

O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde frente ao manejo da hanseníase: um estudo transversal

The role of primary care in the health care network in front of leprosy management: a cross-sectional study

Márcio Henrique de Souza¹, Maria Clara Martins de Araújo², Vitória Paglione Balestero de Lima³, Lee Yun Sheng⁴, Marcela Antunes Paschoal Popolin⁵, Flávia Menegheti Pieri⁶, Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues Emerick⁷

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: abril de 2022

RESUMO

Objetivou-se analisar o perfil demográfico e clínico dos casos de hanseníase e associar os fatores relacionadas às incapacidades físicas com a Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde em Sinop, Mato Grosso. Trata-se de um estudo transversal, que percorreu três etapas analíticas: conhecimento do perfil epidemiológico; classificação da capacidade da Atenção Primária em coordenar as Redes de Atenção à Saúde; correlação dessa classificação com o número de casos novos, desfecho e o Grau de Incapacidade Física e correlação do número de casos novos e a média de cobertura da Atenção Primária por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Foram considerados os casos novos de hanseníase notificados no período de 2014 a 2018. Dos 1.649 casos novos, 63% foram mulheres, entre 15 e 59 anos (83%), com até nove anos de estudo (47%), e negros (61%). Cura respondeu por 86% dos registros. Predomínio de Grau de incapacidade física 0 no diagnóstico (58%) e ausência de avaliação no desfecho (17,1%). Todas as Atenção Primária à Saúde foram classificadas como 'condição boa' na coordenação das Redes de Atenção. O abandono apresentou 'correlação moderada' com a capacidade da Atenção Primária em coordenar as Redes de Atenção e a média de cobertura da Atenção Primária com o número de casos indicou correlação 'muito alta'. A Atenção Primária, na perspectiva da Rede de Atenção, se mostrou efetiva no controle e na condução da hanseníase no território municipal.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Hanseníase. Doenças Endêmicas. Notificação.

ABSTRACT

The objective was to analyze the clinical epidemiological profile of leprosy cases and associate this profile with primary health care from the perspective of health care networks. This is a cross-sectional study that covered three analytical stages: knowledge of the epidemiological profile; classification of the capacity of the APS to coordinate the RAS; correlation of this classification with the number of new cases, outcome and the Degree of Physical Disability (GIF), and correlation of the number of new cases and the average coverage of PHC, using the Pearson correlation coefficient. New cases of leprosy reported in the period from 2014 to 2018 were considered. Of the 1,649 new cases, 63% were women, between 15 and 59 years (83%), with up to nine years of education (47%) and black (61%). Healing accounted for 86% of the records. The predominance of GIF 0 in the diagnosis (58%) and absence of evaluation in the outcome (16%). All UBS were classified as 'good condition' in the RAS coordination. Dropout showed a 'moderate correlation' with the PHC's ability to coordinate the RAS and the mean PHC coverage with the number of cases indicated a 'very high' correlation. APS, from the perspective of RAS, proved to be effective in controlling and managing leprosy in the municipal territory.

KEYWORDS: Primary Health Care. Leprosy. Endemic Diseases. Notification.

¹ Prefeitura Municipal de Sinop, MT, Secretaria Municipal de Saúde. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2312-7357>

² Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7463-8953>.

³ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8660-8655>.

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5913-2639>.

⁵ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8111-4370>.

⁶ Universidade Estadual de Londrina (UEL). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1239-2550>.

⁷ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5063-2039>. E-mail: ludbbr@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) correspondem ao primeiro local de saúde a ser procurado pelo usuário, sendo ofertado por uma equipe multiprofissional; trata-se de um conjunto de ações em prol da promoção da saúde, prevenção, cura, diagnóstico e vigilância em saúde¹.

Para a realização dessas ações, os serviços de APS têm a Estratégia Saúde da Família (ESF) como essencial para a concretização de uma assistência integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o apoio dos atributos considerados elementos estruturantes, sendo eles: os atributos essenciais: atenção ao primeiro contato (porta de entrada/acesso), longitudinalidade/atendimento continuado, integralidade e coordenação; e os atributos derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural².

Nessa perspectiva, a APS é considerada propícia para o desenvolvimento dos meios de acessibilidade e descentralização, da vigilância e do cuidado e, conseqüentemente, do enfrentamento de agravos, como a hanseníase. Quando bem conduzida, e articulada às políticas públicas direcionadas às Doenças Infecciosas Negligenciáveis (DIN), torna-se mais efetiva, proporcionando melhores resultados no controle das comorbidades, mudanças alimentares, melhoria da qualidade de vida (QV) e do autocuidado, adesão a tratamentos e redução da hospitalização por essas condições^{1, 3}.

Um estudo realizado em 2014 no município de Lagoa Santa, situado na Região Metropolitana de Belo Horizonte/Minas Gerais, que comparou a presença e extensão dos atributos da APS no geral e no desempenho da hanseníase, apresentou alta orientação no escore geral e derivado da APS. Nas ações de hanseníase, apenas o escore essencial alcançou alta orientação. Encontrou-se diferença significativa no escore essencial, atributos acesso e integralidade, e no escore derivado, atributo orientação comunitária⁴.

Outro estudo, baseado em dados secundários de acesso público dos ciclos 1 e 2 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – (2011/2012 e 2013/2014), teve por objetivo analisar a consecução dos atributos da APS na prática das equipes, sob a perspectiva dos profissionais e usuários. Os atributos que apresentaram melhores resultados foram o primeiro contato e a integralidade, e aqueles com pior avaliação foram longitudinalidade, com baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente; e coordenação, por dificuldades de acesso às consultas especializadas e insuficientes registros compartilhados⁵.

Todavia, o PMAQ-AB não tem seus instrumentos organizados a partir de atributos da APS, como acontece no *PCATool* (*Primary Care Assessment Tool*), que consiste em um conjunto de ferramentas de pesquisa para a avaliação dos serviços de APS. Estudos com base

no *PCATool* apontam que o alto desempenho das equipes está associado com a maior qualidade do cuidado para problemas de saúde de alta prevalência, como, por exemplo, as doenças crônicas⁵.

Dessa forma, com a finalidade de identificar as potencialidades e as fragilidades da conversão de um sistema em RAS, o *checklist* elaborado por Mendes⁶ (2011) mostrou-se eficaz para a avaliação dos sistemas de saúde com ênfase na centralidade da APS. Mendes (2011)⁶ defende que a organização dos sistemas de saúde em RAS coordenadas pela APS se apresenta como uma boa alternativa para os serviços de saúde na busca de excelência, efetividade e respostas às mazelas da sociedade. Há evidências de que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde⁶.

Apesar de reconhecidos os avanços, desde a implantação do SUS, ainda há um descompasso entre os sistemas de atenção (atendimento voltado às condições agudas e agudizações de condições crônicas) e a situação de saúde, como é o caso da hanseníase, que ainda permanece como desafio na saúde pública⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a assistência ao indivíduo acometido pela hanseníase precisa dar conta das necessidades de cada paciente nas diferentes fases da infecção e em todo o espectro de complicações, em uma linha que envolve desde o monitoramento de casos em isolamento domiciliar, dos seus respectivos contatos sociais e/ou intradomiciliares, com orientações para o manejo de sintomas, do tratamento, incluindo a identificação precoce das Incapacidades Físicas (IF) e até a reabilitação após alta ambulatorial⁸.

Nesse contexto, torna-se oportuno questionar: como é a capacidade da APS em coordenar as RAS, tanto na globalidade quanto nos seus atributos, ao avaliar os serviços no geral e na realização das ações de controle da hanseníase? O objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil demográfico e clínico dos casos de hanseníase e associar os fatores relacionados às incapacidades físicas com a APS na perspectiva das RAS em Sinop, Mato Grosso.

Acredita-se que conhecer a capacidade de manejo da hanseníase pela APS, em conformidade com sua Política de enfrentamento, compreendendo seu comportamento na comunidade e identificando os nós críticos que envolvem seu manejo, é fator fundamental para a compreensão das condições envolventes e determinantes da doença. Ademais, essa avaliação pode resultar na implementação de uma nova tipologia de análise dos serviços de APS na atenção à hanseníase, e ser instrumento norteador para os gestores e os trabalhadores na reavaliação dos processos de trabalho e sua efetividade frente ao controle dessa doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado no município de Sinop, sendo um dos 141 municípios do estado Mato-grossense e integrante da Regional de Saúde Teles Pires, composta por 14 municípios. Sinop é o município mais populoso do norte mato-grossense, com uma estimativa populacional de 142.996 habitantes⁹.

Na oferta de serviços de saúde, no que diz respeito à hanseníase, o município apresenta em seu território 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) – em sua grande maioria unidades que comportam duas equipes de saúde, sendo 33 equipes de Saúde da Família (eSF), 20 equipes de Saúde Bucal (eSB), três centros de saúde e um posto de saúde¹⁰. Vale destacar que, para os casos mais complexos, conta com o Centro de Referência em Hanseníase e Tuberculose (CRHT).

A presente pesquisa foi realizada em diferentes etapas investigativas: a primeira etapa teve como objetivo conhecer o perfil demográfico, bem como o número de casos novos e os desfechos dos tratamentos da hanseníase por APS. Foram considerados os casos novos de hanseníase – Classificação Internacional de Doenças – (CID 10 da A30.0 a A30.9), preenchidos entre os anos de 2014 a 2018 e registrados no Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN)¹¹, disponibilizados pela secretaria municipal de saúde do município. É válido ressaltar que, optou-se por trabalhar a série histórica dos últimos cinco anos para obtenção de dados mais atuais; e por se tratar do período de maior incremento nas notificações da doença no respectivo município.

Foram consideradas as seguintes variáveis demográficas: idade, sexo, raça/cor, escolaridade e ocupação e clínicas: número de casos novos, Grau de Incapacidade Física (GIF) no momento do diagnóstico, e ao final do tratamento, e tipos de saída (cura e abandono). A escolha dessas variáveis clínicas decorre do fato de serem indicadores importantes de efetividade da APS no território sanitário municipal. Além disso, fazem parte dos indicadores pactuados nas três esferas de governo e nos principais instrumentos de controle, seja nas políticas nacionais e/ou nas internacionais.

Para análise da variável raça/cor foram seguidas as especificações do Estatuto da Igualdade Racial (Lei n.º 12.288/2010). Essas variáveis foram tabuladas e analisadas por meio do *software* desenvolvido pelo Ministério da Saúde, TabWin®. Foram calculadas as frequências relativas e absolutas de cada variável.

A segunda etapa teve como objetivo classificar as 25 APS segundo a capacidade da APS em coordenar as RAS. Para tanto, foi utilizado o instrumento adaptado e validado por pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)¹², intitulado *COPAS – Instrumento de Avaliação da coordenação das Redes de*

Atenção à Saúde pela Atenção Primária. Esse instrumento foi elaborado por Mendes⁶ e se destina a avaliar a capacidade da APS em coordenar as RAS.

O instrumento COPAS é composto pela caracterização do participante; por 78 itens escalonados segundo escala *Likert* (1, discordo totalmente; 2, discordo; 3, não concordo nem discordo; 4, concordo; 5, concordo totalmente); e subdivido em cinco atributos: População, APS, Sistema de Apoio, Sistema Logístico e Sistema de Governança. O atributo população avalia o território, a população, o registro e cadastro em subpopulações por riscos sócio sanitários; o atributo APS: constitui o centro de comunicação das RAS, avalia vínculo entre equipe e usuário, integra e coordena o cuidado; o Sistema de Apoio: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência; o Sistema Logístico: registro eletrônico, sistemas de acesso e regulação e sistemas de transporte; e o Sistema de Governança: arranjo organizativo para gestão de todos os componentes das RAS⁶.

A população para essa etapa da pesquisa foi composta por profissionais da APS, sendo eles: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, técnico e/ou auxiliar de higiene bucal e o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais que se encontravam atuando há, no mínimo, seis meses na UBS, independentemente da categoria profissional. Como critérios de exclusão, aqueles que estavam de licença e/ou férias durante o período da coleta de dados.

Foi criado um banco de dados em planilha eletrônica, na qual foram digitadas as respostas dos participantes, com dupla entrada independente para posterior conferência. Em seguida, os itens foram somados considerando todas as respostas dos profissionais ($\sum it$) (por dimensão e na totalidade), dividindo-se posteriormente pelo número de profissionais com vínculo em cada UBS (N), que participaram da pesquisa, e multiplicado por 20, utilizando-se a seguinte fórmula adaptada por Cabral¹³:

$$Sc = \frac{\sum it}{N \times Q} \times 20$$

Na sequência, cada UBS foi classificada em relação aos quartis, por atributo ou na globalidade, adotando-se de acordo com seu escore uma condição na capacidade de coordenação das Redes (0 a 25% – Condição Insatisfatória; 25,01% a 50% – Condição Regular; 50,01% a 75% – Condição Boa; 75,01% a 100% – Condição Ótima)¹⁴.

Sua aplicação se deu entre outubro de 2019 a fevereiro de 2020, com dias e horários previamente agendados com os respectivos profissionais, ocorrendo no horário de funcionamento da UBS, na sala de reuniões e em ambiente silencioso, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores acompanharam na condição de observadores, sem interferir no seu preenchimento, esclarecendo dúvidas, quando necessário.

Na terceira etapa foi verificada a correlação das variáveis dependentes: número de casos novos, desfecho e o GIF no momento do diagnóstico e ao final do tratamento com a variável independente da capacidade da APS em coordenar as RAS. Na análise das variáveis, GIF no diagnóstico e na alta foram excluídos do n.º da categoria “sem preenchimento”. Para a confirmação da relação entre a Capacidade da APS em Coordenar a RAS e a hanseníase foi utilizada a Regressão Linear Múltipla, considerando o escore global como variável independente e as categorias das variáveis como dependentes.

Foi verificada também a correlação do número de casos novos da doença com a variável independente média de cobertura da APS. Para a confirmação dessa relação, foi utilizada a Regressão Linear Múltipla, considerando a média de cobertura anual como variável independente e o número de casos novos como variável dependente.

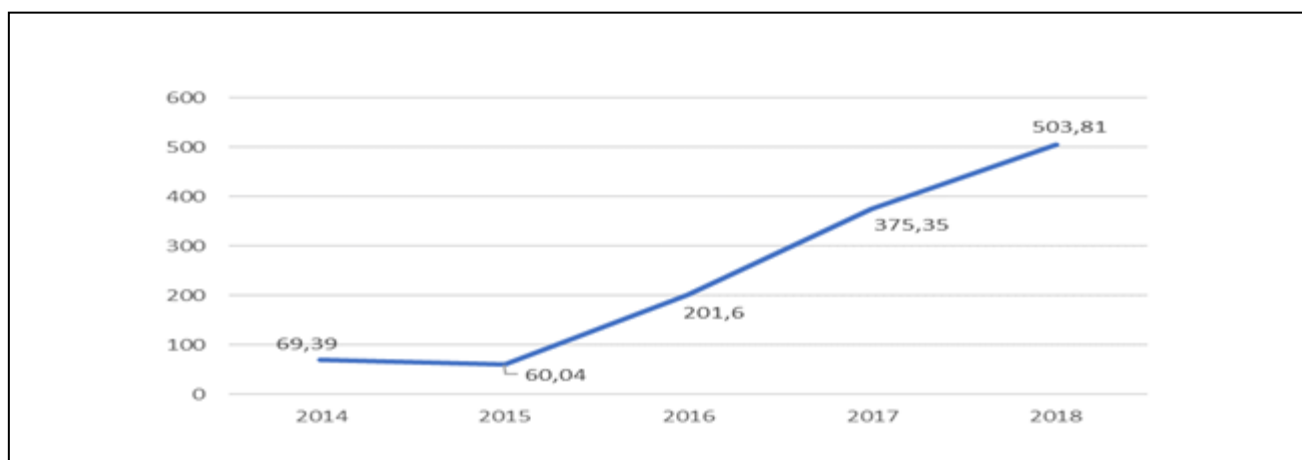
Para os cálculos dessas correlações foi utilizado o Coeficiente de correlação de Pearson (r)¹⁵, considerando p valor < 0,05 como estatisticamente significativo. Utilizou-se o Excel para a tabulação e análise dos dados.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Federal do Mato Grosso (UFMT), *campus* Sinop, atendendo as Resoluções n.º 466/2012 e n.º 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação com o parecer n.º 3.279.869.

RESULTADOS

Do total de casos registrados da doença (1.913 notificações) entre janeiro de 2014 a dezembro de 2018, 1.649 (86,2%) eram casos novos; 1.524 (92,4%) eram moradores da área urbana, e o ano de 2018 apresentou o maior número de notificações 705 (42,8%) e também a maior taxa de detecção (503,81) (Figura 1).

Figura 1 – Taxa de detecção dos casos novos de hanseníase no município de Sinop, Mato Grosso, no período de 2014-2018 (para cada 100 mil/habitantes/ano)



Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

Nesta investigação tornou-se possível ainda analisar o quinquênio, o que reforça a curva ascendente de casos notificados por esse agravo nessa população, distribuídos da seguinte forma: 2014 – 88 (5,34%); 2015 – 78 (4,73%); 2016 – 268 (16,25%); 2017 – 510 (30,93%); e 2018 – 705 (42,75%).

De acordo com o perfil demográfico dos acometidos pela hanseníase, 1.054 casos (63,9%) eram do sexo feminino, a faixa etária entre 15 e 59 anos foi a mais acometida com 1.370 (83,1%) registros, sendo maior a frequência entre 40-49 anos. Em menores de 15 anos, esse valor foi de 49 (2,9%) notificações.

Os declarados negros representaram 931 (59,7%) dos casos. Na população acima de 20 anos (n = 1.544), o grau de escolaridade com até nove anos de estudo foi o predominante em todos os anos do estudo, totalizando 427 (47,1%) registros. Referente à ocupação, “Dona de casa” prevaleceu com 488 (29,6%) notificações (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas dos casos novos de hanseníase no município de Sinop, Mato Grosso, Brasil 2014-2018

Variáveis	Total	
	n.º	%
<u>Sexo</u>		
Feminino	1.054	63,9
Masculino	595	36,1
<u>Faixa Etária</u>		
≤ 15 anos	49	2,9
<u>Faixa Etária</u>		
15 a 59 anos	1.370	83,1
≥ 60 anos	230	13,9
<u>Escolaridade (anos de estudo)*</u>		
Sem escolaridade	75	4,9
≤9 anos completos	727	47,1
> 09 a 12 anos completos	439	28,4
> 12 anos	250	16,2
Ignorados	53	3,4
<u>Raça/Cor</u>		
Negros	931	59,7
Branca	610	39,1
Amarelo / Indígenas e Ignorados	18	1,15

(Conclusão)

Variáveis	Total	
	n.º	%
Ocupação		
Dona de Casa	488	29,6
Em branco	413	25,1
Estudantes	121	7,3
Profissionais de Saúde**	90	5,5
Aposentados / Pensionistas	84	5,1
Pedreiros e Serventes	70	4,2
Professores***	64	3,9
Zelador de edifício	84	5,1
Outras categorias	236	14,3

* População >=20 anos de idade. N (1.544)

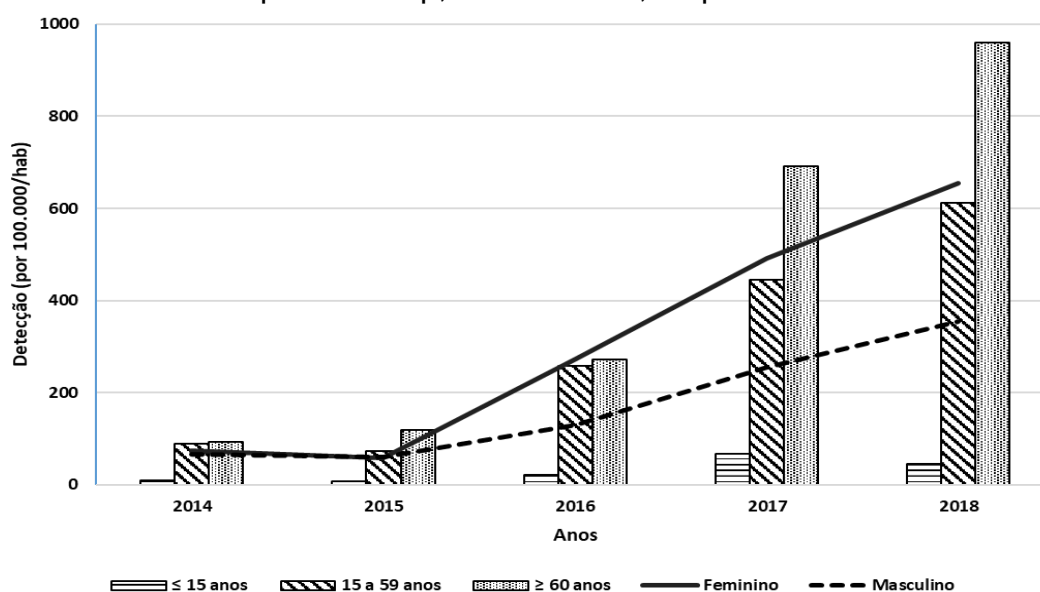
**Médico, Enfermeiro, Farmacêutico, Assistente Social, Técnico de Enfermagem, ACS, próteses, médicos veterinários e recepcionistas.

***Professores das diversas áreas.

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

Quando calculada a taxa de detecção por faixa etária e sexo, observou-se que a maior taxa foi nos maiores ou iguais a 60 anos, em todos os anos do período estudado, com destaque para o ano de 2018 (910 casos/100 mil habitantes/ano) e; na variável sexo, o feminino apresentou maior incidência, exceto no ano de 2015; também o ano de 2018 foi o de maior incidência com 655 casos/100 mil habitantes/ano (Figura 2).

Figura 2 – Taxa de detecção segundo faixa etária e sexo dos casos novos de hanseníase no município de Sinop, Mato Grosso, no período de 2014-2018



Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

No que tange as variáveis clínicas, o tipo Multibacilar (MB) foi predominante com 1.619 (98,9%) casos sendo a forma Dimorfa a mais prevalente com 1.600 (97,0%) notificações. Encaminhamento e Demanda Espontânea somaram 1.095 (66,4%) das formas de detecção da doença, com 550 (33,4%) e 545 (33,1%) registros, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características clínicas dos casos novos de hanseníase no município de Sinop, Mato Grosso, Brasil 2014-2018

Variáveis	2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Forma Clínica												
Indeterminada	1	6,7	3	20,0	3	20,0	4	26,7	4	26,7	15	0,9
Tuberculóide	4	26,7	0	0	3	20,0	6	40,0	2	13,3	15	0,9
Dimorfa	80	5,0	74	4,6	260	16,3	492	30,8	694	43,4	1.600	97,0
Virchowiana	3	15,8	1	5,3	2	10,5	8	42,1	5	26,3	19	1,2
Modo de Detecção												
Encaminhamento	32	5,8	27	4,9	100	18,2	162	29,5	229	41,6	550	33,4
Demanda Espontânea	27	4,9	34	6,2	103	18,9	169	31,0	212	38,9	545	33,1
Exame de coletividade	18	7,5	4	1,7	13	5,4	46	19,2	159	66,3	240	14,6
Exame de contatos	11	3,5	13	4,1	52	16,6	133	42,4	105	33,4	314	19,0

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

Na classificação do GIF, tanto no momento do diagnóstico quanto no desfecho do tratamento, notou-se prevalência do GIF 0 com 957 (58,0%) e 989 (60,0%) notificações, respectivamente. Os casos que não tiveram o GIF avaliado no momento da alta totalizaram 283 (17,1%), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos casos novos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física, no diagnóstico e na alta, por serviço de Atenção Primária à Saúde, no município de Sinop, Mato grosso, Brasil, 2014-2018

APS n	Grau de Incapacidade Física no momento do Diagnóstico								Grau de Incapacidade Física no momento da Alta								
	GIF 0		GIF 1		GIF 2		Não avaliado		GIF 0		GIF 1		GIF 2		Não avaliado		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Boa Esperança	120	61	50,8	54	45,0	4	3,3	1	0,8	56	46,7	38	31,7	4	3,3	22	18,3
Camping Club	16	12	75,0	3	18,8	0	0	1	6,3	13	81,3	2	12,5	0	0	1	6,3
Eduardo Gabriel Crivelaro	49	32	65,3	12	24,5	3	6,1	2	4,1	36	73,5	3	6,1	1	2,0	9	18,4

(Continuação)

APS n	Grau de Incapacidade Física no momento do Diagnóstico									Grau de Incapacidade Física no momento da Alta								
	GIF 0		GIF 1		GIF 2		Não avaliado			GIF 0		GIF 1		GIF 2		Não avaliado		
	f	%	f	%	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%	f	%	
Gente Feliz	52	26	50,0	24	46,2	2	3,9	0	0		27	51,9	14	26,9	0	0	1	21,2
Jacarandás	264	187	70,8	76	28,8	0	0	1	0,4		160	60,6	53	20,1	0	0	5	19,3
Jardim América	35	18	51,4	17	48,6	0	0	0	0		24	68,6	6	17,1	0	0	5	14,3
Jardim Botânico	94	25	26,6	63	67,0	5	5,3	1	1,1		37	39,4	37	39,4	3	3,2	1	18,1
Jardim das Oliveiras	59	34	57,6	20	33,9	2	3,4	3	5,1		31	52,5	16	27,1	3	5,1	9	15,3
Jardim das Palmeiras	84	40	47,6	39	46,4	3	3,6	2	2,4		56	66,7	15	17,9	2	2,4	1	13,1
Jardim Ibirapuera	85	52	61,2	30	35,3	2	2,4	1	1,2		55	64,7	9	10,6	2	2,4	1	22,4
Jardim Primavera	50	24	48,0	24	48,0	2	4,0	0	0		23	46,0	21	42,0	1	2,0	5	10,0
Joacir Rodrigues	39	28	71,8	11	28,2	0	0	0	0		25	64,1	3	7,7	0	0	1	28,2
José Marchezi Junior	63	29	46,0	34	54,0	0	0	0	0		36	57,1	16	25,4	0	0	1	17,5
José Ramos Pereira Zequinha	60	49	81,7	10	16,7	1	1,7	0	0		41	68,3	9	15,0	1	1,7	9	15,0
Manoel Lorentino dos Santos	78	43	55,1	32	41,0	0	0,0	3	3,9		51	65,4	17	21,8	0	0	1	12,8
Maria Vindilina	62	41	66,1	21	33,9	0	0,0	0	0		41	66,1	7	11,3	0	0	1	22,6
Marilene Freitas Cervantes	89	45	50,6	41	46,1	1	1,1	2	2,3		54	60,7	15	16,9	2	2,3	1	20,2
Menino Jesus	45	29	64,5	15	33,3	0	0	1	2,2		28	62,2	11	24,5	0	0	6	13,3
Referência em Hanseníase	47	26	55,3	20	42,6	1	2,1	0	0	30	63,8	10	21,3	1	2,1	6	12,8	

Ruy Fernando Barbosa	31	25	80,7	5	16,1	0	0	1	3	26	83,9	2	6,5	0	0	3	9,7
Sabrina	79	48	60,8	30	38,0	1	1,3	0	0	56	70,9	14	17,7	1	1	8	10,1
São Cristóvão	57	23	40,4	32	56,1	2	3,5	0	0	26	45,6	18	31,6	3	5	10	17,5
São Francisco	38	24	63,2	14	36,8	0	0	0	0	26	68,4	5	13,2	0	0	7	18,4
Sebastião de Matos	53	36	67,9	16	30,2	1	1,9	0	0	31	58,5	12	22,6	1	1	9	17,0
Total	1.649	957	58,0	643	39,0	30	1,8	19	1	989	60,0	35	21,4	25	1	282	17,1

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

Do total de casos novos, 1.602 (97,2%) foram diagnosticados nas UBS. Sendo que a UBS Jacarandás apresentou o maior número de notificações (264; 16%), e a UBS São Francisco o menor número (38; 2,3%). No tipo de saída o percentual de cura predominou com 86,6% (1428) e o abandono representou 4% (66) dos casos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos casos novos de hanseníase de acordo com o tipo de saída por Atenção Primária à Saúde no município de Sinop, Mato Grosso, Brasil 2014-2018

APS	Modalidade	n.º	Tipo de Saída					
			Cura		Abandono		Sem Desfecho	
			f	%	f	%	f	%
Boa Esperança	ESF	120	110	91,7	3	2,5	7	5,8
Camping Club	Centro de Saúde	16	16	100,0	0	0	0	0
Eduardo Gabriel Crivelaro	ESF	49	44	89,8	1	2,0	4	8,2
Gente Feliz	ESF	52	47	90,4	2	3,9	3	5,8
Jacarandás	ESF	264	205	77,7	15	5,7	44	16,7
Jardim América	Centro de Saúde	35	29	82,9	2	5,7	4	11,4
Jardim Botânico	ESF	94	75	79,8	3	3,2	16	17,1
Jardim das Oliveiras	ESF	59	53	89,8	5	8,5	1	1,7

(Conclusão)

APS	Modalidade	n.º	Tipo de Saída					
			Cura		Abandono		Sem Desfecho	
			f	%	f	%	f	%
Jardim das Palmeiras	ESF	84	75	89,3	3	3,6	6	7,1
Jardim Ibirapuera	ESF	85	73	85,9	1	1,2	11	12,9
Jardim Primavera	ESF	50	47	94,0	1	2,0	2	4,0
Joacir Rodrigues	ESF	39	32	82,1	3	7,7	4	10,3
José Marchezi Junior	ESF	63	57	90,5	3	4,8	3	4,8
José Ramos Pereira Zequinha	ESF	60	52	86,7	4	6,7	4	6,7
Manoel Lorentino dos Santos	ESF	78	70	89,7	1	1,3	7	9,0
Maria Vindilina	ESF	62	59	95,7	1	1,6	2	3,2
Marilene Freitas Cervantes	ESF	89	75	84,3	6	6,7	8	9,0
Menino Jesus	ESF	45	43	95,6	1	2,2	1	2,2
Referência em Hanseníase	Referência	47	41	87,2	2	4,3	4	8,5
Ruy Fernando Barbosa	ESF	31	30	96,8	0	0	1	3,2
Sabrina	ESF	79	70	88,6	1	1,3	8	10,1
São Cristóvão	ESF	57	45	79,0	2	3,5	10	17,5
São Francisco	Centro de Saúde	38	31	81,6	5	13,2	2	5,3
Sebastião de Matos	ESF	53	49	92,5	1	1,9	3	5,7
Total		1.649	1.428	86,6	66	4,0	155	9,4

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

Participaram da pesquisa 318 profissionais de saúde, sendo: 36 médicos, 36 enfermeiros, 20 cirurgiões dentistas, 83 técnicos de enfermagem, 20 técnicos de saúde bucal e 123 ACS.

No que tange a capacidade da APS em coordenar as RAS, quando avaliada na globalidade, todas as APS foram classificadas como condição boa de coordenação das RAS, sendo o maior escore 62,51% e o menor escore 53,90%. Na classificação por atributo, apenas uma APS recebeu condição regular no atributo População (50%), todas as demais APS, em

todos os atributos, foram classificadas como condição boa da capacidade de coordenação da RAS, sendo que uma APS obteve escores próximo ao regular nos atributos sistema de apoio (51,85%) e sistema de governança (51,90%).

Nas correlações entre as variáveis dependentes (número de casos por APS; tipos de saída; GIF no momento do diagnóstico e no momento da alta) com a capacidade da APS em coordenar as RAS, a variável abandono indicou correlação moderada negativa ($r = -0,44$ e $p = 0,03$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis dependentes (número de casos novos por UBS, tipos de saída, GIF no momento do diagnóstico e na alta) com a capacidade da APS em coordenar as RAS, Sinop, Mato Grosso, 2020

Variáveis	Categoria	n.º	r	p valor
Número de casos novos por UBS	--	1.649	0,179	0,41
Tipos de Saída	Cura	1.428	0,325	0,13
	Abandono	66	-0,437	0,03
	Sem desfecho	155	-0,118	0,59
GIF no momento do diagnostico	GIF 0	957	-0,174	0,21
	GIF I	643	0,114	0,30
	GIF II	30	0,195	0,18
GIF no momento da alta	GIF 0	989	-0,107	0,31
	GIF I	353	0,217	0,16
	GIF II	25	0,152	0,25

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN 2014-2018

A correlação entre a variável dependente, número de casos novos por ano de estudo e o valor da média de cobertura anual de APS demonstrou alta correlação positiva ($r = 0,96$ e $p = 0,04$).

DISCUSSÃO

A taxa de detecção da hanseníase se apresentou de forma crescente a partir de 2015, no respectivo município, coincidente a implantação da residência em Medicina de Família e Comunidade e o fortalecimento da Educação Permanente dos profissionais de saúde, fato esse que pode de alguma forma ter contribuído para a identificação do total de casos¹⁶.

A realização de busca ativa de novos casos na sociedade e a vigilância de contatos, principalmente no meio intradomiciliar, por meio das ações de investigação epidemiológica, exames de coletividade e de demanda espontânea, com a realização de inquéritos e campanhas, desenvolvidas pelas equipes de saúde, configura-se como medida eficaz e efetiva na detecção de novos casos de forma precoce e, conseqüentemente, favorece a quebra da cadeia de transmissão^{17, 18}.

O sexo feminino, na faixa etária economicamente ativa, foi o mais afetado pela hanseníase no município. Trata-se de um resultado importante, considerando a doença e seus aspectos epidemiológicos e o impacto que pode causar no cenário econômico, com conseqüente exclusão do mercado de trabalho, sendo isso um prejuízo social¹⁹.

Também, os menores de 15 anos representaram um número relevante de casos. Sabe-se que a doença pode acometer todas as faixas etárias, mas o registro de casos em menores de 15 anos é um importante indicador do nível de endemicidade²⁰. Além disso, acomete indivíduos que estão em um processo de transição, crescimento acelerado, construção da identidade e vivenciando novas experiências²¹.

Para Mota²², ações que favoreçam o diagnóstico precoce, e o aumento da taxa de detecção, são fundamentais para a quebra da cadeia de transmissão. Nesse contexto, ações desenvolvidas para essa faixa etária são fundamentais para a identificação de novos casos e, principalmente, para o processo de sensibilização com relação à doença.

Quando analisada a taxa de detecção da hanseníase, por 100 mil habitantes, mostrou-se crescente entre os grupos etários e maior nos idosos do que nas demais faixas etárias. Em estudo realizado por Rocha et al. (2020)²³, encontraram resultados semelhantes para o Brasil. Esses achados reforçam a necessidade da busca de casos nesse grupo etário a fim de acelerar a detecção, o tratamento e, conseqüentemente, o bloqueio das fontes de infecção da doença²⁴.

Os menos escolarizados, com até nove anos de estudo, foram os mais afetados. Esse dado segue a mesma tendência de todas as regiões brasileiras e do estado do Mato Grosso, em que entre 2009 e 2018, dos casos novos diagnosticados, 73% das notificações declaravam poucos anos ou nenhum ano de estudo²⁵.

Essa variável pode traduzir a vulnerabilidade social da população acometida pela doença, que historicamente têm sido associadas a contextos socioeconômicos desfavoráveis³. Segundo Nery²⁶, o risco de adoecimento pela hanseníase é maior em indivíduos ou cujo responsável familiar apresenta menor nível de escolaridade. A baixa escolaridade além de ser indicador para a falta de condições sanitárias contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da doença e para o desenvolvimento de incapacidades²⁷.

A maioria da população se declarou negra, com predominância de pardos. Para Costa²⁸ essa variável está ligada às características populacionais da região estudada. Assim, regiões com maior concentração de negros tendem a possuir maiores taxas. Negros são em maior número no território nacional e os que mais sofrem com desigualdades e iniquidades sociais²⁹.

No quesito *ocupação*, “dona de casa” esteve representada pelo maior número de notificações. Esse dado reforça a ideia de que o contágio pode ocorrer principalmente em ambiente domiciliar, havendo convívio com um doente bacilífero e que não esteja em tratamento medicamentoso. Desta forma, acredita-se que o ambiente domiciliar se torne propício para a disseminação da doença. Alguns estudos demonstram que as chances de contágio entre parentes de primeiro grau são maiores que em outros níveis de relação^{29, 30}.

Além disso, a presença de ocupações de baixa escolaridade, como exemplo, pedreiros, serventes e zeladores, pode ser um indicador de risco elevado associado aos menos escolarizados. Sugerindo que quanto menor o nível de escolaridade maiores são as dificuldades para a compreensão do processo saúde-doença e das formas de prevenção da hanseníase²⁸.

A frequência de casos na forma dimorfa foi maior do que a observada na região e no Brasil no mesmo ano. Esses pacientes quando não tratados, representam o grupo contagiante e a fonte de infecção. Ademais, infere-se que há diagnóstico tardio, endemia oculta e falha no diagnóstico oportuno²⁰. Uma vez que a forma dimorfa é a forma transmissora da doença, há necessidade de quebrar o ciclo de transmissão, ou seja, identificar os transmissores sem tratamento precocemente.

A *forma de detecção* por vigilância passiva, “encaminhamento” e “demanda espontânea” foram predominantes no estudo, corroborando com os dados no cenário nacional e suas regiões²⁵. Esse achado permite inferir que a execução de ações de vigilância ativa ainda persiste como um desafio para as equipes de saúde, principalmente para as equipes da APS, entretanto, um mecanismo importante na detecção de casos novos³.

Cabe considerar que, nesse nível de atenção, o princípio de controle da doença precisa estar integrado ao cotidiano das UBS, por meio da vigilância ativa, fortalecendo a capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas¹⁷.

No que diz respeito à avaliação do GIF, no momento do diagnóstico, o município foi considerado bom (< 90%) e a proporção de casos novos de hanseníase com GIF 2, baixo (< 5)¹¹. Possivelmente, esses resultados podem estar relacionados à qualidade dos serviços prestados pela APS no município.

Essa variável constitui-se um indicador epidemiológico importante. A falta de registro do GIF ou proporções elevadas de GIF 1 e 2 podem deduzir fragilidades nos programas de

vigilância, propiciando diagnósticos tardios e fracasso nas atividades relacionadas à quebra da transmissão da doença³¹.

Ademais, a incapacidade, característica epidemiológica atribuída à doença, quando diagnosticada de forma tardia, preocupa não apenas as autoridades sanitárias no âmbito da saúde, por sobrecarregar os serviços de saúde, mas dependendo do grau de acometimento neural, pode aumentar as demandas oriundas dos serviços sociais. Dessa forma, além de proporcionar estigma e isolamento social, a doença contribui para a redução do desenvolvimento socioeconômico de um território³¹.

A avaliação do GIF, no momento da alta, foi considerada regular¹¹ com 17,1% de casos não avaliado ou ignorado. Ao observar as regiões brasileiras no ano de 2018, quando comparado o GIF no diagnóstico com o GIF na alta, todas apresentaram quedas nas taxas de avaliação¹¹. A avaliação do GIF, conforme preconização ministerial, é fundamental para a condução “pós-alta”, orientação e educação quanto ao autocuidado e para a prevenção da instalação de incapacidades^{3, 19}.

No período estudado, o município apresentou um aumento considerável na frequência dessa doença com amplitude entre UBSs com perfis epidemiológicos semelhantes e taxas de incidência diferentes. Alguns fatores podem estar relacionados, como: possíveis falhas no processo de implantação de algumas UBSs de acordo com critérios epidemiológicos e socioeconômicos e diferenças epidemiológicas *loco* regionais^{3, 18}.

Estudos sobre a distribuição espacial da hanseníase têm demonstrado que a heterogeneidade intramunicipal da detecção de casos está diretamente relacionada a uma série de características ligadas ao território sanitário, como indicadores socioeconômicos, ambientais e culturais. A presença de iniquidades sociais ou até mesmo a forma de organização do estado dentro do território influenciam na incidência e comportamento da doença³².

Quanto a variável *tipos de saída*, seguindo a mesma tendência do Brasil, o município também apresentou parâmetro regular¹¹ na alta por cura e presença de abandono. Esses achados denotam a necessidade de investimentos em novas estratégias para adesão do paciente ao tratamento, uma vez que essa interrupção pode ocasionar resistências medicamentosas, continuidade na transmissão da doença, risco de incapacidades físicas e, por conseguinte, o estigma social³³.

Todas as APS participantes do estudo foram classificadas como *Condição boa* na capacidade de coordenação das RAS, tanto nos atributos quanto na globalidade. Esses resultados permitem deduzir que os investimentos na ampliação de cobertura de APS, na contratação e capacitação dos profissionais de saúde e no sistema informatizado, contribuíram para o reconhecimento da APS como porta preferencial aos serviços de saúde, como centro

coordenador das RAS e com papel fundamental na condução dos usuários nos diferentes níveis de atenção.

Contudo, apesar da boa classificação na globalidade, e em praticamente todos os atributos, algumas APS apresentaram fragilidades nos atributos população, sistemas de apoio e sistemas de governança, com escore regular e/ou próximo ao regular. Cabe considerar que avaliar o desempenho da APS na realização das ações de controle da hanseníase significa identificar fragilidades e potencialidades do primeiro ponto de atenção do SUS. A expansão da ESF permitiu avanços no acesso aos serviços de saúde e aumento da qualidade assistencial, e, conseqüentemente, refletiu de forma positiva nos indicadores de saúde⁴.

Ademais, os sistemas de apoio possibilitam a organização dos fluxos e contrafluxos no sistema de atenção à saúde e por isso trata-se de um atributo importante para que a APS cumpra com efetividade seu papel de coordenadora do cuidado na RAS¹³. Igualmente, o sistema de governança permitiria a gestão de todos os componentes das RAS, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais, aumentando a independência entre eles e a obtenção de bons resultados sanitários e econômicos⁶.

Damaceno et al. (2020)³⁴ defende que a RAS tem se apresentado como uma estratégia à integração dos serviços de saúde, configurando-se como uma condição necessária e indispensável para a qualificação do cuidado além da superação das lacunas assistenciais, da racionalização e otimização dos recursos disponíveis.

Esses bons resultados são sentidos nos ambientes sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde. Mendes (2011)⁶ assegura que é preciso qualificar a APS para a execução do atributo da coordenação do cuidado, e que se faz necessário à organização dos pontos de atenção a fim de garantir à integralidade do cuidado articulada com a APS, fornecendo assim respostas satisfatórias e coerentes às necessidades da sociedade.

Dentre as variáveis dependentes, o abandono apresentou correlação *moderada negativa* com a capacidade da APS em coordenar as RAS. É válido considerar que o abandono, para além das características da própria doença e do seu tratamento, está ligado à capacidade de acolhimento e resolutividade da equipe frente aos eventos adversos que possam ocorrer^{28, 32, 34}. Por isso, a importância de investimentos no processo de qualificação profissional para a formação no tema e sensibilização dos profissionais da área da saúde²⁶.

A média histórica de cobertura da APS indicou correlação *muito alta* com o número de casos novos da doença. Esse resultado denota a importância da implantação e manutenção das equipes de APS no município e a sua influência na detecção de casos novos e no acompanhamento do paciente. A ausência de cobertura em área a ser trabalhada é um agravante no que diz respeito ao acesso a instrumentos de saúde e um no crítico na condução do Programa de Hanseníase³¹.

Para Monteiro et al.³⁵, a cobertura da APS é um fator importante na redução da taxa de incidência da doença a longo prazo, mas não é o único aspecto. Questões como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), vulnerabilidade social, Insegurança Alimentar (AI) e outros ligados às questões socioeconômicas são fundamentais na influência dos novos casos da doença e nas taxas de prevalência em longo prazo.

As limitações do presente estudo provêm de dificuldades encontradas em pesquisas realizadas por meio de fontes secundárias, portanto, passíveis de não complementaridade das informações investigadas, e com possível ocorrência de viés de informação e registro. Nas fichas analisadas, houve fragilidade de algumas informações, o que ocasionou a perda de certas informações, especialmente relacionadas à ocupação, o que pode refletir dados subestimados em relação a essas variáveis. Apesar disso, os dados obtidos no SINAN, possibilitaram reflexões sobre o território sanitário municipal, quando comparadas aos parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde e sua série de dados regionais e nacional. Portanto, estudos prospectivos devem ser realizados para determinar com maior grau de segurança e confiabilidade o perfil clínico e epidemiológico desses pacientes considerando a evolução dos mesmos e o acompanhamento ambulatorial.

CONCLUSÃO

Em suma, no município, a taxa de detecção da hanseníase se apresentou de forma crescente. Com uma distribuição heterogênea, os resultados apresentados nas variáveis dependentes reforçaram a relação que a doença possui com as vulnerabilidades sociais.

A vigilância ativa, a falta de registro do GIF no momento da alta e o parâmetro regular na alta por cura, ainda se apresentam como desafios a serem superados pela APS. O abandono esteve associado à capacidade da APS em coordenar as RAS.

Apesar de algumas fragilidades nos atributos População, Sistema de Apoio e Sistema de governança, a APS, como protagonista do cuidado, na perspectiva da RAS, se mostrou efetiva para o enfrentamento da hanseníase permitindo inferir ser um fator positivo no controle e na condução da doença no território municipal.

Nesse contexto, este estudo traz subsídios à ampliação e reflexão acerca da hanseníase e sobre a importância/necessidade da APS como ordenadora das RAS na condução desse problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Das disposições gerais da atenção básica à saúde. 2018 [citado em 2018 ago 27]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/250693.html>
2. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019|2022. 2020 [citado em 2021 Jan 21]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/estrategia-nacional-para-enfrentamento-da-hanseniose-2019-2022>
4. Vieira NF, Lana FCF, Rodrigues RN, et al. Avaliação da Atenção Primária: Comparativo Entre o Desempenho Global e as Ações de Hanseníase. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2019;9: e2896. [citado em 20 mar 22]. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2896/0>
5. Lima, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [citado em 2 abr 22], pp. 52-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. 2016 [citado em 24 mar 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149_04_02_2016.html#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20aprova%20as,que%20se%20refere%20ao%20acolhimento%2C.
8. World Health Organization. Department of Health System Governance and Service Delivery. Integrated Health Services: What and why? 2008 [citado em 2018 abr 16]. Disponível em: https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
9. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. População no último censo – 2020. 2020 [citado em 2018 Ago 27]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/sinop/panorama>
10. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Informações e Gestões da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. 2020 [citado em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
11. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET para hanseníase Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase. 2018 [citado em 2020 ago 24]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hanseniose/Manual_tabulacao_dos_indicadores_de_hanseniose.pdf
12. Rodrigues LBB, et al. Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária: validação semântica de um instrumento de avaliação. Cadernos de Saúde Pública. 2014 [citado em 2021 fev 8];30: 1385-1390. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000701385&lng=en&nrm=iso. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00137613>
13. Cabral DS, et al. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*. 2020 [citado em 2020 jun 14];54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342020000100443&lng=pt&nrm=iso. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018048703589>
 14. Popolin MAP. Os determinantes das internações por tuberculose em Ribeirão Preto: uma abordagem geocológica. Ribeirão Preto; 2017 [citado em 2018 out 25]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17072017-171314/pt-br.php>. Doutorado em Saúde Pública.
 15. Pestanha MH, Gageiro JN. Análise categórica, arvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS. Lisboa: Lidel; 2009.
 16. Moura Lanza F, Nogueira Rodrigues R, da Silva J. Integração ensino-serviço para realização de educação permanente em ações de controle da hanseníase: relato de experiência. *hu rev [Internet]*. 2021 [citado em 13 abr 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/33963>
 17. Lima RSK e, Oliveira LBP de, Gama RS, Ferreira JAG, Grossi MA de F, Fairley JK, Silva FG da, Fraga LA de O. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. *Hansen. Int. [Internet]*. 30 Nov 2016 [citado em 13 abr 2022]. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/34981>
 18. Santos KCB, et al. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde em Debate*. 2019 [citado em 2019 abr 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000200576&lng=en&nrm=iso. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912122>
 19. Costa LA, Borba-Pinheiro CJ, Reis JH, Reis Júnior SH. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. *Rev Pan-Amaz Saude, [Internet]*. set. 2017. v. 8, n. 3, [citado em 2019 jan 25]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-232017000300009. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232017000300002>
 20. Organização Mundial Da Saúde. Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020 – Aceleração rumo a um mundo sem Hanseníase [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2016 [citado em 2018 out 25]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentostecnicos/informestecnicos/estrategia_global_para_controle_de_hanseníase.pdf
 21. Carneiro FRO, Beltrão LVM, Nascimento CVS, Silva LSA, Santos LC, Calderaro YMR, et al. Hanseníase na infância/Leprosy in the childhood. *Brazilian Journal Of Health Review, [Internet]*, v. 3, n. 5, p. 11788-11795, 2020. [citado em 2021 mar 16]. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16176#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20A%20hansen%C3%ADase%20compromete%20preferencialmente,dificuldade%20no%20controle%20dos%20casos>. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-035>
 22. Mota AON, Nascimento MS, Brito JBN, Nascimento CVS, Cruz LBP, Santos MAL et al. Hanseníase na infância: uma série de casos. *Brazilian Journal Of Development [Internet]*, Curitiba, v. 01, n. 01, p. 1-12, 2021 [citado em 2021 mar 12]. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Desktop/DEFESA/CORRE%C3%87%C3%95ES%20P%C3%93S%20DEFESA/25793-66285-1-PB.pdf>. Doi: 10.34117/bjdv7n3-108

23. Rocha MCN, Nobre ML, Garcia LP. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(9): e00048019 [citado em 2022 abr 11]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/98NBb3RymNmQzSjB64zLqgv/?format=pdf&lang=pt>
24. 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* 2017; 11: e0005364 [citado em 2022 abr 11]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28192426/#:~:text=Males%20and%20subjects%20older%20than,fe males%20and%20other%20age%20groups>
25. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Anual. 2021 [citado em 2021 mar 22] Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniasse-publicacao.pdf>
26. Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *The Lancet Global Health*, [s.l.], v. 7, n. 9, p.1226-1236, set. 2019. [citado em 2020 abr 22]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30260-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30260-8/fulltext)
27. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare Enfermagem*, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 496-503, 18 set. 2015. [citado em 2021 fev 08] Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246>. Acessado em: 08 fev. 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41246>
28. Costa AKAN, Pfrimer IAH, Menezes AMF, Nascimento LB, Filho JRC. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. *Rev. Enferm. Ufpe On Line [Internet]*, Pernambuco, v. 2, n. 23, p. 353-362, 01 fev. 2019 [citado em 2021 mar 24] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010022>. Doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a236224p353-362-2019>
29. Silva, N. N. et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 73, n. 4, 2020 [citado em 2021 mar 23] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400301&lng=en&nrm=iso. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
30. Santos SMFS, Sousa MT, Santos LA, Jacob LMS, Figueira MCS, Melo MC. Perfil Epidemiológico e Percepção sobre a Hanseníase em Menores de 15 anos no Município de Santarém-PA. *Journal Of Health Sciences*, [Internet] v. 20, n. 1, p. 61, maio 2018 [citado em 2021 mar 23] Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/4748>. Doi: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n1p61-67>
31. Moraes JR. Grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase. *Revista de Enfermagem UFPE online*, [S.l.] [Internet]. v. 12, n. 6, p. 1625-1632, 2018 [citado em 2020 Jun 25] Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231049>
32. Azevedo YP, et al. Perfil epidemiológico e distribuição espacial da hanseníase em Paulo Afonso, Bahia. *Revista Baiana de Enfermagem [Internet]*. 2020 Nov 24 [citado em 2021 mar 17]: 01-11. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37805>. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.37805>
33. Rolim MA, et al. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase: uma revisão integrativa da literatura. *Journal of Medicine and Health Promotion [Internet]*. 2016 [citado em 2020 Abr 22]: 254-266. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde->

33142#:~:text=entre%20os%20artigos%20selecionados%20foram,e%20condi%C3%A7%C3%B5es%20socioecon%C3%B4micas%20do%20usu%C3%A1rio

34. Damaceno, NA, Lima MAD da S, Pucci VR, & Weiller TH. (2020). Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e14. Doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236832>
35. Monteiro LD, et al. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico do Norte do Brasil. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 2020 jan 13] Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100260&lng=en&tlng=en. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006655>