sugerir a existência de uma prevalência oculta da doença, onde ainda existem casos não detectados.

O Grau de incapacidade é um indicador indireto de endemia oculta, permitindo estimar a prevalência mais real do cenário do agravo, pessoas que não foram diagnosticadas e tratadas podem ser possíveis fontes de contágio e manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase (FRANCISCO *et al.*, 2019).

Atualmente, a meta de eliminação da hanseníase foi redefinida para meta de interrupção da transmissão. A OMS está desenvolvendo procedimentos operacionais padrão para verificar a eliminação da transmissão, nos quais um elemento-chave será o compromisso com a vigilância pós-eliminação, incorporar os objetivos de zero incapacidade e zero discriminação, reduzir ainda mais a carga de doenças pela detecção precoce e pelo tratamento imediato (OMS, 2021).

A tendência mundial de casos novos das pessoas tratadas de hanseníase é de diminuição com o passar dos anos. No entanto, o controle no Brasil continua sendo um grande desafio para a saúde pública. A situação epidemiológica é considerada heterogênea decorrente da grande variação do coeficiente de prevalência nas várias regiões do país e, ainda, contribuiu com 15% da média anual de casos no mundo, considerado de alta carga para a doença (FRANCISCO *et al.*, 2019).

A proporção de contatos examinados é um indicador capaz de medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando assim a detecção oportuna de casos novos. Para esta avaliação é considerado o contato intradomiciliar, restrito ao domicílio, entretanto, a transmissão da doença não se restringe ao ambiente domiciliar, portanto, enfatiza-se assim, o importante papel dos contatos extradomiciliares ou sociais na cadeia de transmissão da hanseníase (LEANO *et al.*, 2017).

Neste estudo, a proporção de contatos examinados teve um aumento em média com um incremento de 0,54% ao ano, este indicador percorreu um caminho de um modo geral com desempenho bom e regular, de fato, apenas nos anos de 2012, 2017 e 2019, conseguiu atingir a meta pactuada pelo município com indicador igual ou superior a 95%, e nos anos de 2014 e 2016 atingiu a proporção de 94% de contatos avaliados. Nesta trajetória da série histórica, apenas no início e no fim apresentaram-se resultados precários na vigilância de contatos, concomitante a isso, pode-se observar as maiores quedas na taxa de detecção que ocorreram logo no início da série em análise e no último ano.

Estudos evidenciam o maior risco do adoecimento de contatos de hanseníase entre residentes em ambientes com maiores aglomerações, contatos com renda mensal inferior a três salários-mínimos e em contatos analfabetos, maior adoecimento nos contatos consanguíneos, principalmente parentes de primeiro grau, maior risco entre cônjuges e entre contatos de caso índice multibacilar, além disso, quanto maior o índice baciloscópico (IB) positivo, maiores são as chances de contaminação. A convivência com casos que apresentavam incapacidades físicas aumentou a chance de adoecimento dos contatos em quase dez vezes (NIITSUMA *et al.*, 2021).

A persistência da pobreza, a desigualdade social e as lacunas no enfrentamento dos determinantes sociais são os principais desafios na eliminação da hanseníase. Populações vulneráveis comumente encontram barreiras no acesso a bens e serviços do Estado, incluindo acesso ao diagnóstico precoce da hanseníase, tratamento oportuno e manejo das incapacidades físicas. O risco de adoecimento de contatos perpassa pela vulnerabilidade social, pela susceptibilidade individual e por dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Apesar da influência das respostas imunológicas na susceptibilidade à doença, fatores de risco modificáveis parecem ser os principais determinantes do adoecimento por hanseníase entre contatos, entretanto, a presença de cicatriz vacinal de BCG conferiu proteção à hanseníase nos contatos (NIITSUMA *et al.*, 2021).

## 6 CONCLUSÃO

Trabalhar com a hanseníase é carregar inquietações que geram ainda mais inquietações, uma enfermidade milenar caracterizada até os dias atuais como negligenciada, desse modo, sem interesses para construções de tecnologias para o seu enfrentamento, predominante em uma parcela da sociedade esquecida, mas hegemônica no Brasil, provoca mais que incômodos no estômago pela negligência governamental e carência de políticas públicas, causa anseio de lutas (JESUS *et al.*, 2021).

Diante da complexidade do contexto que envolve o adoecer em hanseníase, seu tratamento e controle vão além da prática medicamentosa, desafiando as práticas de cuidado e vigilância em saúde, mediante a construção social, cultural e política. Como profissional de saúde para exercer o cuidado e suas práticas, é necessário inserir o contexto social do usuário, avaliar o meio ambiente em que se vive, além de critérios epidemiológicos relacionados ao número de casos e remodelar suas práticas tendo em vista as necessidades em saúde da população. Exercer práticas de educação em saúde com a população na percepção do autocuidado, e do combate aos estigmas e preconceitos que envolvem a doença e investir em capacitação profissional, na atenção ao diagnóstico precoce, manejo da doença, prevenção de incapacidades e em especial a vigilância de contatos.

Estudos mostraram que a baixa escolaridade é um atenuante para complicações em hanseníase, que agrava a condição do autocuidado, com maior propensão a produção de incapacidades físicas, essa realidade foi apresentada no município em análise, onde percebeu-se que, quanto menor o nível de escolaridade, maior o grau de incapacidade física produzida. Além disso, a baixa escolaridade influencia na produção de renda familiar, com baixos salários, baixas possibilidades de variedade alimentar de qualidade, baixas condições de moradias que contribuem também para aglomerações e precárias condições de qualidade de vida em um modo geral. Portanto, a prevenção no cuidado a saúde está implícita em questões que envolvem o contexto político, distribuição de renda e condições de qualidade de vida.

Outro sim, foi evidenciado a saúde/adoecimento do homem com maior gravidade em relação às mulheres na produção do autocuidado. Uma vez que a população mais afetada pertence a faixa da população economicamente ativa, em especial, foi observado maior número de casos a partir dos 46 anos de idade, por vezes, a pessoa afetada pela hanseníase, vive em fragilidade social, prioriza suas demandas por trabalho e produção de renda, ao invés de sua própria saúde. Essas características evidenciam a necessidade de mais investimento em estratégias que valorizem a saúde do homem e oportunizem a produção do autocuidado e do cuidado da equipe de saúde.

Apesar da diminuição de números de casos novos, o diagnóstico se mantém tardio, com crescente produção de incapacidade física grau 2, e a maioria dos diagnósticos ainda são de casos multibacilares, situações que preservam a cadeia de transmissão da doença. É importante ressaltar que

a medida mais eficaz em vigilância em saúde para o diagnóstico precoce e controle da hanseníase é a vigilância de contatos, que apesar do crescimento, oscila entre precário, regular e bom no município. Isto reforça a necessidade de investir em estratégias e ações de controle e vigilância da hanseníase.

O Programa Médico de Família (PMF) tem em seu objeto de trabalho a atenção a saúde às populações mais vulneráveis nas regiões de abrangência, entretanto, não foi encontrado um plano ou estratégia específica do município para o controle e vigilância da hanseníase. O que pode ser uma boa sugestão a ser implementada, para orientar o tratamento, fluxos e boas práticas em vigilância em saúde para o controle da doença.

Os documentos encontrados foram o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) que trabalha a vigilância na avaliação de indicadores, capacitação profissional e foco em especial nos indicadores pactuados, que são proporção de cura e vigilância de contatos; além disso, apenas em 2021 o município produziu a carteira de serviços do PMF, que orienta profissionais e usuários a respeito da oferta dos serviços de saúde.

Apesar dos esforços, os desafios ainda são grandes, a vulnerabilidade social ainda é um tema necessário na abordagem a doenças negligenciadas. Para o controle e combate da hanseníase, é necessário valorizar o planejamento e ações para interromper a cadeia de transmissão do bacilo, mediante o controle e prevenção de incapacidades físicas, diagnóstico precoce, apoio a adesão e conclusão do tratamento que é gratuito em todo o Brasil, para uma doença que tem cura, intensificar ações que visam a avaliação de contatos e promoção da saúde.

## 7 REFERÊNCIAS

BATISTA, J.V.F.; FREITAS, E.L de.; RODRIGUES, E.L.; BORBA, J.A.; ROSA, H.; MARINHEIRO, J.C. Características epidemiológicas da hanseníase no Brasil entre os anos de 2015 e 2020. **Revista Brasileira de Doenças Infecciosas**. Volume 26, Suplemento 1, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021005584?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102089>

BERNARDES, M. P. *et al.* Análise do Perfil Epidemiológico de Hanseníase no Brasil no período de 2010 a 2019. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.6, p. 23692-23699 nov./dec. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-002>

BRASIL. Ministério de Estado da Justiça e Negócios Interiores. **Decreto n.5.156, de 8 de março de 1904**. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>.

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 [recurso eletrônico]. Brasília, 2016. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes\\_para\\_.eliminacao\\_hanseniasse\\_-\\_manual\\_-\\_3fev16\\_isbn\\_nucom\\_final\\_2.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_.eliminacao_hanseniasse_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_hanseniasse.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniasse.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial-Hanseníase 2020a**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-hanseniasse>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020b**. Brasília. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa\\_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **Nota Técnica Nº 25/2020-CGDE/.DCCI/SVS/MS**. Desabastecimento de medicamentos para o tratamento de Hanseníase - Poliquimioterapia Multibacilar Adulto (MBA) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2020c. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificado\\_r=0018159807&codigo\\_crc=E4FF5F72&hash\\_download=728c1d2476f0616ccca736741001c51444857a00b23532641332e4ef37d1767780e8729ace5092e087e0ae0e7c9a98c6e973826fdd25fe9a024e17fd9ea9abd8&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=62](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificado_r=0018159807&codigo_crc=E4FF5F72&hash_download=728c1d2476f0616ccca736741001c51444857a00b23532641332e4ef37d1767780e8729ace5092e087e0ae0e7c9a98c6e973826fdd25fe9a024e17fd9ea9abd8&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=62)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para enfrentamento da hanseníase 2019/2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília, 2021a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_nacional\\_enfrentamento\\_hanseníase\\_2019.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_enfrentamento_hanseníase_2019.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial-Hanseníase 2021b**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-hanseníase>

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS; Portal da Saúde 2014**. [Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial-Hanseníase 2022**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-2022>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2011.

CARNEIRO, D. F. *et al.* Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, Salvador, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17541>

CORRÊA, C. M. *et al.* Diálogos sobre a descentralização do programa de controle da hanseníase em município endêmico: uma avaliação participativa. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0114>

CRUZ, V. dos S. *et al.* Análise dos impactos biopsicossociais da hanseníase em adultos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16872>

DUCATTI, I. *et al.* A formação profilática da hanseníase no Brasil de Vargas: isolamento e legitimação de ações em saúde pública. **Cordis: Revista Eletrônica de História Social da Cidade**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/view/39717/26889>

FARIA, L. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **História Ciência Saúde-Manguinhos**, v. 22, n.4, Rio de Janeiro out./dez. 2015.

FERREIRA, J. V. S. *et al.* Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase no norte do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, ISSN 2525-3409. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5288>

FRANCISCO, L. L.; SILVA, C. F. G. da.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase em município do interior do Estado de São Paulo. **Arch. Health. Sci.**, 2019 abr.-set 26(2) 89-93. 10.17696/2318-3691.26.2.2019.1643 Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1045935/artigo2.pdf>

FREITAS, L. R. S. de. *et al.* Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001 - 2003 e 2010 – 2012. **Rev. Brasileira de epidemiologia**, v. 20, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040012>

HESPANHOL, M. C. L. *et al.* O diagnóstico tardio na perspectiva do itinerário terapêutico: grau 2 de incapacidade física na hanseníase. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200640>

HÜBNER, L. C. M. *et al.* O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1. p. 173-191, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/173-191/pt>

JARDIM, C. P. *et al.* Análise da produção científica brasileira sobre hanseníase identificada na base de dados web of science. Arq. **Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 2, p. 105-111, maio/ago. 2020. Disponível em: [10.25110/arqsaude.v24i2.2020.7709](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v24i2.2020.7709)

JESUS, I. L. R. de .; MONTAGNER, M. I. .; MONTAGNER, M. A. . Hanseníase, vulnerabilidades e estigma: revisão integrativa e metanálise das falas encontradas nas pesquisas. **Editora Coleta Científica**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 77, 2021. Disponível em: <http://portalcoleta.com.br/index.php/editora/article/view/86>

LAURINDO, C. R. *et al.* Trajetória de casos de hanseníase e fatores relacionados. **Ciência e Cuidado e Saúde** 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i3.42275>

LEAL, D. R.; CAZARIN, G.; BEZERRA, L. C. A.; ALBUQUERQUE, A. C.; FELISBERTO, E. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 41, N. Especial, p. 209-228, março 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S16> .

LEANO, H. *et al.* Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase. **Rev Rene.**, v. 18. n. 6, p. 832-9, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324054583018/324054583018.pdf>

LEITE, S. C. C. *et al.* “Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n, 1, p. 121-138, 2015.

LINS, A. U. F. de A. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 171-194, 2010.

MARINHO, F. D. *et al.* Hanseníase: representações sociais entre familiares de adolescentes com a doença. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 40-49, 2018.

MELO, J.P.; MORAES, M.M.; SANTOS, N.R dos.; SANTOS, T.S. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de uma unidade de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**. UEFS, Feira de Santana, v. 7, n. 1, p. 29-34, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1176/1279>

MENDONÇA, I.M.S. *et al.* Impacto da pandemia de Covid-19 no atendimento ao paciente com hanseníase: estudo avaliativo sob a ótica do profissional de saúde. **Research, Society and Development**, v.11, n.2, ISSN 2525-3409. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25459/22275>

MOURA, E. C. de.; GOMES, R.; PEREIRA, G. G. M. C. Percepção sobre a saúde do homem numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.17482015>

NIITSUMA, E.N.A. *et al.* Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. **Rev. Brasileira de epidemiologia**, 2021; 24: E210039. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210039> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6yRXLPSd7gnJ7RTFqJ5mqTb/?lang=pt>

NITERÓI. **Plano Municipal de Saúde**. Fundação Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%202018-2021%20vers%C3%A3o%20final%20aprovado%20CMS%2020mar2018%20-%20com%20altera%C3%A7%C3%A3o.pdf>

NITERÓI. Fundação Estatal de Saúde. **Carteira de serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói**: versão profissionais de saúde e gestores / Fundação Estatal de Saúde de Niterói. – Niterói: Eduff Institucional, 2021. – 3.185 Kb: il.; ePUB. Disponível em: [https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/CS\\_do\\_Programa\\_Medico\\_de\\_Familia\\_de\\_Niteroi\\_livro\\_digital\\_18001e3f63.pdf](https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/CS_do_Programa_Medico_de_Familia_de_Niteroi_livro_digital_18001e3f63.pdf)

NOTA TÉCNICA Nº 16/2021-CGDE/. **DCCI/SVS/MS Tratamento de Poliquimioterapia Única – PQT- U/OMS**, 2021. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI\\_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf)

OLIVEIRA, M.M. de.; DAHER, D.V.; SILVA, J.L.L da; ANDRADE, S.S.C.A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>

OLIVEIRA, W. R. de. **Estudo da população economicamente ativa no Brasil via análise de agrupamentos**. Trabalho de conclusão de curso de Administração - Universidade Federal De Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/27981/4/EstudoPopula%c3%a7%c3%a3oEconomicamente.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS divulga situação mundial da hanseníase**, 2010. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1477](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 “Rumo à zero hanseníase”. **Nova Delhi**: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático, 2021. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>

PASSOS, Á. L. V. *et al.* Representações sociais da hanseníase: um estudo psicossocial com moradores de um antigo hospital colônia. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 21, n. 1, p. 93-105, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v21i1.1944>

PIRES, K. L. *et al.* Polineuropatia desmielinizante como manifestação inicial isolada de hanseníase: relato de caso. **Medicina (Ribeirão Preto)** [Internet]. 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i1p73-79>

PRADO, A. I. O. Saúde, adoecimento, atenção e autoatenção entre pessoas atingidas pela hanseníase em Teresina, Piauí. **Repositório Institucional da UFSC**, 2016.

RATHOD, S. P. J. A. Chowdhary, Pooja. Disabilities in leprosy: an open, retrospective analyses of institutional records. **An Bras Dermatol**, v. 95, p. 52–6, 2020. Estudo realizado na Skin OPD, New Civil Hospital, Ahmedbad, Gujarat, Índia. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.07.001>

RIBEIRO. G.C.; BARRETO. J.G.; BUENO, I.C.; COSTA, B.O.; LANA, F.C.F. Uso combinado de marcadores sorológicos e análise espacial na vigilância epidemiológica da hanseníase. **Rev Panam Salud Publica**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.129>

ROCHA, M.C.N.; NOBRE, M.L.; GARCIA, L.P. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/98NBb3RymNmQZsJb64zLqgv/?format=pdf&lang=pt>

RODRIGUES, R.N.; ARCÊNCIO, R.A.; LANA, F.C.F. Epidemiologia da hanseníase e a descentralização das ações de controle no Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39000>

SANTOS, A. R. dos.; IGNOTTI, E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 25, n. 10, p. 3731-3744, 2020. Acesso em: 31 março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30262018 Epub 28 set 2020. ISSN 1678-4561>.

SANTOS, K. C. B. dos *et al.* Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 576-591, abr-jun, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912122>

SARMENTO, A.P.A. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Rev Sociedade Brasileira Clínica Médica**, v.13, n. 3, p. 180-4, 2015. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/152>

SILVA, M. D. P. da *et al.* Hanseníase no Brasil: uma revisão integrativa sobre as características sociodemográficas e clínicas. **Research, Society and Development**, v. 9, n.11, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10745>

SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2017. Disponível: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/sinan-net>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SOUSA, C. M. B. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói**: continuidades e mudanças nos anos 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37161/2/ve\\_Camille\\_Melo\\_ENSP\\_2015](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37161/2/ve_Camille_Melo_ENSP_2015)

SOUSA, G. S. de *et al.* Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711219>

SOUZA, E.A de. *et al.* Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em uma área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, p. 20, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000335. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143837>. Acesso em: 20 mar. 2022.

VELÔSO, D. S. *et al.* Perfil Clínico Epidemiológico da Hanseníase: uma Revisão Integrativa. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1429-1437, 2018. Disponível em: 10.25248/REAS146\_2018

WILL, E. Perfil da hanseníase no Município de Campo Grande –MS de 2010 a 2017. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 5, n. 1, 30 set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/8156>

