

DESAFIOS NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA BRASILEIRA

Challenges in leprosy control actions in brazilian basic care

Desafíos en las acciones de control de la lepra en la atención básica brasileña

Larissa Genuíno Carneiro Martini¹, Aisha Sthefany Silva de Meneses², João Mário Pessoa Júnior³, Emanuella de Castro Marcolino⁴, Ana Elisa Pereira Chaves⁵, Francisco de Sales Clementino⁶

Como citar este artigo:

Martini LGC, Meneses ASS, Pessoa Jr. JM, Marcolino EC, Chaves AEP, Clementino FS. Desafios nas ações de controle da hanseníase na atenção básica brasileira. 2021 jan/dez; 13:1548-1553. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10441>.

RESUMO

Objetivo: analisar as ações de controle da hanseníase na Atenção Básica no Brasil, a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Método:** estudo transversal de abordagem quantitativa realizado a partir de dados secundários coletados junto as equipes de profissionais do PMAQ-AB, 2º ciclo. **Resultados:** a região Centro-Oeste com maior percentual de equipes com casos registrados de hanseníase (71,20%), sendo a que mais realiza diagnóstico de casos novos (90,2%); grande parte das equipes refere a existência da ficha de notificação(85,9%) e segue acompanhamento do tratamento dos usuários (95,2%); o Sudeste aparece como a região que menos faz busca ativa de faltosos do tratamento (83%); quanto a vigilância intradomiciliar, a maioria dos profissionais entrevistados afirma realizá-la (94,8%). **Conclusão:** reforça-se a necessidade de melhorias do trabalho das equipes para o atendimento integral às pessoas com hanseníase.

Descritores: Hanseníase; Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde.

- 1 Discente de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil.
- 2 Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PMJP/FCM/UFPB). Campina Grande, Paraíba, Brasil.
- 3 Doutor, Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal Rural do Semi-árido. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.
- 4 Doutora, Docente do Centro Universitário Unifacisa. Campina Grande, Paraíba, Brasil.
- 5 Doutora, Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil.
- 6 Doutor, Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas e Gestão de Serviços de Saúde (GEPPGESS), CNPQ.

ABSTRACT

Objective: to analyze leprosy control actions in Primary Care in Brazil, based on the external evaluation of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). **Method:** cross-sectional study with a quantitative approach carried out based on secondary data collected from the PMAQ-AB professional teams, 2nd cycle. **Results:** the Midwest region with the highest percentage of teams with registered cases of leprosy (71.20%), being the one that most diagnoses new cases (90.2%); most teams refer to the existence of the notification form (85,9%) and follow up on users' treatment (95,2%); the Southeast appears as the region that does the least active search for treatment absentees (83%); as for home surveillance, most of the professionals interviewed claim to do it (94,8%). **Conclusion:** the need to improve the work of the teams to provide comprehensive care to people with leprosy is reinforced.

Descriptors: Leprosy; Primary health care; Quality of health care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las acciones de control de la lepra en Atención Primaria en Brasil, a partir de la evaluación externa del Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB). **Método:** estudio transversal con enfoque cuantitativo realizado a partir de datos secundarios recogidos de los equipos profesionales del PMAQ-AB, 2º ciclo. **Resultados:** la región Medio Oeste con mayor porcentaje de equipos con casos registrados de lepra (71,20%), siendo la que más diagnostica nuevos casos (90,2%); la mayoría de equipos se refieren a la existencia del formulario de notificación (85,9%) y seguimiento del tratamiento de los usuarios (95,2%); el Sudeste aparece como la región que realiza la búsqueda menos activa de ausentistas de tratamiento (83%); en cuanto a la vigilancia domiciliar, la mayoría de los profesionales entrevistados afirman realizarla (94,8%). **Conclusión:** se refuerza la necesidad de mejorar el trabajo de los equipos para brindar atención integral a las personas con lepra.

Descriptor: Enfermedad de hansen; Primeros auxilios; Calidad de la asistencia sanitaria.

INTRODUÇÃO

Hanseníase constitui uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo que infecta os nervos periféricos, mais especificamente, as células de Schwann.¹⁻² Em virtude de sua cronicidade e baixa letalidade, a doença se mantém em expansão endêmica; dada sua magnitude e poder incapacitante, tem sido classificada como problema de saúde pública.

O Brasil se mantém como o segundo país do mundo mais atingido pela hanseníase e o primeiro na América.³⁻⁴ No período de 2012 a 2016 foram diagnosticados 151.764 casos novos da doença, equivalente a uma taxa média de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes.⁴ As maiores taxas médias de detecção foram nas regiões Centro-Oeste (37,27/100 mil hab.) e Norte (34,26/100 mil hab.). Já as regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes) apresentaram os menores índices.⁴⁻⁵

Considerando esse panorama, o Ministério da Saúde (MS) aderiu ao Plano Global para o Combate à Hanseníase 2016-2020 proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, pautada em três grandes pilares: o fortalecimento do controle e da parceria governamental, o combate da hanseníase e suas complicações, e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social. Fortalece-se a estratégia de descentralização das ações de controle da doença e do atendimento integral das pessoas com hanseníase através do trabalho realizado pelas equipes de profissionais da Atenção Básica.⁷

Neste cenário complexo e desafiador, entende-se a importância de um olhar multifacetado para as ações de controle da hanseníase realizadas pelas equipes de profissionais da AB pautadas na integralidade da atenção a pessoa que sofre com a doença e sua família.⁸ Soma-se a formulação de estratégias de avaliação do processo de trabalho por meio de indicadores de qualidade do serviço ou mesmo abordagens metodológicas que apontem para adoção de novas práticas descentralizadas por parte dos profissionais e utilizando uma gestão participativa.⁹⁻¹⁰

No ano de 2011, instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que busca, por meio da estratégia de avaliação, maior transparência e efetividade das ações desenvolvidas e incluiu a hanseníase dentre os cuidados integrais necessários à população brasileira a serem avaliados.¹¹

Embora se observem avanços no cenário com as medidas adotadas no âmbito da política nacional, os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades de acesso no diagnóstico e tratamento das pessoas acometidas pelo agravo, tais como: falha na cobertura da estratégia saúde da família (ESF); barreiras geográficas e físicas em áreas urbana e rural; distribuição irregular das unidades básicas de saúde por área de abrangência; falta de capacitação e sobrecarga dos profissionais de saúde para articular todos os programas da AB, aliados a outros obstáculos da gestão municipal.^{8,12}

Partindo-se deste contexto, questiona-se: Quais ações são desenvolvidas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF) no âmbito da Atenção Básica para o controle da hanseníase? Assim o estudo objetiva analisar as ações de controle da hanseníase na Atenção Básica no Brasil, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB.

MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado a partir do banco de dados secundários do Ministério da Saúde, obtidos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo (2013) que contemplou um total de 26.218 EqSF das cinco regiões do Brasil (Figura 1). Nesta avaliação foram incluídas na época todas as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que participaram da adesão ao PMAQ-AB; e, excluídas as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Quadro 1 - Distribuição de regiões e equipes de profissionais participantes do PMAQ-AB. 2º Ciclo.

PMAQ-AB / 2º Ciclo - Módulo II	
Região	Nº de EqAB*
Norte	2.133
Nordeste	10.760
Centro-Oeste	2.240
Sudeste	6.577
Sul	4.508
Total Nacional	26.218

Legenda: EqAB: Equipe da Atenção Básica.

Utilizou-se na coleta de dados um formulário englobando as variáveis sobre as ações de controle da hanseníase, a partir do instrumento de pesquisa do PMAQ-AB¹¹ - Módulo II, entrevista com profissional de saúde da EqSF, o qual abrangeu as seguintes dimensões: registro do número de usuários com hanseníase; diagnóstico de casos novos de hanseníase; ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade; acompanhamento do tratamento do usuário; busca ativa de faltosos do tratamento; vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.

No tratamento dos dados, realizou-se análise descritiva das variáveis selecionadas para o estudo através de frequência

absoluta e relativa, apresentados na forma de tabela, com apoio do Microsoft Excel*. Considerando-se o uso de dados secundários de acesso livre, dispensou-se a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto, seguiu-se as recomendações da Resolução 510/2016.

RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir dos dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB na fase de avaliação externa (2013) apontam ações de controle da hanseníase desenvolvidas pelas EqESF, entre as regiões brasileiras englobando as seis dimensões globais selecionadas. Das 26.218 equipes de profissionais avaliadas, a região Centro-Oeste apresenta o maior percentual de equipes com casos registrados de hanseníase (71,20%) e é a que mais realiza diagnóstico de casos novos da doença (90,2%), com frequências superiores à média nacional de registro (37,50%) e diagnóstico (86%).

A maioria refere a existência da ficha de notificação (85,9%) e que segue acompanhamento do tratamento dos usuários com hanseníase (95,2%), com destaque para regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; o Sudeste aparece como a região que menos faz busca ativa de faltosos do tratamento (83%); e, quanto a vigilância intradomiciliar, os profissionais entrevistados afirmam realizar (94,80%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Ações de controle da hanseníase pelas Unidades Básicas de Saúde participantes da avaliação externa do PMAQ-AB, por região e nacional. (Brasil, 2013).

Ação	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Registro nº de usuários												
Sim	1266	59,4	4498	41,8	1594	71,2	1314	20	1170	26	9842	37,5
Não	867	40,6	6262	58,2	646	28,8	5263	80	3338	74,0	16376	62,5
Total	2133	100	10760	100	2240	100	6577	100	4508	100	26218	100
Diagnóstico de casos novos												
Sim	1742	81,7	9530	88,6	2020	90,2	5436	82,7	3816	84,6	22544	86
Não	391	18,3	1230	11,4	220	9,8	1141	17,3	692	15,4	3674	14
Total	2133	100	10760	100	2240	100	6577	100	4508	100	26218	100
Ficha de notificação												
Sim	1820	85,3	9779	90,9	1998	89,2	5307	80,7	3617	80,2	22521	85,9
Não	313	14,7	981	9,1	242	10,8	1270	19,3	891	19,8	3697	14,1
Total	2133	100	10760	100	2240	100	6577	100	4508	100	26218	100
Acompanhamento do tratamento												
Sim	1228	97	4363	97	1544	96,9	1142	86,9	1092	93,3	9369	95,2
Não	38	3	135	3	50	3,1	172	13,1	78	6,7	473	4,8
Total	1266	100	4498	100	1594	100	1314	100	1170	100	9842	100
Busca ativa de faltosos												
Sim	1147	90,6	4079	90,7	1502	94,2	1091	83	1087	92,9	8906	90,5
Não	119	9,4	419	9,3	92	5,8	223	17	83	7,1	936	9,5
Total	1266	100	4498	100	1594	100	1314	100	1170	100	9842	100
Vigilância de contatos												
Sim	1209	95,5	4309	95,8	1537	96,4	1195	90,9	1080	92,3	9330	94,8
Não	57	4,5	189	4,2	57	3,6	119	9,1	90	7,7	512	5,2
Total	1266	100	4498	100	1594	100	1314	100	1170	100	9842	100

DISCUSSÃO

Os achados obtidos pela avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB trazem ao debate importantes desafios no campo da gestão e políticas de enfrentamento da hanseníase. Um deles diz respeito ao registro de casos novos pelas equipes de profissionais de saúde. No presente estudo, a média nacional encontrada entre as que não realizam o registro de casos novos é relativamente alta (62,5%), inclusive entre regiões consideradas endêmicas como o Nordeste (58,2%). A escassez de registros pode estar relacionada ao conceito errôneo de alguns profissionais sobre o preenchimento das fichas de notificação, vistas, por vezes, como uma questão meramente burocrática, sem impacto sobre o panorama da saúde.¹²⁻¹³

Estudos destacam entraves presentes no processo de trabalho das equipes na atenção à hanseníase que incluem, a produção de registros precários, subnotificação dos casos, sub-registro das atividades realizadas e/ou registros em documentos informais, trazendo reflexos negativos nas metas estabelecidas para eliminação da hanseníase ou mesmo na sua redução em áreas endêmicas.¹⁴⁻¹⁵

Um dos fatores que contribuem para a persistência da hanseníase como problema de saúde pública, refere-se à lacuna existente entre o diagnóstico e o tratamento.¹⁶ Embora a maioria das equipes do estudo confirmem realizar o diagnóstico de casos novos de hanseníase (86%), encontrou-se, entre as regiões, um percentual expressivo dos que não realizam como as regiões Norte (18,30%) e Sudeste (17,30%).

Sabe-se que a identificação dos casos de hanseníase apresenta algumas dificuldades e, muitas vezes, o quadro clínico é confundido com o de diversas dermatoses, sendo o diagnóstico tardio um problema grave associado à doença, aumentando significativamente o risco do surgimento de sequelas.¹⁶⁻¹⁷ Além disso, a demora no diagnóstico pode estar associada aos diagnósticos errôneos e ao preconceito referente à doença, o que colabora para a demora da busca de tratamento e para a automedicação.¹⁸⁻¹⁹

Souza²⁰ em pesquisa realizada no Estado da Bahia, ressalta que, embora a prevalência da hanseníase tenha reduzido; ao longo dos anos, a doença mantém sua cadeia de transmissão ativa, constatada, principalmente, pela tendência de aumento da proporção de casos multibacilares e do coeficiente de casos novos com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, sugerindo, ainda, que o diagnóstico ocorre tardiamente e que existe uma elevada prevalência oculta.

Quanto à existência da Ficha de Notificação entre as UBS participantes, a média nacional encontrada confirma a existência (85,9%) entre as equipes. Entretanto, ressalta-se regiões com percentuais de ausência da ficha superior ao valor nacional: Norte (19,80%), Sul (14,70%) e Sudeste (19,30%). Corroborando neste debate, estudo no Reino Unido mostrou que a ausência de registro interfere nas estatísticas, resultando uma situação diferente da realidade que intervém no gerenciamento de casos e repartição de recursos.²¹

Entende-se o papel relevante da conscientização do profissional na AB no preenchimento correto da ficha de

notificação de casos de hanseníase, sendo, portanto, uma das ações realizadas de maneira contínua entre os profissionais de saúde, com vistas ao processo de planejamento e implementação de estratégias de enfrentamento a serem adotadas.^{7,12}

No acompanhamento do tratamento dos usuários com hanseníase, o presente estudo encontrou entre as regiões historicamente maior prevalência de casos, a exemplo do Nordeste, se destacam com percentuais acima da média nacional; em contrapartida, a região Sudeste apresenta a maior porcentagem de não acompanhamento (13,10%) dos pacientes notificados. Tal achado reflete a persistência de barreiras na acessibilidade e na dinâmica assistencial dos serviços, o que contribui para a perda de oportunidades de atenção e de cuidado adequados, resultando em insatisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.^{14,16,22-23}

Pesquisa²⁴ realizada em uma escola de Belém, Pará em 2016 com o objetivo de analisar as atividades de monitoramento das ações de controle da hanseníase, observou um percentual de abandono de tratamento correspondente a 10% dos usuários em tratamento. O abandono do tratamento pode estar associado à longa duração do mesmo, ao desconhecimento sobre a doença, ao descrédito na cura e medo do isolamento.^{19,22}

O diagnóstico precoce e o tratamento iniciado de imediato contribuem para impedir a evolução da hanseníase para graus de incapacidades maiores. Dessa forma, possibilita-se a quebra da cadeia epidemiológica de transmissão da doença¹⁷ e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias.²⁵⁻²⁶

No âmbito da ação de busca ativa de faltosos ao tratamento de hanseníase, na avaliação, as regiões que tiveram maior percentual de acompanhamento também se destacaram, em especial o Nordeste (91,5%). O Sudeste aparece como a região que menos faz busca ativa. Esses achados são consoantes a outros estudos²⁷⁻²⁸ que reforçam a necessidade de investimentos na capacitação e atualização dos profissionais para a captação precoce dos portadores da doença, uma vez que há indício de falha na qualidade e efetividade das ações realizadas pelos profissionais de saúde.

A vigilância intradomiciliar vem sendo realizada pela maioria das equipes avaliadas no cenário nacional; entre as que não realizam ações de vigilância, cita-se a região Sudeste (9,10%) e Sul (7,70%). A esse respeito, outras avaliações demonstraram contatos intradomiciliares precários, uma baixa efetividade na aplicação da política de saúde voltada para o diagnóstico precoce e tratamentos oportunos, além de seguimento das pessoas acometidas pela hanseníase.²⁷⁻²⁹

Reforça-se importância de vigiar a Rede de Convívio Domiciliar (RCD) para agir de imediato e obter o diagnóstico precoce, evitando maiores sequelas e quebrando a cadeia de transmissão da doença.²⁸ Além disso, destaca-se a necessidade da continuidade da vigilância da hanseníase na ESF por cinco anos, após o início da assistência, uma vez que esta estratégia pode contribuir para o diagnóstico precoce, evitando assim o acúmulo de casos não detectados (prevalência oculta) e, também, a instalação de incapacidades físicas responsáveis pelo estigma que acompanha a doença.²⁹

CONCLUSÃO

A análise das ações de controle da hanseníase, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB no Brasil, permitiu identificar fragilidades a serem superadas no processo de trabalho das equipes de profissionais avaliadas, especificamente quanto à realização da busca ativa, diagnóstico de novos casos e vigilância de contatos intradomiciliares. A hanseníase ainda é considerada um desafio para saúde pública, sobretudo, na AB, por se configurar como o nível de atenção ideal para controlar e eliminar a doença. Reforça-se a necessidade de melhorias no trabalho das equipes da ESF para o atendimento integral às pessoas com hanseníase, família e comunidade.

Este estudo apresenta limitações, tendo em vista utilização de dados secundários e o número limitado de variáveis estudadas, contudo, os resultados encontrados mostram-se relevantes para se obter um panorama atual das equipes de profissionais que acompanham pacientes com hanseníase em todo o território brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Campina Grande (PIBIC/CNPQ-UFCG).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record. [Internet]. 2017 [cited 2020 jun 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259738/WER9251-52.pdf?sequence=1>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre a hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 20 de junho de 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>
3. Nobre ML, Illarramendi X, Dupnik KM, Hacker MA, Nery JAC, Jerônimo SMB, et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: lessons from an observational study. *PLoS Negl Trop Dis*. [Internet]. 2017 [cited 2020 apr 10];11(2). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005364>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 23 de junho de 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseníase-publicacao.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 28 jun 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016 [acesso em 27 de junho de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>
7. Souza EA, Boigny RN, Ferreira AF, Alencar CH, Oliveira MLW, Ramos Jr AN. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [acesso em 28 de junho de 2020]; 34(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00196216>
8. Araujo NM, Storer JM, Burin EA, Fontes MCF, Arcêncio RA, Pieri FM. Acesso dos doentes de hanseníase na atenção primária à saúde: potencialidades, fragilidades e desafios. *Hansen. int*. [Internet]. 2016 [acesso em 28 de junho de 2020]; 41(1/2). Disponível em: http://hi.hi.lil.br/detalhe_artigo.php?id=12781
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 26 de junho de 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>
10. BRASIL. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da União*. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html
11. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015-2016) [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 27 de junho de 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
12. Monteiro LD, Lopes LSO, Santos PR, Rodrigues ALM, Bastos WM, Barreto JA. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. *Cad. Saúde Pública (Online)*. [Internet]. 2018 [acesso em 20 de junho de 2020]; 34(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00007818>
13. Santos NP, Lírio M, Passos LAR, Dias JP, Kritski AL, Galvão-Castro B. Completeness of tuberculosis reporting forms in five Brazilian capitals with a high incidence of the disease. *J. bras. pneumol*. [Internet]. 2013 [cited 2020 jun 20]; 39(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000200014>
14. Paz MML, Paz BL. Hanseníase e os desafios para sua erradicação: casos notificados em um município no Ceará. *Rev Interd*. [Internet]. 2018 [acesso em 24 de junho de 2020]; 11(2). Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1297>
15. Radigonda B, Souza RKT, Cordoní JL, Silva ANM. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. *Epidemiol. serv. saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 20 de junho de 2020]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100012>
16. Carneiro DF, Silva MMB, Pinheiro M, Palmeira IP, Matos EVM, Ferreira AMR. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. *Rev. baiana enferm*. [Internet] 2017 [acesso em 29 de junho de 2020]; 31(2). Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17541/14581>
17. Marega A, Pires PN, Mucufó J, Muloliwa A. Hansen's disease deformities in a high risk area in Mozambique: A case study. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. [Internet] 2019 [cited 2020 jun 20]; 52. Available from: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0103-2018>
18. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis*. [Internet] 2014 [acesso em 26 de junho de 2020]; 24(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100015>
19. Henry M, Galan N, Teasdale K, Prado R, Amar H, Rays MS et al. Factors contributing to the delay in diagnosis and continued transmission of leprosy in Brazil – an explorative, quantitative, questionnaire based study. *PLoS Neglected Tropical Disease* [Internet]. 2016 [cited 2020 jun 20]; 10(3). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004542>
20. Souza CDF. Hanseníase e determinantes sociais da saúde uma abordagem a partir de métodos quantitativos - Bahia, 2001-2015. [Doutorado em Saúde Pública] Pernambuco (Brasil): Instituto Aggeu Magalhães; 2018 [acesso em 30 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27525>
21. Fulton N, Anderson LF, Abubak I. Leprosy in England and Wales 1953–2012: surveillance and challenges in low incidence countries. *BMJ Open*. [Internet]. 2016 [cited 2020 jul 2];6(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010608>
22. Pelizzari VDZV, Arruda GO, Marcon SS, Fernandes. Perceptions of people with leprosy about disease and treatment. *Rev RENE*. [Internet]. 2016 [cited 2020 jul 2]; 17(4). Available from: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400005>
23. Nascimento AKA. Características epidemiológicas da hanseníase do Estado da Bahia, 2005 – 2015. [Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde] Goiás (Brasil): Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2017 [acesso em 2 de julho de 2020]. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3724>

24. Peres AS, Aquino AFV, Mira BC, Rocha HPS, Cruz KPM, Aviz PCL. Monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase em uma unidade de saúde. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. [Internet]. 2016 [acesso em 28 de junho de 2020];1(2). Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/108>
25. Alves CJM, Barreto JA, Fogagnolo L, Contin LA, Nassif PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2010 [acesso em 27 de junho de 2020]; 43(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000400025>
26. Faria, L, Calábria LK. Aspectos históricos e epidemiológicos da hanseníase em Minas Gerais. *Rev Med Saude Brasília*. [Internet] 2017 [acesso em 25 de junho de 2020]; 6(3). Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8394/5492>
27. Araújo, R.M.S; Tavares CM, Silva JMO, Alves RS, Santos WB, Rodrigues PLS. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2017 [acesso em 28 de junho de 2020],11(9). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234513/27722>
28. Sousa GS, Silva, RLF, Xavier MB. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [acesso em 27 de junho de 2020], 41(112). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711219>
29. Lobato DC, Neves DCO, Xavier MB. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. [Internet]. 2016 [acesso em 27 de junho de 2020]; 7(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232016000100006>

Recebido em: 24/08/2020

Revisões requeridas: 05/03/2021

Aprovado em: 10/03/2021

Publicado em: 01/10/2021

Autor correspondente

João Mário Pessoa Júnior

Endereço: Universidade Federal Rural do Semi-árido
Rua Francisco Mota Bairro, 572, Presidente Costa e Silva

Mossoró/RN, Brasil

CEP: 59.625-900

Email: joao.pessoa@ufersa.edu.br

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**