



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

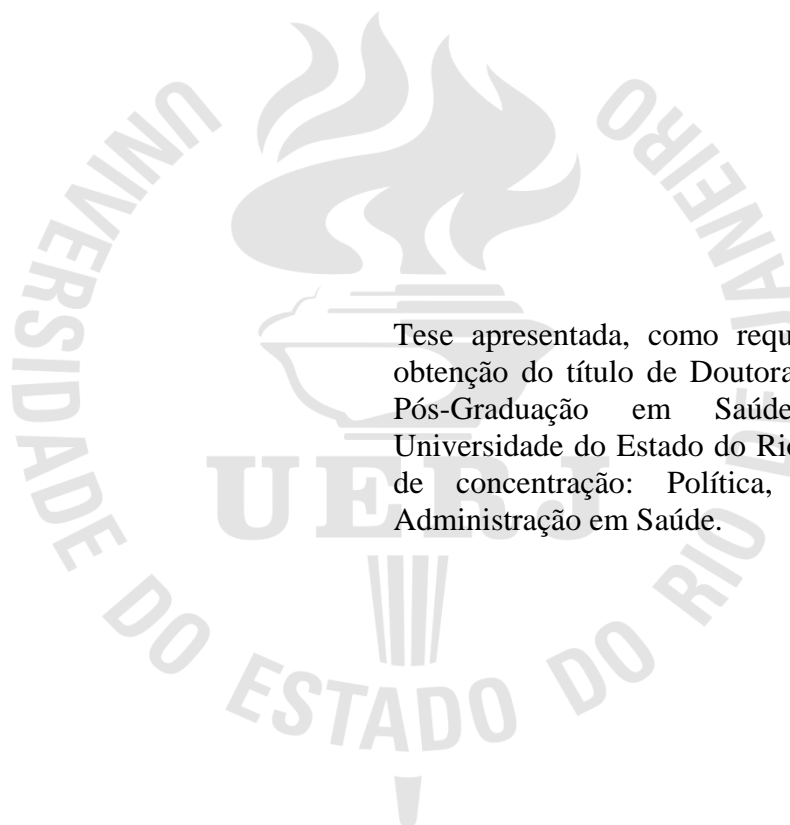
Amanda Martins

**Análise dos indicadores de monitoramento da eliminação da Hanseníase
enquanto problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro
2011 a 2021**

Rio de Janeiro
2023

Amanda Martins

**Análise dos indicadores de monitoramento da eliminação da Hanseníase
enquanto problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro
2011 a 2021**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M386 Martins, Amanda

Análise dos indicadores de monitoramento da eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro 2011 a 2021 / Amanda Martins – 2023.

121 f.

Orientador: Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Monitoramento Epidemiológico. 2. Hanseníase – prevenção & controle. 3. Programas Nacionais de Saúde. 4. Análise de Dados. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Política de Saúde – Rio de Janeiro (RJ). I. Oliveira, Fabiano Saldanha Gomes de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.4(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Amanda Martins

**Análise dos indicadores de monitoramento da eliminação da Hanseníase enquanto
problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro
2011 a 2021**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 08 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof^a. Dra. Paula Soares Brandão
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Thaísde Andrade Vidaurre Franco
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Débora Galvão Moreira
Instituto Nacional do Câncer

Prof.Dr.André Luiz da Silva.
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus e ao Universo, pelo alcance dos meus sonhos e objetivos, pelo dom da minha vida, por cada momento de dificuldade superado, pelo aprendizado adquirido e pela clareza de sua supremaforça e amor.

A Jesus, a Nossa Senhora, aos Orixás e a toda espiritualidade protetora – todosintercessores junto ao Pai, ao longo da minha caminhada.

Aos meus grandes amores, minha filha e e minha mãe – minhas companheiras, amigas e aliadas nessa grande conquista.

Ao meu compadre João, pelo incentivo e grande amor.

Aos meus grandes e amados amigos, pelo afeto e companheirismo.

Ao meu chefe André Luiz da Silva – gratidão pela parceria e incentivo contínuo que contribuíram para o meu crescimento e aperfeiçoamento profissional.

A minha amiga Débora Galvão Moreira, pela expertise e revisão criteriosa.

A minha amiga Ana Cláudia Maretti, pelo carinho e orientação cuidadosa.

Aos meus queridos colaboradores do presente estudo: Milton Carlos da Silva Araújo e Júlio César Barreto da Silva.

Aos professores: Fabiano Soares, André Luiz Mendonça, Thaís de Andrade Vidaurre Franco e Paula Brandão, pelo acolhimento, pela parceria e por compartilharem comigo seu notável saber.

“Eu sou aquela Mulher
a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida e não desistir da luta, recomeçar na derrota,
renunciar a palavras e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos e ser otimista”.

Cora Coralina

RESUMO

MARTINS, Amanda. **Análise dos indicadores de monitoramento da eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro 2011 a 2021**. 2023. 121 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A Hanseníase é endêmica no Brasil e apesar das estratégias nacionais para detecção e controle, continua representando um problema de saúde pública. Relacionada a condições desfavoráveis envolvendo fatores socioeconômicos é classificada pela Organização Mundial da Saúde, como Doença Tropical Negligenciada prevalente em países em desenvolvimento. A transmissão ocorre pelas vias aéreas superiores, por meio do contato próximo e prolongado com a pessoa acometida pela doença sem tratamento. Entre as doenças infecciosas é considerada uma das principais causas de incapacidades físicas, em razão do seu potencial de causar lesões neurais. Analisar os resultados dos indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase, descrevendo a análise situacional da doença no Estado do Rio de Janeiro e regiões no período de 2011 até 2021. Trata-se de um estudo ecológico de série temporal dos indicadores de monitoramento da hanseníase. A coleta de dados foi a partir dos casos de novos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Estado do Rio de Janeiro no período de 2011 até 2021. A partir da consulta a base de dados foram construídos os indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, recomendados oficialmente pelo Ministério da Saúde. A maior frequência de casos acomete o sexo masculino, autodeclarados negros, com ensino fundamental incompleto, residentes da região metropolitana I, município do Rio de Janeiro. Quanto à taxa de detecção houve redução passando do parâmetro “alto” para “médio”, com decréscimo acentuado nos anos da pandemia de COVID-19. A taxa de detecção na população de 0 - 14 anos, passou do parâmetro “médio” para “baixo”; o indicador proporção de contatos examinados apresentou alternâncias parâmetros precário e regular; o indicador proporção de cura apresentou tendência de queda e manteve-se regular ao longo do período; o indicador proporção de abandono teve incremento no período da pandemia (7,9% e 8,4%); o indicador proporção dos casos novos avaliados no momento do diagnóstico apresentou tendência de queda e incremento na proporção de casos com GIF 2. Os casos novos de hanseníase no Estado do Rio de Janeiro, acometem pessoas com maior vulnerabilidade social, situação recorrente entre aqueles com doenças negligenciadas. Quanto a inferência da pandemia de COVID-19, foi evidenciada a subnotificação de casos novos, devido ao decréscimo significativo da taxa de detecção, do incremento do abandono do tratamento, pelo decréscimo da proporção de casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade física e pela constância na proporção GIF 2. Acredita-se que tais resultados sejam decorrentes das barreiras de acesso, da suspensão dos atendimentos agendados e das visitas domiciliares e das ações de busca ativa suspensas, prejudicadas pela emergência de saúde pública. Devido à dimensão da hanseníase e do seu impacto para a saúde pública, conclui-se que os gestores do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro devem investir cada vez mais na consecução de políticas públicas de enfrentamento da doença, que sejam incorporadas à rede de atenção à saúde, e elaboradas a partir de estratégias e metas adequadas a análise situacional a nível regional e/ou municipal, a fim de atender as necessidades de suas respectivas populações.

Palavras-chave: atenção primária; doença tropical negligenciada; hanseníase; indicadores.

ABSTRACT

MARTINS, Amanda. **Analysis of monitoring indicators for the elimination of Hansen's disease as a public health problem in the State of Rio de Janeiro 2011 a 2021.** 2023. 121 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Hansen's disease is endemic in Brazil, and despite national strategies for detection and control, it continues to be a public health problem. It is related to unfavorable conditions involving socioeconomic factors, being classified by the World Health Organization as a Neglected Tropical Disease prevalent in developing countries. Transmission occurs through the upper respiratory tract, through close and prolonged contact with a person affected by the disease without treatment. Among infectious diseases, it is considered one of the leading causes of physical disability due to its potential to cause nerve damage. To analyze the results of the monitoring indicators for Hansen's disease elimination, describing the situational analysis of the disease in the State of Rio de Janeiro and regions from 2011 to 2021. This is an ecological study of a time series of Hansen's disease monitoring indicators. Data collection was based on newly reported cases in the State of Rio de Janeiro Sistema de Informação de Agravos de Notificação from 2011 to 2021. From the database query, we constructed the epidemiological and operational indicators for monitoring the elimination of Hansen's disease as a public health problem, as officially recommended by the Ministry of Health. The highest frequency of cases was among males, self-identified as black, with incomplete elementary education, and residents of the metropolitan region I, municipality of Rio de Janeiro. There was a reduction in the detection rates, going from high to medium, with a sharp decrease in the years of the COVID-19 pandemic. The detection rate in the population aged 0-14 years decreased from medium to low; the indicator "proportion of contacts" alternated between precarious and regular; the indicator "proportion of cure" showed a declining trend and remained regular throughout the period; the indicator "proportion of abandonment" increased during the pandemic period (7.9% and 8.4%); the indicator "proportion of new cases" evaluated at the time of diagnosis showed a declining trend as well as an increase in the proportion of cases with Stage 2 Disabilities. New Hansen's disease cases in the State of Rio de Janeiro affect people with greater social vulnerability, a recurrent situation among those with neglected diseases. Regarding the COVID-19 pandemic inference, underreporting of new cases was evident due to the significant decrease in the detection rate, the increase in treatment abandonment, the reduction in the proportion of new Hansen's disease cases evaluated for the degree of physical disability, and the constancy in Stage 2 Disabilities proportion. These findings may derive from barriers in access, the abeyance of scheduled appointments and home visits, and the suspension of active search actions due to the Public Health Emergency. Due to the magnitude of Hansen's disease and its impact on public health, we concluded that the Sistema Único de Saúde managers in Rio de Janeiro should increasingly invest in the implementation of public policies to address the disease, which should be integrated into the healthcare network and elaborated from appropriate strategies and goals to the situational analysis at regional and/or municipal level to meet the needs of their respective populations.

Keywords: hansen's disease; indicators; neglected tropical disease; primary care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Gráficos regionais da Organização Mundial da Saúde – período 2009-2019.....	19
Figura 2 –	Linha do tempo das Estratégias Globais de Eliminação da Hanseníase..	40
Figura3 –	Mapa do Estado do Rio de Janeiro, por Regiões de Saúde.....	48
Figura4 –	Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase por 100.000 habitantes e na população de 0 a 14 anos de idade por 100.000 habitantes. ERJ – período 2011- 2021.....	56
Figura 5 –	Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo raça/cor. ERJ – período 2011-2021.....	58
Figura 6 –	Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo escolaridade. ERJ – período 2011-2021.....	60
Figura 7 –	Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo sexo e faixa etária, entre o total de casos novos. ERJ – período 2011-2021.....	62
Figura 8 –	Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo classificação operacional entre o total de casos novos diagnosticados. ERJ – período 2011-2021.....	64
Figura 9 –	Proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. ERJ – período 2011-2021.....	66
Figura 10 –	Proporção de cura e abandono entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. ERJ – período 2011-2021.....	68
Figura 11 –	Proporção de casos novos de Hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. ERJ – período 2011-2021.....	70
Figura 12 –	Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase na população geral por 100.000 habitantes por Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021.....	72
Figura 13 –	Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase na população 0-14 anos de idade por 100.000 habitantes. Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021.....	74

Figura 14 –	Proporção de cura entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes por Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021	76
Figura 15 –	Proporção de casos de Hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura por Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021.....	78
Figura 16 –	Mapa do ERJ quanto a proporção de casos novos de Hanseníase com Grau de Incapacidade Física 2 avaliado no momento do diagnóstico por Região de Saúde e municípios do ERJ – período 2011-2021.....	80
Figura 17 –	Mapa do ERJ quanto a proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes por Região e municípios – período 2011-2021.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Detecção de caso novo, por região da OMS – ano 2019.....	18
Tabela 2 – Cobertura da Atenção Básica por Região de Saúde do ERJ – ano 2021.....	41
Tabela 3 – Proporção de casos novos por Região de Saúde e municípios do ERJ – período 2011-2021.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACH	Ações de Controle da Hanseníase
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
APS	Atenção Primária à Saúde
art.	Artigo
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
COVID-19	<i>CoronavirusDisease 2019</i>
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
DTN	Doença Tropical Negligenciada
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERHANS	Gerência de Hanseníase
GIF	Grau de Incapacidade Física
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDMH	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IF	Incapacidade Física
IgM	Imunoglobulina M
IMS	Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro
MB	Multibacilar
MDT	Multidrogaterapia

MS	Ministério da Saúde
n°	Número
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAS	Planejamento Anual de Saúde
PB	Paucibacilar
PB	Paucibacilar
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PES	Planejamento Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNEH	Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da Poupulação Negra
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PQT	Poliquimioterapia
PQT-U	Poliquimioterapia Única
Prof.	Professor
Profa.	Professora
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SBH	Sociedade Brasileira de Hansenologia
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES/RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SVS	Superintendência de Vigilância em Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidade da Federação
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
	OBJETIVOS	22
	Geral	22
	Específicos	22
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	25
1.1	Definição de Caso de Hanseníase, Classificação operacional, forma clínica e tratamento.....	25
1.2	Reações Hansênicas	27
1.3	Vigilância Epidemiológica da Hanseníase e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	28
1.4	Indicadores de Monitoramento da Eliminação da Hanseníase.....	30
1.5	A Legislação e as Políticas Públicas de Enfrentamento da Hanseníase.....	34
1.6	Estratégias Nacionais e Mundiais de Eliminação da Hanseníase.....	37
1.7	Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento da Hanseníase.....	41
1.8	Hanseníase: Estigma e Discriminação.....	44
2	METODOLOGIA.....	47
2.1	Tipo de Estudo.....	47
2.2	Caracterização do Estudo.....	47
2.3	Cenário do Estudo.....	49
2.4	Coleta de Dados.....	50
2.5	Análise dos Dados.....	51
3	RESULTADOS	53
3.1	Panorama Geral do Estado do Rio de Janeiro.....	53
3.2	Resultados dos Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de Monitoramento da Eliminação da Hanseníase do ERJ.....	54
3.3	Resultados dos Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de Monitoramento da Eliminação da Hanseníase por Região de Saúde do ERJ	71
4	DISCUSSÃO.....	83
4.1	Análise Sociodemográfica.....	83

4.2	Análise dos Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de Monitoramento da Hanseníase.....	85
	CONCLUSÃO.....	98
	REFERÊNCIAS.....	100
	APÊNDICE A – Carta de Anuência.....	116
	APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado CEP IMS UERJ.....	117
	ANEXO A – Indicadores do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (2008) ao Macroplanejamento do Governo e nos Pactos do Sistema Único de Saúde.....	119
	ANEXO B – Indicadores Epidemiológicos de Monitoramento da Eliminação da Hanseníase.....	120
	ANEXO C – Indicadores para Avaliar a Qualidade dos Serviços de Hanseníase.....	121

INTRODUÇÃO

Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa de caráter crônico, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), e a principal fonte de transmissão ocorre a partir do contato próximo e prolongado com os indivíduos infectados não tratados e com alta carga bacilar (Brasil, 2022a). A doença tem evolução clínica lenta e progressiva, acomete indivíduos de ambos os sexos e faixas etárias, podendo desencadear incapacidades físicas decorrentes do processo de adoecimento (Brasil, 2023).

De acordo com Brennan e Spencer (2019, p.2),

Acredita-se que a via aérea superior seja a porta de entrada do bacilo no organismo e que a via hematogênica seja o seu principal mecanismo de disseminação para a pele, mucosas, nervos e outros tecidos. Tal fato dificulta o desenvolvimento de estudos que possam ampliar o conhecimento científico sobre a composição, o metabolismo e a genética do bacilo.

É endêmica no Brasil e, apesar das estratégias nacionais para detecção e controle, continua representando um problema de saúde pública (Silva *et al.*, 2021). De acordo com Roberts (2018, p. 23), “[...] é considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, sugere-se que a hanseníase teve origem na África Ocidental, espalhando-se pelo mundo por meio do colonialismo e de pessoas que migravam em rotas comerciais”.

É classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das vinte Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) (WHO, 2021).

Lindoso (2009, p. 248) menciona que,

Assim como outras DTNs, a hanseníase caracteriza-se por sua endemicidade em populações socialmente vulnerabilizadas. A ocorrência de doenças tropicais negligenciadas é inerentemente relacionada à pobreza, estas distribuem-se por todo o território brasileiro, mas com concentração elevada nas áreas com menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH).

A ocorrência de casos de DTNs no país indica a necessidade da intensificação das atividades de vigilância, de prevenção e de controle, voltadas especialmente às populações pobres e vulneráveis (Brasil, 2014).

Entre as DTNs, a hanseníase é apontada como uma das principais causas de incapacidades físicas, em função do potencial de causar lesões neurais, que podem desencadear barreiras, como a restrição das atividades de vida diária, diminuição da capacidade laboral, diminuição à participação social, estigma e discriminação (Brasil, 2020).

O Ministério da Saúde (2021a, p. 442) refere que

O potencial incapacitante da doença está relacionado ao poder imunogênico do *M. leprae*. É sabido que a suscetibilidade ao *M. leprae* tem influência genética. Assim, familiares de pessoas com hanseníase apresentam maior chance de adoecer. As complicações da hanseníase, muitas vezes, confundem-se com a evolução do próprio quadro clínico da doença. Muitas delas dependem da resposta imune dos indivíduos acometidos, outras estão relacionadas à presença do *M. leprae* nos tecidos, e algumas decorrem das lesões neurais características da hanseníase.

Segundo Santos (2020a, p. 3732):

O comprometimento neural é um aspecto grave da hanseníase devido ao potencial incapacitante, atualmente mensurado em graus de 0 a 2 (zero a dois); grau 0 ausência de incapacidade física (IF), grau 1: decorre de alterações sensitivas nas mãos e/ou pés e/ou olhos; e o grau 2 está associado à presença de alterações mais graves, como motoras com incapacidades visíveis instaladas.

Segundo Silva *et al.* (2019, p. 8),

A avaliação neurológica frequente contribui para o diagnóstico precoce do acometimento dos troncos nervosos periféricos, bem como para monitorar a evolução do quadro neurológico, auxiliando tanto o tratamento medicamentoso quanto o fisioterápico.

Cenário mundial da Hanseníase

A OMS (2021a) em 2019, registrou 202.256 casos novos de hanseníase no mundo, em 118 países (26,0 por milhão de habitantes). Destes, 96% dos casos novos foram registrados em 23 países prioritários globais, sendo 79% na Índia, Brasil e Indonésia e sessenta e seis países relataram menos de 100 casos (tabela 1).

Tabela 1 – Detecção de caso novo, por região da OMS – ano 2019

Regiões	Países ≥ 1 caso	Total de Casos Novos		Casos Novos em Crianças		Casos Novos com GI2	
		Número	Taxa (milhão de hab.)	Casos	Taxa (milhão de crianças)	CasosGI2	Taxa (milhão de hab.)
África	38	20.209	18	2.150	5.2	2.933	2.6
América	24	29.936	29,5	1.612	7.1	2.544	2.5
Mediterrâneo	15	4.271	5,8	149	0.68	254	0.35
Europa	6	42	<0,1	0	0	4	0
Sudeste Asiático	10	143.787	70,4	10.661	20.4	4.817	2.4
Pacífico Ocidental	25	4.011	2,1	411	1.1	264	0.14
Total Mundial	118	202.256	26	14.983	7.9	10.816	1.4

Fonte: OMS (2021).

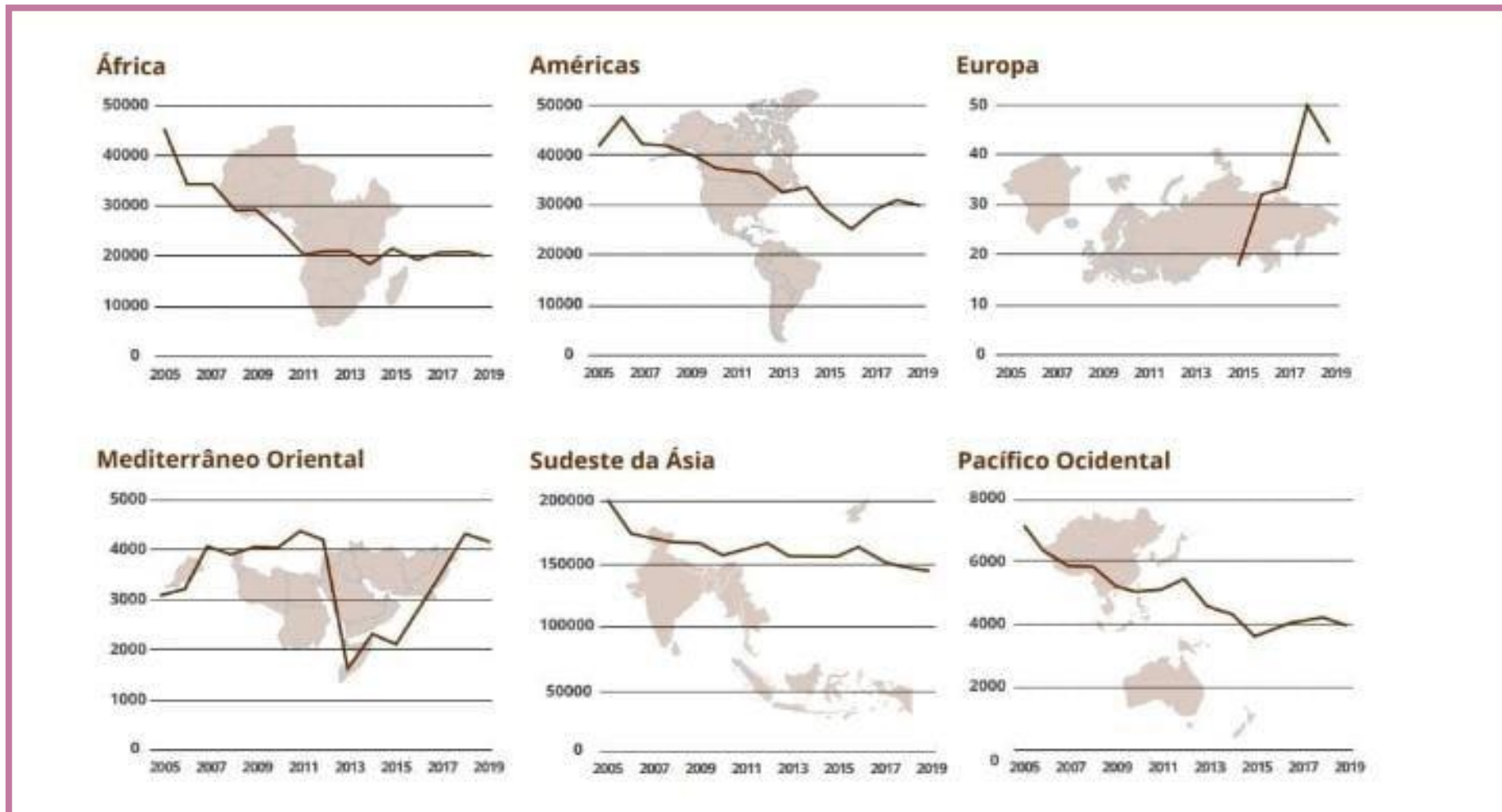
De acordo com a OMS (2021a, p. 10),

Sendo 10.816 casos novos em 94 países, incluindo 370 crianças, apresentaram grau de incapacidade física 2 no momento do diagnóstico, indicando diagnóstico tardio e falta de conscientização da comunidade. Dos casos novos, 38,9% eram mulheres e 7,4% crianças. A detecção de casos em crianças é considerada um indicador de transmissão recente de infecção na comunidade. Globalmente, a nova taxa de detecção de casos para pessoas de 0 a 14 anos foi de 7,9 por milhão de crianças. Apenas 47 países relataram taxas de conclusão do tratamento acima de 85%. Além disso, 3.897 recidivas foram relatadas por 54 países – 44% delas no Brasil. O aumento pode ser atribuído a uma maior e melhor notificação, embora ainda existam incapacidades no diagnóstico de recidiva. A taxa de recidiva na hanseníase parece baixa, em torno de 1% em 5-10 anos. Como a disponibilidade de medicamentos alternativos para a hanseníase é limitada, é necessária vigilância para evitar a amplificação da resistência.

De acordo com a figura 1, os gráficos regionais da OMS (2021a, p. 10),

Estima-se que 3-4 milhões de pessoas vivam com incapacidades físicas visíveis devido à hanseníase. Como tanto o ‘rótulo’ da hanseníase quanto o da incapacidade que ela causa resultam em exclusão social em muitas comunidades, o número de pessoas que vivenciam o estigma relacionado à hanseníase provavelmente será ainda maior. Existem esforços contínuos para reduzir a discriminação, incluindo a revogação de todas as leis e regulamentos discriminatórios em vigor. Ademais, 56 países (35%) relataram a disponibilidade de serviços de aconselhamento, uma providência importante em razão das conhecidas consequências para a saúde mental do diagnóstico de hanseníase, incapacidade, estigma e exclusão social.

Figura 1 – Gráficos regionais da Organização Mundial da Saúde – período 2009-2019.



Fonte: OMS, 2021.

Cenário da Hanseníase no Brasil

Em 2021, foram reportados à OMS (140.594) casos novos de hanseníase no mundo e o Brasil ocupa a segunda posição entre os países que mais notificam casos da doença, com (18.318), cerca de 13% do total de casos detectados no mundo (WHO, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde (2023a, p. 7),

A doença tem um perfil heterogêneo no Brasil, possui alta prevalência em áreas mais pobres e com estrutura sanitária básica precária. A pobreza é um determinante da hanseníase. Indivíduos residentes nas regiões de maior pobreza do país (Centro-Oeste, Norte e Nordeste) apresentaram risco 5 a 8 vezes maior de adoecer por hanseníase do que nas demais regiões do Brasil. A escassez de alimentos, o analfabetismo e a baixa renda são aspectos específicos da pobreza associados à hanseníase.

De acordo com o Ministério da Saúde (2023a, p. 11),

Entre os anos de 2012 a 2021, foram diagnosticados 269.086 casos novos de hanseníase no país. A taxa de detecção geral de casos novos nesse período apresentou uma redução de aproximadamente 50,0%, passando de (17,17) em 2012 para (8,59) / 100 mil habitantes em 2021. O parâmetro de endemicidade do país mudou de “alto” para “médio”. Essa mudança de parâmetro também foi observada em 16 Unidades da Federação (UF) no ano de 2021. Todas as regiões apresentaram redução na taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase entre 2012 a 2021.

A hanseníase no Brasil, ainda apresenta elevada magnitude e morbidade causando incapacidades físicas (IF), decorrentes da fragilidade dos serviços de saúde em realizarem o diagnóstico precoce de casos novos (Sousa *et al.*, 2017a). A proporção grau de incapacidade física 2 (GIF 2), alcançada no Brasil em 2012 foi de 7,6% e 11,2% em 2021, um incremento de 47,9% e alteração do parâmetro de endemicidade, de “médio” para “alto” (Brasil, 2023, p. 14).

Tais dificuldades evoluem no desfecho clínico, estigma social, perda de produtividade e elevados custos para o sistema de saúde (Silva, 2016).

Problema

Em 2021, o Estado do Rio de Janeiro (ERJ), segundo o sistema de informação de notificação de agravos nacional (SINAN), registrou 677 casos novos de hanseníase, correspondendo a uma taxa de detecção anual de 3,8/100.000 habitantes, valor considerado de média endemicidade, segundo os parâmetros de avaliação do Ministério da Saúde. Tal resultado representa um decréscimo de 27% dos casos notificados, quando comparado ao ano de 2019, anterior à pandemia de COVID-19 (DATASUS, 2020).

No ranking dos estados da federação em 2021, o ERJ ocupava o 23º lugar em relação a taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, e em 12º na proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico. Significando que dos 85,5% de casos novos avaliados no momento do diagnóstico, 13,3% apresentavam incapacidades físicas irreversíveis, um indicador de diagnóstico tardio da doença (SVS/MS, 2021).

Outro fator relacionado foi a ocorrência da pandemia da COVID-19. A doença no território brasileiro trouxe desafios adicionais, como sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável exclusivo pela assistência à saúde de cerca de 75% dos brasileiros, e os potenciais danos causados no enfrentamento das enfermidades endêmicas no país (Silva *et al.* 2023, p. 2). Assim, devido as dificuldades impostas aos serviços de saúde nos últimos anos, a continuidade da atenção a outros agravos de saúde pública foi minimizada, permanecendo em segundo plano as doenças consideradas negligenciadas, como a hanseníase (OMS 2021b, p. 431).

Paz *et al.* (2022, p. 8), mencionam que “[...] na prática assistencial, observou-se que o diagnóstico, o acompanhamento de casos novos e os contatos foram ações comprometidas em função das alterações no modo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), em função da emergência de saúde pública”.

Silva *et al.* (2023, p. 5) descrevem que, “[...] as dificuldades de acesso as unidades de saúde foram uma grande barreira para as pessoas com hanseníase, pois os atendimentos ambulatoriais foram desestimulados, tendo relação direta com queda de casos novos diagnosticados no período da pandemia”

As medidas de controle para propagação do COVID-19 foram fundamentais no controle da emergência de saúde pública, mas aliada a estas medidas, ações práticas de enfrentamento deveriam ter sido adotadas para o controle de DTNs, como a hanseníase (Paz *et al.*, 2022).

Hipótese

Os indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, refletem a real situação sanitária da população, são capazes de mensurar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e a adoção destes permite o planejamento de ações estratégicas de intervenção no enfrentamento da doença.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar os indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase, descrevendo a análise situacional da doença no Estado do Rio de Janeiro e regiões no período de 2011 até 2021.

Objetivos específicos

- a) Relacionar os resultados dos indicadores de monitoramento da hanseníase do ERJ com as políticas públicas implementadas para o enfrentamento da doença no período de 2011 até 2021; e
- b) Descrever a inferência da Pandemia de COVID-19 no enfrentamento da Hanseníase no ERJ no período de 2020 e 2021.

Justificativa

A hanseníase é uma DTN, inclusa no rol das doenças associadas à desnutrição, à pobreza, as más condições sanitárias e a alta densidade domiciliar. Tais fatores condicionantes implicam no risco de adoecimento e na disseminação da infecção. É conhecida como uma importante causa de IF em países endêmicos, desta forma diagnosticar precocemente a doença é fundamental para diminuir o risco desta complicação.

No cotidiano, defronta-se com as fragilidades dos serviços de saúde em lidarem com a complexidade do diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento de reações da hanseníase. Observa-se os constantes desafios manifestados para o alcance da atenção integral às pessoas acometidas pela doença, que exigem dos serviços de saúde e dos profissionais a capacidade de responderem às demandas de forma articulada, concebendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o nível de atenção responsável também por práticas de Vigilância em Saúde.

No contexto administrativo, cabe ao gestor o cumprimento das metas estabelecidas, desenvolvendo em seu município uma política para o programa de hanseníase que leve à eliminação da doença como problema de saúde pública. A política pública é considerada uma diretriz de resolução de problemas sociais, possui elementos basais de intencionalidade pública e procura solucionar problemas coletivos de caráter relevante.

Frente à dimensão da doença e ao seu impacto para a saúde pública, a hanseníase é considerada uma prioridade, necessitando que gestores do SUS invistam cada vez mais na consecução de políticas públicas de enfrentamento da doença, que sejam incorporadas à rede de atenção à saúde a partir da análise situacional e do perfil epidemiológico da região/município.

Desta forma, as diretrizes do Ministério da Saúde reafirmam a necessidade da adoção dos indicadores epidemiológicos e operacionais, como ferramentas de monitoramento que expressam a situação de saúde da população para o enfrentamento da doença no país.

A análise situacional da doença no ERJ, permitiu caracterizar, medir e explicar o perfil da população, as potencialidades e fragilidades na qualidade dos serviços prestados, de acordo com os parâmetros de avaliação do MS e das metas propostas pela Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase (2024-2030).

Neste cenário, é de extrema importância o desenvolvimento de um estudo sobre a análise dos indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública no ERJ, principalmente devido a escassez de estudos com abordagem nessa

temática e a necessidade do compartilhamento de informações sistematizadas no processo de avaliação da força, da magnitude e da tendência da endemia no estado.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Definição de caso de Hanseníase, classificação operacional, forma clínica e tratamento

O diagnóstico da hanseníase é realizado a partir do exame clínico e epidemiológico. Sendo examinados a pele e os nervos para investigação de possíveis lesões com alteração de sensibilidade ou comprometimento de nervos periféricos, e/ou alterações sensitivas e/ ou motoras e/ou autonômicas. É indispensável realizar a investigação do histórico familiar de casos novos de hanseníase e de contatos sociais, indagando o contexto sócio epidemiológico no qual o indivíduo está inserido (Brasil, 2022b).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016b, p. 6),

Um caso de hanseníase é definido pela presença de pelo menos um ou mais dos seguintes critérios, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase: 1) Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; 2) Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; 3) Presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

O Ministério da Saúde (2021a, p. 443) descreve que

Após a conclusão diagnóstica a partir do exame clínico e/ou baciloscópico, os casos de hanseníase devem ser classificados para fins de tratamento, de acordo com os critérios definidos pela OMS: Paucibacilar (PB) - caracteriza-se pela presença de uma a cinco lesões cutâneas e baciloscopia obrigatoriamente negativa é representada pelas formas clínicas: Indeterminada (I) e Tuberculóide (T). A classificação operacional Multibacilar (MB) - caracteriza-se pela presença de mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva, representada pelas formas clínicas Dimorfa (D) e Virchowiana (V).

A hanseníase atinge a humanidade há mais de dois milênios, porém apenas no século XX surgiram os fármacos mais eficazes contra o *M. leprae*. Inicialmente o tratamento era baseado no uso das sulfonas, que possuíam efeito apenas bacteriostático e obrigava os usuários a fazerem uso regular e ininterrupto, dificultando a adesão (Brasil, 2022b).

De acordo com Britton, Lockwood (2004, p. 1211)

Durante anos, o uso da dapsona como monoterapia favoreceu o crescente surgimento da resistência medicamentosa em diversos países do mundo, obrigando à busca por novas opções. Desse modo, outros dois medicamentos desenvolvidos nos anos 1960, a rifampicina e a clofazimina, passaram a integrar o arsenal terapêutico para a hanseníase, levando a OMS, em 1981, a reconhecer a poliquimioterapia (PQT) como a melhor opção para tratar a hanseníase.

WHO (2019, p. 420) refere

A introdução da PQT, a prevalência mundial da hanseníase caiu progressivamente de 3 milhões de casos em 1991 para cerca de 600 mil casos no ano 2000, chegando-se a menos de 200 mil casos em tratamento ao final de 2019. Esses resultados foram alcançados pela adoção da PQT para 100% dos pacientes com a possibilidade de cura e a consequente saída do registro de muitos pacientes.

No Brasil, a PQT foi instituída como tratamento da hanseníase gradualmente em 1986, expandindo-se em 1991, e em 1998, iniciou-se a descentralização do atendimento para às Unidades Básicas de Saúde, estimulando -se o diagnóstico e tratamento da doença.

Segundo o Ministério da Saúde (2016b, p. 21),

O tratamento da hanseníase no Brasil, baseava-se em esquemas de poliquimioterapia composto por três medicamentos, rifampicina + dapsona + clofazimina, pelo período de doze meses para as formas clínicas da classificação operacional multibacilar e poliquimioterapia composto por dois medicamentos, rifampicina + dapsona, pelo período de seis meses para as formas clínicas da classificação paucibacilar.

Em 2018, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, por meio do Relatório de Recomendação n°. 399 (2018, p. 28),

Propôs ao Ministério da Saúde a ampliação do uso do medicamento clofazimina para tratamento da hanseníase paucibacilar no âmbito do SUS, orientando que os pacientes acometidos pela forma clínica Paucibacilar devem ser tratados com poliquimioterapia única (PQT-U)¹ composta por três medicamentos (rifampicina + dapsona + clofazimina).

Segundo o Ministério da Saúde (2021a, p. 446),

A PQT-U é eficaz e diminui a resistência medicamentosa do bacilo, provocando a sua morte e evitando a evolução da doença. A duração do tratamento é fixa, baseada na combinação de três drogas para o tratamento tanto de formas PB quanto MB. O

¹ Esquema terapêutico incorporado pela nota técnica conjunta n° 16 CGDE/DCCI/SVS/MS e CGAFME/DAF/SCTIE/MS que amplia o uso da clofazimina para o tratamento da hanseníase paucibacilar, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

número de doses administradas e a duração da poliquimioterapia preconizada para tratar a hanseníase são consideradas como critério para a alta por cura pela doença. O tratamento da hanseníase é realizado no âmbito do SUS, em regime ambulatorial, por meio de PQT-U, padronizada pela OMS. Está disponível em unidades públicas de saúde, básicas e de referência.

No Brasil, o controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, no tratamento até a alta por cura, visando eliminar as fontes de infecção e evitar as IF resultantes do diagnóstico tardio e do acompanhamento inadequado (Brasil, 2022).

1.2 Reações hansênicas

Uma das principais dificuldades no manejo clínico de pacientes com hanseníase é o desenvolvimento de reações, episódios agudos que ocorrem no curso da doença crônica e são fenômenos imunes inflamatórios, que podem causar incapacidades físicas irreversíveis (Hungria *et al*, 2017). Esses fenômenos podem ser localizados ou sistêmicos, se expressam, em sua maioria, de forma sintomática; ocorrem antes, durante ou após o tratamento específico da doença e guardam relação com a carga bacilar e da interação *M. Leprae*-hospedeiro, necessitam de intervenção imediata (Coriolano *et al*, 2021).

De acordo com Coriolano (2021, p. 2),

No curso da doença crônica que é a hanseníase, cerca de 30-50% dos pacientes podem desenvolver episódios reacionais. As reações são classificadas em dois tipos, denominados reação tipo 1 (ou reação reversa) e reação tipo 2 (ou eritema nodoso hansênico). Enquanto as primeiras são reações de hipersensibilidade celular e geram sinais e sintomas mais restritos, associados à localização dos antígenos bacilares, a segunda é uma síndrome mediada por imunocomplexos, resultando em um quadro sistêmico e acometendo potencialmente diversos órgãos e tecidos. Quadros atípicos de resposta imune também podem ocorrer na hanseníase, dificultando a classificação de alguns casos reacionais e simulando doenças como artrite reumatóide, outras doenças reumatológicas, uveítes, nefrites, hepatites e vasculites, dentre outras.

1.3 Vigilância epidemiológica da Hanseníase e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Epidemiológica (SVE) funcionaria em três níveis: municipal, estadual e federal (Brasil, 1975).

A hanseníase é uma DTN de notificação compulsória em todo o território nacional, conforme estabelece a portaria do MS nº204/2016. A notificação da doença e seu registro no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) são de extrema importância para o monitoramento da carga da doença no Brasil (Brasil, 2016).

No Brasil, foi criado o SINAN na década de 1990 e instituído em nível nacional em 1994, sendo o responsável pelo registro dos casos de hanseníase. A partir da coleta de dados, tem-se o objetivo de fornecer informações para análise e processamento sobre agravos de notificação em todo o território nacional. A alimentação da base de dados do SINAN é de obrigatoriedade dos Municípios, Estados e Distrito Federal, e foi regulamentada em 1998 pela Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98 (Brasil, 1998).

Laguardia *et al.* (2004, p. 136) descrevem que,

A concepção do SINAN, foi norteada pela padronização de conceitos de definição de caso, pela transmissão de dados a partir da organização hierárquica das três esferas de governo, pelo acesso à base de dados necessária à análise epidemiológica e pela possibilidade de disseminação rápida dos dados gerados na rotina do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos.

No SINAN, a ficha de notificação deve ser preenchida pelos profissionais responsáveis pelo atendimento na semana epidemiológica do diagnóstico, sejam estes serviços públicos ou privados (Brasil, 2021a). A vigilância epidemiológica depende fundamentalmente da qualidade da notificação dos casos pelos serviços de saúde, a partir dos quais são construídos os indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da hanseníase.

O Ministério da Saúde (2021a, p. 457) preconiza

O devido acompanhamento e seguimento da evolução clínica dos casos, o SINAN possui como instrumento de monitoramento, o boletim de acompanhamento de hanseníase, que demanda a atualização dos dados de acompanhamento pelas unidades de saúde. O boletim de acompanhamento deverá conter informações relativas ao monitoramento do número de contatos domiciliares registrados e o número de contatos domiciliares examinados no primeiro ano após o diagnóstico do caso índice. Informações relativas aos contatos sociais, bem como aos cinco anos de seguimento, deverão constar no prontuário do paciente. A Ficha de Notificação/Investigação e o boletim de acompanhamento são essenciais para a composição e a atualização dos indicadores epidemiológicos e operacionais, os quais subsidiam as avaliações das intervenções e embasam o planejamento de novas ações.

Bovendorpet *al.* (2014, p.63), destaca que “[...] dentre os principais problemas identificados no SINAN, estão vinculados os dados da ficha de notificação/investigação, incluindo a qualidade insatisfatória do preenchimento dos campos correspondentes, à inconsistência das informações e à duplicidade de registros”.

Segundo o Ministério da Saúde (2016b, p. 11),

A vigilância epidemiológica da hanseníase 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. Deve ser organizada em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir informações sobre a distribuição, magnitude e carga da doença, nas diversas áreas geográficas.

O advento de um caso novo de hanseníase é realizado por detecção ativa, através de investigação epidemiológica de contatos e exames de coletividade, como campanhas, inquéritos e passiva a partir de demanda espontânea e encaminhamento (Brasil, 2016b).

O Ministério da Saúde (2021a, p. 456) descreve que

A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre os indivíduos que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. A partir do diagnóstico de um caso de hanseníase, deve ser feita, de imediato, a investigação epidemiológica. As pessoas que vivem com o doente correm maior risco de serem infectadas e de adoecerem do que a população geral. Essa é a principal medida de controle para estabelecer a rede de contatos e de possíveis casos de hanseníase a partir do caso notificado.

Segundo Cerroni *et al.* (2015, p. 626),

Não fazem parte da rotina de todos os serviços o processamento e análise dos dados e a disseminação das informações de forma sensível e oportuna, comprometendo a efetividade no uso da ‘informação para ação’, um dos objetivos da vigilância epidemiológica. Em geral, essa insuficiência está relacionada à falta de qualificação, carência e alta rotatividade de profissionais, e ao fato de os serviços não disporem de uma infraestrutura adequada ao desempenho da vigilância. A utilização das informações é mais efetiva quando profissionais são qualificados e mantidos em serviços cuja infraestrutura é compatível com suas atribuições.

De acordo com Maia (2014, p. 2),

Instituições de controle de doenças recomendam que as avaliações direcionadas aos sistemas de vigilância sejam focadas em doenças particulares, para assegurar o monitoramento eficiente e efetivo de problemas importantes para a Saúde Pública.

Maia (2014, p. 11),

Para o Sinan cumprir integralmente seus objetivos, faz-se necessária a reorganização dos serviços, maior mobilização de recursos e investimentos na qualificação da vigilância e dos sistemas de informações de agravos de racionalidade epidemiológica, associada a novas pesquisas avaliativas que aprofundem o conhecimento quanto às fragilidades dos sistemas de informações em saúde.

1.4 Indicadores de monitoramento da eliminação da Hanseníase

Andrade (1996, p. 37) descreve que,

O sistema de informação do programa de hanseníase é provavelmente um dos sistemas mais antigos. Os primeiros registros de casos de hanseníase datam de 1890, e referem-se exclusivamente à mortalidade. A partir de 1927, esboça-se o sistema de informação de morbidade para consolidar-se a nível nacional a partir de 1946. Para os estudos da hanseníase no país, utilizou-se como fonte, os dados tabulados provenientes dos relatos em documentos históricos e relatórios do Programa de Controle a nível Nacional.

Visando a comparação e melhor avaliação entre os estados do Brasil, utilizou-se os coeficientes ajustados de detecção de hanseníase, buscando diminuir a influência do fator idade (Kleinbaum *et al.*, 1982; Rothman, 1986).

Segundo Andrade (1996, p. 72),

A primeira série histórica apresentada referia-se aos coeficientes brutos de detecção de casos novos de hanseníase. Então surgiram informações referentes ao coeficiente de detecção e coeficiente de detecção segundo a forma clínica. Segundo a seção de epidemiologia do Departamento Nacional de Leprosia (MS/DNS/SNL, 1967), para fins de informatização e estudo, fixou-se o ano de 1946 como de partida do sistema de informação do programa de hanseníase, porque até essa época não havia uma generalização da terapêutica sulfônica nem uma padronização das informações.

Andrade (1996, p. 44),

No processo de eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, o Brasil elaborou um Plano de Eliminação (PEL) para o período de 1995-2000. O Plano teve as seguintes prioridades: a detecção intensiva dos casos, a vigilância epidemiológica, a atenção às incapacidades e ao tratamento com multidrogaterapia (MDT). Os indicadores escolhidos para alocarem as Unidades Federadas nas diferentes fases do Plano de Eliminação foram: proporção de municípios com programa implantado; proporção da população coberta pelo programa; proporção de

casos novos incluídos em MDT-OMS; proporção de abandono de MDT/OMS entre os casos que deveriam ter completado o tratamento; proporção de casos curados entre os que deveriam ter completado o tratamento; proporção de abandono na prevalência do período.

O estudo de Andrade (1996), mostrou que o coeficiente de prevalência, utilizado no Brasil nos últimos anos, não permitia avaliar a demanda dos serviços de saúde, nem era calculado corretamente, a partir do número total de casos existentes de hanseníase ativa num período determinado.

A disponibilidade de informações apoiadas em dados válidos e confiáveis são condições essenciais para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (RIPSA, 2008).

A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados. Desta forma, os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação dessas informações produzidas (OPAS, 2001).

Segundo a RIPSA (2008, p. 13).

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices.

De acordo com a RIPSA (2008, p. 14),

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Risi Júnior (2006, p. 1050), destacam que,

A Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA) foi instituída em 1996 pelo Ministério da Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para produzir e tornar disponíveis informações dirigidas à formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas do setor. A RIPSA, surgiu do entendimento das dificuldades do setor para se adequar às crescentes necessidades e demandas de informação, no contexto intrincado de relações entre as

três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), órgãos de outros setores de governo e entidades de ensino e pesquisa.

O produto finalístico primário da RIPSA é uma base de indicadores configurada para fornecer panorama consistente e integrado da situação geral de saúde e suas tendências, segundo o conceito de conjunto de indicadores básicos (Risi Júnior, 2006).

Nos últimos 30 anos, inúmeras alterações foram realizadas no sistema de informação relacionadas aos instrumentos de coleta, nos indicadores de monitoramento de eliminação da doença, na utilidade dos indicadores e intuiu-se os parâmetros de avaliação.

Segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 15),

O Programa Nacional de controle da hanseníase (PNCH), definiu como indicador de monitoramento do comportamento da hanseníase no Brasil, o coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos, que expressa a força de transmissão recente e a tendência da endemia. Também foi instituída sua apresentação por 100.000 habitantes para facilitar a realização de análises comparativas com outras doenças. A meta de redução dos coeficientes de detecção em menores 15 anos em 10%, até 2011, foi inserida no Programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008 - 2011. Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Este indicador expressa a transmissão recente da hanseníase com os focos transmissão ativos.

Em 2009, o Relatório de Gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase de maio de 2007 a dezembro de 2008, descreveu os indicadores do programa no macroplanejamento de governo e nos pactos do SUS. O anexo 1 apresenta a síntese dos indicadores, metas e parâmetros de avaliação e a situação de cada indicador a partir de 2008.

A Portaria nº 149 GM/MS (2016, p. 1) aprovou,

As diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, com a finalidade de orientar os gestores e profissionais dos serviços de saúde quanto a gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação.

Uma das estratégias das Diretrizes de Vigilância foi a ênfase na construção de indicadores epidemiológicos e operacionais para os processos de monitoramento da hanseníase e avaliação da qualidade dos serviços prestados, baseando-se na utilidade e nos parâmetros de avaliação recomendados pelo MS. Segundo o MS (2014, p. 16), “[...] os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois pode-se acompanhar o alcance de metas pactuadas, utilizando-se para análise crítica no processo de tomada de decisão e auxiliando na melhoria contínua dos processos organizacionais.”

Os indicadores de monitoramento epidemiológicos e operacionais, a respectiva utilidade, a construção e os parâmetros de avaliação recomendados pelo MS, estão descritos no Anexo 2 deste estudo.

Em 2022, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (MS, 2022, p. 109), excluiu a taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes dos indicadores de implementação adotados para o monitoramento do controle da hanseníase enquanto problema de saúde pública, destacando-se:

(a) Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase/100.000 habitantes; (b) Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de 0 a 14 anos/100.000 habitantes; (c) Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico/100.000 habitantes; (d) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano; (e) Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano. E os indicadores de avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase: (a) Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no ano das coortes; (b) Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; (c) Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes; (d) Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico; (e) Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes; (f) Proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos; (g) Proporção de casos de recidiva entre casos notificados no ano.

1.5 A legislação e as políticas públicas de enfrentamento da Hanseníase

Dias & Matos (2012), descrevem que “[...] a política pública é uma diretriz de resolução de problemas sociais, têm elementos basais de intencionalidade pública, visa solucionar problemas de interesse coletivo e de caráter relevante.”

Neste contexto, o Estado deve propor, estabelecer, implementar e avaliar essas políticas. Apesar de serem previstas a nível nacional, as mesmas são descentralizadas, com o intuito de se adequarem à realidade de cada local (Alves *et al.*, 2020).

Oliveira (2014, p. 401) descreve que

Desde a primeira política pública de controle da hanseníase no Brasil em 1920, observa-se a alternância de priorização de iniciativas oficiais com momentos de negligência político-administrativa e, sobretudo, a histórica desigualdade na implementação dessas políticas em estados e municípios, mesmo com as tecnologias atuais disponíveis.

Em 1976, a Portaria nº 165 de 14 de maio trouxe avanços ao garantir o oferecimento, pelo Estado de recursos para tratamento, livre da classificação operacional doença em serviços públicos de saúde e não nos leprosários (Brasil, 1976). A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 (Brasil, 1988) e regulamentado pelas Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), iniciou-se o processo de descentralização pelas três esferas do governo Federal, Estadual e Municipal, garantindo o acesso universal e igualitário às ações de saúde (Costa *et al.*, 2015).

Em 1999, a OMS lançou a Aliança Global para a eliminação da hanseníase até 2005, e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS) assumiu a responsabilidade do controle da hanseníase passando a ser prioritária para os municípios (Cetolin *et al.*, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2000, p. 18),

A partir da reorientação do modelo assistencial brasileiro, várias portarias ministeriais que preconizam a descentralização da atenção à hanseníase foram publicadas. Em 2000, a Portaria no 816, de 26 de julho, aprovou as diretrizes destinadas a orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase em todos os pontos de atenção, principalmente na APS. Considerando a necessidade de viabilizar a efetiva inserção das ações de controle da hanseníase na APS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria no 1.073, de 26 de setembro de 2000.

No ano seguinte, a publicação da NOAS-SUS 01/2001 foi fundamental para garantir a universalidade e a descentralização da assistência à saúde (Machado, 2019). A NOAS articula-se em torno da presunção da ampliação das responsabilidades dos municípios, visando o acesso aos serviços da APS e definindo como áreas de atuação estratégicas de enfrentamento da hanseníase (Brasil, 2007a). Assim, cada unidade básica de saúde é responsável por conduzir casos de hanseníase e de outras doenças transmissíveis (Machado, 2019; Visschedijk *et al.*, 2003).

Costa *et al.* (2015, p. 106),

Em 2004, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), estabeleceu o redirecionamento da política de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública e da atenção à hanseníase no Brasil, em um novo contexto que permitiu aferir a real magnitude da endemia no país. O princípio básico do programa, orientava-se para uma visibilidade da distribuição e da concentração da endemia em todo o território nacional.

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro (2006, p. 12),

Dispõe sobre as doenças emergentes e endemias, tendo como ênfase a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, traçam metas que visam fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias. Tratando-se especificamente da hanseníase há uma meta específica no Pacto pela Vida, “Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários em 2006.

Em maio de 2007, a Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), optou por estabelecer diretrizes operacionais para a execução de ações do PNCH, visando atingir todas as frentes de trabalho para que as pessoas acometidas pela hanseníase tivessem atendidos seus direitos (Brasil, 2009).

Ao longo desta gestão, procurou-se implementar o PNCH com base nos seguintes princípios e diretrizes (Brasil, 2009, p. 9),

Fortalecer a inserção da política sobre hanseníase nos pactos firmados entre gestores das três esferas de governo e nos instrumentos de macro planejamento das políticas públicas de abrangência nacional; realizar ações de promoção, proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, envolvendo toda a complexidade da atenção à saúde; fomentar a ampliação da cobertura das ações com descentralização e prioridade à sua inclusão na atenção básica e na estratégia Saúde da Família; preservar a autonomia e a integridade física e moral das pessoas acometidas pela hanseníase e humanizar o atendimento; fortalecer as parcerias com a sociedade civil visando à mobilização social e ao controle social das políticas de saúde relacionadas à hanseníase; e atender aos interesses individuais e coletivos da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017, p. 23)

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) visa fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e na assistência integral aos portadores deste agravo. A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Costa *et al.* (2015, p. 106),

A descentralização do atendimento, mudou o modo de combater a doença, o atendimento que era realizado na unidade central passa a ser dividido com as unidades básicas de saúde, para isso os gestores têm que proporcionar a qualificação e estrutura para que os recursos humanos estejam preparados para diagnosticar precocemente a doença, incentivando a conclusão do tratamento.

Nesse aspecto, a abordagem frente às pessoas acometidas pela hanseníase passa a acontecer de forma diferenciada, sendo propostas medidas de educação em saúde, como define a Portaria conjunta nº 125, de 26 de Março de 2009 do Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p. 20).

As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem basear-se na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde. Essas atividades devem compreender, pelo menos, atenção integral, estímulo à investigação e ao autoexame dos contatos intradomiciliares, autocuidado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento. A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania.

Em 2011, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, compôs a Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) com o objetivo de fortalecer os resultados dos programas nacionais considerados insuficientes e incompatíveis com a capacidade do SUS (Brasil, 2015, p. 4).

Nesse grupo, foram incluídas a hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, geohelmintíases, oncocercose e tracoma. Essa mudança representou não só uma alteração organizacional, mas uma transformação na estratégia de abordagem que parte da integração das atividades voltadas ao conjunto de enfermidades com potencial de eliminação enquanto problema de saúde pública.

A política vigente para hanseníase no Brasil engajou-se ao grupo de Doenças Negligenciadas (CGHDE Decreto n. 7.530, 21/07/2011). Essa política tem como ação prioritária o Plano Integrado de Ações Estratégicas (2011-2015), inserido no “Programa Brasil Sem Miséria”, visando à redução da pobreza em regiões onde essas doenças são prevalentes (Oliveira, 2014, p. 401).

A intervenção na propagação da hanseníase e suas consequências, consubstanciada em políticas públicas modernas, envolve todas as formas de prevenção consideradas em saúde pública, mediante abordagem populacional e em grupos de alto risco. Estas, não mais tomadas de forma programática isolada, mas no contexto do cuidado integral à saúde, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde.

O Ministério da Saúde publicou em (2016, p. 1) a portaria nº 149 de 03 de fevereiro que aprovou as 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 quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento a partir de indicadores epidemiológicos e operacionais, acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. Essas ações visam ao fortalecimento da vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. As diretrizes estão elencadas no Manual Técnico Operacional.

Em 2022, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da hanseníase, instituído por meio da Portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022, foi uma iniciativa do MS de normatizar no âmbito do SUS, uma diretriz baseada em evidências (Brasil, 2022, p. 13).

Segundo o Ministério da Saúde (2022, p. 13),

O protocolo além de estabelecer os critérios para diagnóstico e tratamento de indivíduos acometidos pela hanseníase, tem como um dos principais objetivos a promoção da efetiva descentralização do cuidado em hanseníase para a Atenção Primária à Saúde (APS). O PCDT, ainda atende ao objetivo estratégico de otimizar o uso dos medicamentos antimicrobianos na saúde, mediante o aprimoramento das intervenções com qualificação da prescrição e dispensação e uso desses medicamentos, estabelecido pelo Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos no Âmbito da Saúde Única além de acompanhar a Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde e a Estratégia Nacional de Enfrentamento da Hanseníase.

1.6 Estratégias nacionais e mundiais de eliminação da Hanseníase

O Ministério da Saúde (2000, p. 9) descreve que,

A partir da 44ª Assembleia Mundial de Saúde promovida pela OMS em 1991, o Brasil assumiu a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2.000, ou seja, atingir a taxa de prevalência de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes. A redução da taxa de prevalência até 1998 foi de mais de 71%, passando de 17,4/10.000 hab. em 1991 para 4,8/10.000 hab. em 1998. Entretanto, o país não atingiu a meta proposta pela OMS até o ano 2.000, dada a alta taxa de prevalência e detecção ainda existente, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

O Brasil em 1999 assumiu um novo compromisso de eliminação da hanseníase até o fim de 2005, na reunião promovida pela OMS em Abidjan (Costa do Marfim). Segundo o MS (2000, p. 9), “[...] o alcance desta meta demandaria a superação de um grande obstáculo: a limitação da rede pública de serviços de saúde relacionada a capacitação de profissionais para o atendimento integral ao paciente com hanseníase”.

Segundo Ribeiro *et al.* (2018, p.2),

A eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública foi alcançada em 2000 em escala mundial e no início de 2005, a eliminação da hanseníase havia sido alcançada em todos os países exceto nove: Angola, Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal, República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Tanzânia.

No Brasil (2006 a 2009), teve-se um grande aumento da prevalência da hanseníase. O país não alcançou a meta mundial, mas concordou em enfrentar a doença usando o impacto político da campanha global para a eliminação e um prazo estendido até o ano de 2010. Apesar dos esforços das três esferas do governo, a meta não foi alcançada, e novo prazo foi estabelecido até 2020 (Brasil, 2006; OPAS, 2010).

Numa análise da linha do tempo (figura 2) sobre as estratégias globais de eliminação da hanseníase no mundo, constatou-se que a estratégia para a eliminação da hanseníase, segundo WHO (2016, p.7),

A (2000-2005) se concentrou na PQT e na detecção passiva de casos. A estratégia (2006-2010), propôs aliviar a carga da doença e manter as atividades de controle, consolidou os princípios de detecção oportuna e quimioterapia efetiva no contexto de serviços integrados de combate à hanseníase. A (2011-2015), aprimorada para redução adicional da carga da Hanseníase aperfeiçoou ações conjuntas e aprimorou esforços globais para abordar os desafios enfrentados no controle da hanseníase com uma ênfase na detecção precoce para reduzir incapacidades decorrentes da hanseníase.

A estratégia global 2016 - 2020 da OMS (2016, p.8),

Propiciou a visibilidade e peso aos aspectos humanos e sociais que afetam o controle da Hanseníase. A redução de estigmas e a promoção da inclusividade reforçaram o diagnóstico melhor e antecipado. Entre as condutas inovadoras estão a ênfase em crianças, mulheres e outras populações vulneráveis, o fortalecimento dos sistemas de referência, a detecção sistemática de contatos domiciliares, o monitoramento da resistência aos medicamentos, o esforço para simplificar a conduta terapêutica e a avaliação do papel da profilaxia pós exposição.

No âmbito nacional, tendo como base a Estratégia Global, o Ministério da Saúde (MS, 2019, p.11) elaborou a Estratégia Nacional 2019 – 2022,

Tendo como visão um Brasil sem hanseníase. A Estratégia teve como objetivo geral reduzir a carga da doença no país ao fim de 2022, com as seguintes metas: 1) reduzir para 30 o número total de crianças com grau 2 de incapacidade física; 2) reduzir para 8,83/1 milhão de habitantes a taxa de pessoas com grau 2 de incapacidade física; e 3) implantar em todas as Unidades da Federação canais para registro de práticas discriminatórias às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares.

A OMS (2021, p. 14),

A Estratégia Global de Hanseníase 2021 a 2030 traz uma mudança significativa na abordagem ao enfrentamento da doença no mundo. A nova estratégia centraliza esforços para a interrupção da transmissão e a eliminação dos casos autóctones, cujo objetivo em longo prazo é o conceito de zero hanseníase: zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação.

Neste contexto, foi elaborada a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase (2024 - 2030) do MS (2024, p. 23),

A partir da Estratégia Global 2021-2030 – rumo a zero hanseníase, foi elaborada a Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030 com a visão de um Brasil sem hanseníase. Considerando a situação epidemiológica da doença, a missão até 2030 é reduzir a carga de hanseníase no país. Para isso, foram estabelecidas três metas epidemiológicas (metas 1 a 3) e uma social (meta 4). As metas 1 e 2 basearam-se nas fases de eliminação propostas no guia técnico da OMS para interrupção da transmissão e eliminação da hanseníase (OMS,2023). A meta 3 considerou o grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico (meta 3) como indicador de diagnóstico tardio da doença (OMS,2023). Essas metas foram obtidas por meio de análise preditiva, a partir de dados sobre hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), compreendendo o período entre 2010 e 2019, de forma a desconsiderar o déficit de notificações durante a pandemia de covid-19. A meta 4 reflete a importância do SUS no enfrentamento ao estigma e à discriminação contra pessoas acometidas por hanseníase, por meio da inclusão social, garantia de direitos e de dignidade.

Figura 2 - Linha do tempo das Estratégias Globais de Eliminação da Hanseníase



Fonte: elaboração própria.

1.7 Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Hanseníase

Segundo Vieira (2015a, p. 30):

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde e no tocante ao Brasil apresenta-se como o principal ponto de entrada da assistência à saúde. Esse reconhecimento da importância da APS fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde da população.

Contudo, a descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) no Brasil exige maiores progressos, como a expansão da cobertura da APS e a sustentabilidade das ações pelos profissionais (Macinko; Harris; Rocha, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2000), “o conceito de descentralização manifestado na Reforma Sanitária brasileira tem um caráter político-administrativo, mas a legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil assume a descentralização como a atenção prestada pelas unidades de APS na esfera municipal”.

Segundo o e-Gestor AB (2023), quanto à caracterização do acesso e da assistência dos serviços de saúde no ERJ em dezembro de 2021, a cobertura da atenção básica à saúde era de (57%), com 2.976 equipes de saúde da família distribuídas pelos 92 municípios do estado. A tabela 2, apresenta a cobertura da AB por região de saúde do ERJ (Brasil, 2022c).

Tabela 2 – Cobertura da Atenção Básica por Região de Saúde do ERJ – ano 2021.

Regiões de Saúde ERJ	Cobertura AB/2021 (%)
Centro Sul Fluminense	98%
Noroeste Fluminense	81,3%
Médio Paraíba	77,7%
Serrana	58,3%
Metropolitana	55,7%
Baía da Ilha Grande	55%
Baixada Litorânea	51%
Norte Fluminense	39,7%

Fonte: e-Gestor AB, cobertura da AB dez. 2021.

Sousa (2017b, p. 231) menciona que,

Avaliar a hanseníase é de extrema importância por se tratar de um agravo prioritário na política de saúde do Brasil, necessitando de ações que visem o fortalecimento da atuação da APS no seu controle. O uso de instrumentos adequados e que permitam a análise do conhecimento dos atributos que estão sendo alcançados facilita o planejamento das ações para o respectivo serviço, repercutindo diretamente na qualidade da assistência.

Segundo Lanza & Lana (2011, p. 351),

Em relação à hanseníase, o acesso é determinado pela priorização desse agravo na política de saúde, pela presença de profissionais capacitados e comprometidos na realização das ACH, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

A contenda da descentralização das ações de controle da hanseníase na APS é uma realidade no mundo e no Brasil e contempla-se na elevada concentração de diagnósticos e tratamentos em unidades especializadas (Corrêa *et al.*, 2022).

Desta forma, com intuito de auxiliar o processo de descentralização das ações de enfrentamento da doença para a APS no país, o MS (2022a, p. 13), instituiu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase,

No sentido de normatizar no âmbito do SUS, uma diretriz baseada em evidências, estabelecer critérios para o diagnóstico, tratamento de pessoas atingidas pela hanseníase, com a promoção efetiva da descentralização do cuidado para a APS. Considerando que a APS é, em geral, o primeiro ponto de contato do paciente com os serviços de saúde e que o atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

Segundo o Ministério da Saúde (2022a, p. 48),

O PCDT, destaca a incorporação de novas tecnologias de apoio diagnóstico da doença, que facilmente podem ser incorporadas à rede de APS, como o Teste Rápido para Hanseníase - um teste imunocromatográfico para determinação qualitativa de anticorpos IgManti-*Mycobacterium leprae* para diagnóstico complementar da doença, utilizado para avaliação de contatos de casos novos de hanseníase.

O Ministério da Saúde (2022, p. 49) refere que,

O Brasil é o primeiro país do mundo a incorporar, no âmbito do SUS, um teste rápido para detecção de anticorpos anti-*M. leprae* como método auxiliar nas ações de controle da hanseníase. O teste rápido deve ser utilizado como ferramenta de apoio na avaliação de contatos, a fim de indicar o grupo a ser monitorado mais de perto quanto ao surgimento de sinais e sintomas da hanseníase e direcionar o encaminhamento à Atenção Especializada, para avaliação por especialista em caso de alterações suspeitas inconclusivas .

Segundo Corrêa (2022, p. 2),

As equipes de Atenção Primária à Saúde, devem estar aptas a reconhecer precocemente os sinais e sintomas da doença e a identificar prontamente os sinais dos estados reacionais, que podem inclusive estar presentes desde o momento do diagnóstico. Além disso, a equipe deve estar capacitada para definir corretamente a classificação operacional do caso e indicar o esquema terapêutico adequado, para avaliar e monitorar a função dos nervos periféricos e orientar a prevenção das incapacidades físicas, e para acompanhar corretamente a resposta terapêutica e os efeitos colaterais da poliquimioterapia (PQT-U), educação em saúde com foco no combate ao estigma e na educação permanente dos profissionais de saúde e a vigilância dos contatos domiciliares.

Segundo Vieira (2020, p. 2),

Estudos que avaliaram o grau de orientação da APS nas ações de controle da hanseníase (ACH) demonstram que os problemas estão relacionados com os atributos derivados (orientação comunitária e profissional), justamente os que qualificam a assistência ao acometido pela hanseníase. Outras pesquisas evidenciaram que a APS tem dificuldade em desempenhar as ações de controle da doença, devido à rotatividade dos profissionais, escassez de ações de detecção precoce dos casos, desconhecimento dos sinais e sintomas, negligência na priorização da doença pela gestão política e insuficiência nas capacitações. Apesar dos poucos registros de pesquisas avaliando a relação entre os indicadores epidemiológicos e a qualidade da APS, constata-se que a integração das ACH na atenção primária é capaz de ampliar o acesso, possibilitando o fortalecimento das ações. As barreiras na consolidação da APS como porta de entrada impedem a eliminação da doença como problema de saúde pública e, conseqüentemente, distanciam-se das metas propostas na Estratégia Global para a Hanseníase.

De acordo com a Ministério da Saúde (2010, p. 2),

[...] a portaria nº594 de outubro de 2010, considerando a responsabilidade da Atenção Primária, em especial das Equipes de Saúde da Família, na identificação e tratamento dos casos de Hanseníase; considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente os gestores estaduais e municipais no planejamento, implementação e monitoramento de serviços que atuem de modo integrado e articulado, com fluxo de referência e contra-referência definidos, que possibilitem a continuidade e a qualidade do atendimento em todos os níveis da atenção e a vigilância epidemiológica da hanseníase, resolve: Art. 1º Incluir, na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o serviço de Atenção Integral em Hanseníase. Art. 2º Definir como Serviço de Atenção Integral em Hanseníase aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para a realização das ações mínimas descritas, tipificadas em I, II, III.

No ERJ, 428 unidades de atenção primária encontram-se habilitadas com o serviço de atenção integral em hanseníase tipo I em 2023, em conformidade com o art. 2º da Portaria nº594, de 29 de outubro de 2010, ou seja, essas unidades de saúde apresentavam capacidade para a realização de diagnóstico, tratamento da hanseníase e vigilância de contatos intradomiciliares; vinte unidades de atenção integral à hanseníase tipo II, e cinco unidades Especializadas de referência tipo 3.

1.8 Hanseníase: estigma e discriminação

A hanseníase encontra-se no rol das doenças estigmatizantes, resultado da tradução bíblica da palavra *tsaraath*, que portou crenças referentes a punição divina, castigo e pecado, justificando a forma atroz como a Europa Medieval lidou com os doentes (Savassi, 2013).

Ramos (2017, p. 22),

O estigma e o preconceito relacionados à hanseníase sempre estiveram presentes em diferentes contextos históricos, políticos e culturais, imprimindo as marcas devastadoras da doença. A palavra “*tsaraath*” foi traduzida do texto hebraico para o grego como “lepra” (lépros = “algo que escama”) e foi usada pelos gregos para denominar doenças escamosas - entre elas, a hanseníase. O termo *tsara’at* - derivado do hebraico cuja raiz é *sara*, que significa ser ferido por Deus.

Ducatti (2009, p. 100), “[...] historia o auge e o declínio da punição divina, como posição sustentada pela religiosidade do mundo judaico-cristão. Essa processualidade que decorre da Antiguidade Clássica visa a mostrar que a doença fora instalada no Brasil via colonizador europeu, em especial o português.”

Segundo Cunha (2010, p. 6), as pessoas acometidas pela hanseníase foram alvos constantes de exclusão social, tendo variação na forma, intensidade e justificativa. No século XIX aumentou-se o temor e a exclusão tornou-se isolamento, legitimada por teoria microbiana das patologias que substituiu a legitimação religiosa milenar, que justificava a exclusão.

No Brasil, o regulamento da “lepra” foi elaborado e alterado em 1923 pelo Decreto nº 16.300, (Brasil, 1923, p. 1), criando um órgão específico para tratar da profilaxia da doença, projetando diretrizes de caráter coercitivo, especificamente o isolamento compulsório dos

doentes. O ápice dessa política de isolamento se deu na década de 1930, quando instituições com o modelo de dispensário, leprosário e preventório foram construídas por todo o país.

No Brasil, as análises documentais sobre a hanseníase mostram que até a década de 1940 o isolamento compulsório era a principal estratégia de intervenção para controle da endemia, acreditando-se, assim, evitar o contágio (Aquino *et al.*, 2016).

Carvalho (2015, p. 15) menciona que

O final do isolamento compulsório se deu a partir do Decreto nº 968 de 1962, muitos anos depois da descoberta das sulfonas, que comprovadamente tratavam a doença e interrompiam o contágio logo no início do tratamento. Dessa maneira, a doença e sua profilaxia começaram a tomar novos rumos, ao sinalizar novas possibilidades terapêuticas. Contudo, o decreto não garantiu, na prática, o fim do isolamento compulsório, já que ele ainda era considerado uma medida necessária pelo Estado e de legitimidade reconhecida pela sociedade.

O estigma e o preconceito são constituídos a partir de juízos transitivos sobre determinada situação e orientam o modo como será vivenciada no cotidiano. Ao longo do tempo, tais juízos foram enraizados pela sociedade e passaram a ser dominantes (Barreto *et al.*, 2013).

O termo “estigma”, originário do grego é utilizado para referenciar marcas corporais que designam a condição de alguém excluído dos círculos de convívio, levando à diminuição da pessoa frente à sociedade e, possivelmente, perante si mesma (Brasil, 2022, p. 79).

Estudos retratam o conceito de estigma não apenas inerente a uma característica indesejável de um indivíduo ou de um grupo, mas construída por um contexto social ao qual indivíduo e o grupo pertencem (Sermittirong; Van Brakel; Bunbers-Aelen, 2014). Assim, o contexto social da hanseníase também é influenciado pelas incapacidades físicas que a doença pode acarretar nos portadores, perpetuando marcas corporais.

Rafferty (2005) designa o estigma como um fenômeno real na vida das pessoas, desencadeando alterações nos domínios físico, psicológico, social e econômico. O estigma que permeia a hanseníase não está ligado apenas às incapacidades físicas, mas à história milenar de segregação da doença (Savassi, 2013).

Levantezi & Magda (2021, p.16) descrevem que

O estigma e o preconceito em relação à hanseníase resultam do silêncio em torno da doença, o que denota uma realidade perversa e de total descumprimento dos direitos humanos. Tal silêncio resulta, na maioria das vezes, no diagnóstico tardio e no comprometimento da funcionalidade física, inferindo uma desarticulação da

dimensão da integralidade da pessoa atingida, marcada pelo desequilíbrio da estrutura de sustentação da vida social.

Link e Phelan (2001), retratam a diferença entre o uso dos termos estigma e discriminação relacionado a hanseníase. O estigma está relacionado ao destinatário de determinados comportamentos e a discriminação, refere-se aos produtores de rejeição e exclusão, ou seja, aqueles que perpetram tratamento diferenciado.

A discriminação é uma preocupação social, que se manifesta por ações e comportamentos atribuídos a motivos injustos, como o pertencimento a categorias sociais. Quando uma pessoa é rotulada, separada e relacionada às características indesejáveis, também é construída uma lógica para desvalorizá-la, rejeitá-la e excluí-la (Bastos;Faerstein, 2012).

No Brasil, depois da regularização do tratamento com a poliquimioterapia, durante a década de 1980, houve a transição do nome lepra para hanseníase visando reintegrar socialmente às pessoas acometidas pela doença e diminuir o estigma presente nos termos “lepra” e “leproso”(Loures, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022, p. 79),

É importante a identificação de situações especiais, como a vulnerabilidade social e problemas adicionais ligados ao estigma, à discriminação. Essas ações são primordiais para a obtenção dos melhores resultados terapêuticos e o consequente impacto positivo na diminuição da carga da doença no Brasil.

O Ministério da Saúde (2022, p. 81), “[...] visando intervir no estigma comunitário é necessário fomentar o conhecimento sobre a doença, estimulando relações pessoais que invalidem estereótipos sobre a hanseníase relacionados ao estigma organizacional e institucional, reforçando a proteção dos direitos das pessoas acometidas pela doença.”

No Brasil, a fundação em 6 de junho de 1981, do Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase (Morhan), teve como objetivos: proporcionar debate a cerca da doença e os efeitos gerados na sociedade, orientar a população quanto à doença, a luta pela garantia e respeito aos Direitos Humanos das pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares. Tendo como missão, possibilitar que a hanseníase seja compreendida pela sociedade, com tratamento e cura, eliminando o preconceito e o estigma em torno da doença. As atividades desenvolvidas são voltadas para a eliminação da hanseníase, a partir da conscientização e com foco na construção de políticas públicas eficazes de enfrentamento da doença no país.

2 METODOLOGIA

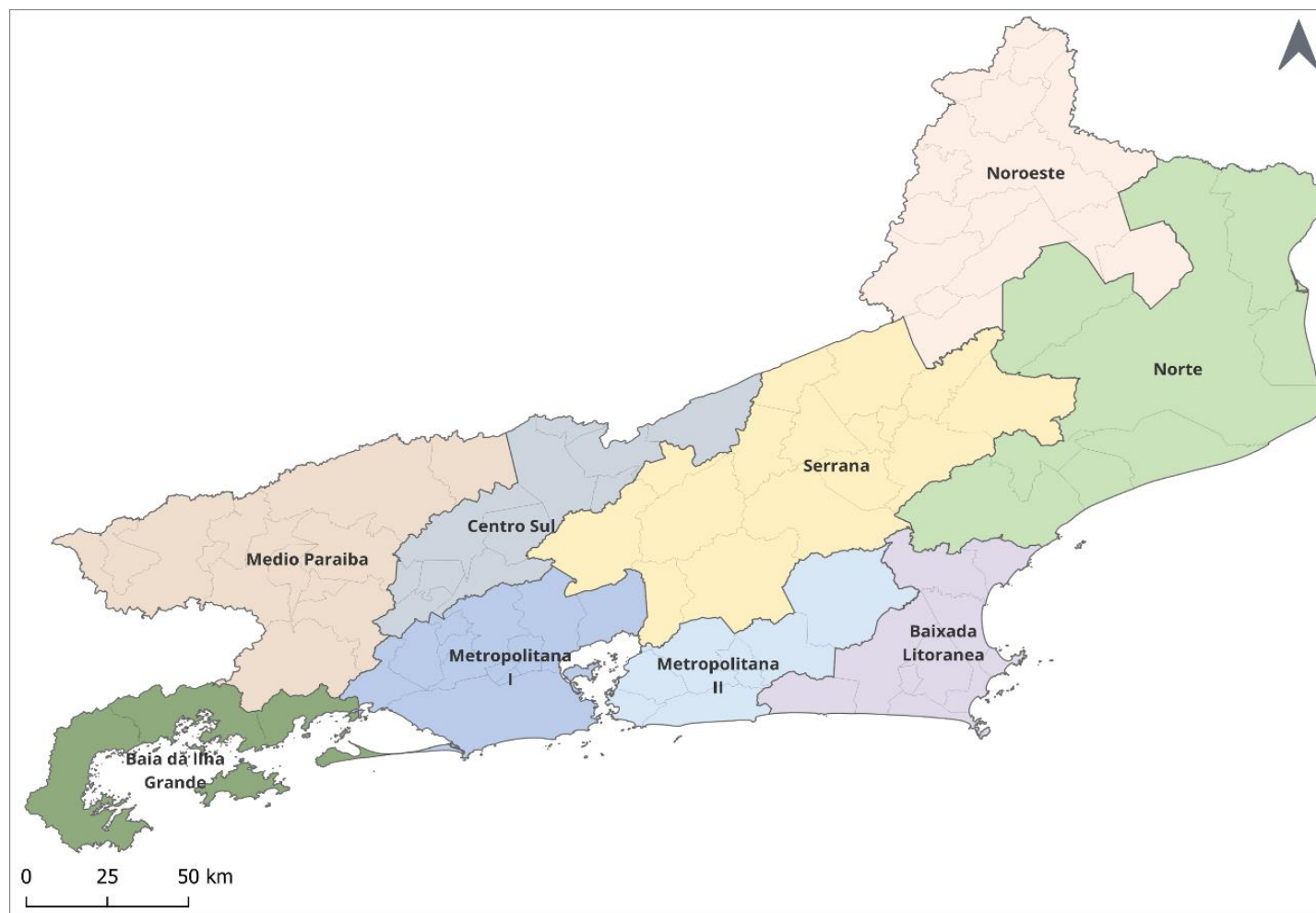
2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de série temporal dos indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da hanseníase no estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 até 2021. Um estudo ecológico compõe uma tipologia de pesquisa epidemiológica que aborda áreas geográficas ou blocos de populações bem delimitados, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio de correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. (Almeida Filho; Rouquayrol, 2002).

2.2 Caracterização do estudo

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) está localizado na região sudeste do Brasil, sendo a terceira unidade da federação mais populosa, estimada em 17,5 milhões de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021). Apresenta densidade demográfica de 365,23 habitantes/km² e um rendimento domiciliar per capita de R\$1.723,00 em 2020. Com área de 43.750,426 km², está dividido em 92 municípios, que estão organizados em 9 regiões de saúde (Figura 3): Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana, Centro-Sul, Norte Fluminense, Noroeste, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba. A capital Rio de Janeiro (RJ) é a cidade mais populosa do estado, com população estimada (2021) em 6.775.561 pessoas e PIB per capita (2019) R\$52.833,25, situado em 18º no ranking do estado, com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,799 - apresenta 94.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado.

Figura 3 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro, por Regiões de Saúde.



Fonte: SES – RJ.

2.3 Cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido a nível administrativo no Serviço de Vigilância Epidemiológica, da Gerência de Hanseníase da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, situada no centro da cidade, região metropolitana do estado.

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) é uma das secretarias do governo do estado. É o órgão responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde no estado. Atua como gestora do Sistema único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como direito de cidadania. As atribuições como gestora incluem: a programação, o acompanhamento, a avaliação das ações, atividades e metas de saúde e o assessoramento técnico das Secretarias de Saúde dos 92 municípios das regiões do estado.

A Vigilância Epidemiológica do ERJ, atualmente é composta por assessorias técnicas, que foram adaptando-se aos organogramas e se transformaram nas atuais divisões e gerências. Na Gerência de Hanseníase (GERHANS), o Serviço de Vigilância Epidemiológica, funciona de segunda a sexta - feira, no horário de 09 às 17 horas.

A equipe é composta por: gerente, técnico administrativo, e equipe multiprofissional: Enfermeiros, Fisioterapeutas, Médico e Assistente Social – responsáveis pelo assessoramento técnico dos 92 municípios das nove regiões do ERJ.

A equipe multiprofissional da GERHANS é responsável pela investigação, análise e acompanhamento das notificações dos casos de hanseníase e do boletim de acompanhamento na base de dados do SINAN, conforme suas respectivas regiões de atuação; análise de indicadores de monitoramento; elaboração de plano de intervenção; assessoria técnica quanto: ao protocolo clínico, às diretrizes terapêuticas, as ações de vigilância e campanhas de mobilização para prevenção e combate da doença; discussão de casos; capacitação dos profissionais de saúde e ações de educação permanente para a descentralização do atendimento para a rede de atenção primária.

2.4 Coleta dos dados

O método de coleta de dados, captação dos conteúdos e informações acerca do objeto deste estudo foi a partir da consulta de fontes de dados secundários: os dados obtidos a partir

do preenchimento da ficha de notificação e do boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (hansnet/DATASUS), estes dados foram utilizados para a construção dos indicadores de monitoramento da doença, no período de 2011 até 2021.

Este intervalo de tempo foi delimitado por abranger o período entre o ponto inicial de implantação de estratégias de eliminação da doença (2001) e as novas diretrizes definidas pelo Plano Integrado (2011-2015) de ações de eliminação e controle da hanseníase (Brito, 2015) e pela Estratégia Global para Hanseníase 2021-2030 da OMS.

Foram incluídos no estudo, os casos de hanseníase procedentes dos 92 municípios do ERJ notificados no SINAN - no período de 2011 até 2021 e excluídos do estudo, os casos descartados por erro de diagnóstico e os transferidos de outros Estados e países.

A consulta a base de dados do SINAN (hansnet/ DATASUS) pela pesquisadora principal do estudo dará acesso às informações dos casos de hanseníase notificados no ERJ, porém a mesma assume o compromisso ético de confidencialidade das informações em conformidade com a Resolução nº 466, de 2012, da Conferência Nacional de Saúde (CNS), que define as normas que envolvem as pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012).

A partir da consulta a base de dados do SINAN, foram construídos os indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da hanseníase enquanto problema de saúde pública. Tais indicadores subsidiam as avaliações das intervenções dos serviços de saúde e embasam o planejamento de novas ações, são essenciais para a atualização e orientação de gestores e dos profissionais de saúde envolvidos na assistência (Brasil, 2022; 2016).

Quanto as variáveis sociodemográficas de interesse deste estudo, destaca-se: sexo (feminino, masculino); faixa etária (0-14; 15-59; ≥ 60), escolaridade (analfabeto; ensino fundamental, ensino médio, ensino superior) e o quesito raça/cor da pele autorreferida (branca, preta, amarela, parda; indígena), classificação adotada pelo IBGE desde de 2020, para denominação étnica ou racial no Brasil.

Os indicadores epidemiológicos e operacionais de interesse do estudo selecionados são: (1) taxa de detecção de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes - este indicador mede a força de morbidade, magnitude e tendência da endemia; (2) a taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de zero a 14 anos por 100 mil habitantes - este indicador representa a força de morbidade e de magnitude da hanseníase; (3) proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes – este indicador avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento; (4) proporção de contatos examinados de casos novos de

hanseníase diagnosticados nos anos das coortes - este indicador mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos; (5) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano – este indicador avalia a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce dos casos; (6) proporção de casos de hanseníase, segundo gênero entre o total de casos novos – este indicador avalia a capacidade dos serviços em assistir os casos de hanseníase; (7) proporção de casos de hanseníase, segundo faixa etária entre o total de casos novos - avaliar a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase; (8) proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos - avaliar os casos em risco de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento de PQT; (9) Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes - este indicador avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento;(10) Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de Incapacidade Física entre os casos avaliados no momento da alta por cura - este indicador avalia a transcendência da doença e subsidia a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta.

2.5 Análise dos dados

A construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da hanseníase foram tabulados no TABWIN, a inclusão de dados seguiu as instruções contidas no Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) NET para hanseníase: manual para tabulação dos indicadores de hanseníase, MS. Para o cálculo das taxas, foram utilizados dados populacionais disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Inicialmente, serão identificadas as variáveis de interesse, que serão codificadas de acordo com o dicionário de dados do SINAN Net (versão 4.0) e verificada a consistência, os dados serão recodificados para análise estatística.

A análise dos resultados dos indicadores epidemiológicos e operacionais, foi realizada a partir dos parâmetros de avaliação preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme anexo II deste estudo. Nesta análise dos dados, também foram empregadas as técnicas estatísticas de

análise de variância e de comparações múltiplas, com a finalidade de verificar a um só tempo a existência de diferença significativa entre várias amostras, estimar o grau dessa diferença, comparar a evolução dos dados epidemiológicos apresentados ao longo dos anos de observação, considerando os ciclos de notificação e a tendência temporal.

3 RESULTADOS

3.1 Panorama geral do Estado do Rio de Janeiro

No período do estudo (2011 até 2021), foram notificados no ERJ (12.120) casos novos de hanseníase, distribuídos de forma heterogênea pelas regiões e municípios, alguns destes endêmicos e outros com endemia oculta. A seguir, na tabela 3 as regiões e os respectivos municípios com a maior proporção de casos novos diagnosticados. Destacando-se a região Metropolitana I com (66%) dos casos notificados no estado, seguida das regiões Metropolitana II (11,6%), Norte Fluminense (6,8%), Baixada Litorânea (4,7%), Médio Paraíba (2,7%), Baía da Ilha Grande (2,4%), Noroeste Fluminense (2,3%), Serrana (2,2%), Região Centro-Sul (1,3%).

Tabela 3 – Proporção de casos novos por Região de Saúde e municípios do ERJ – período 2011-2021 (continua)

Região de Saúde	Município	Proporção de Casos Novos (%)
Região Metropolitana I	-	66%
	Rio de Janeiro	60%
	Duque de Caxias	12%
	Nova Iguaçu	9,3%
	Belford Roxo	4,5%
	São João de Meriti	4%
Região Metropolitana II	São Gonçalo	50%
	Itaboraí	22%
	Niterói	16%
Região Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	75%
	Macaé	16%
Região Baixada Litorânea	Araruama	26%
	Cabo Frio	20%
	Rio das Ostras	17%

Tabela 3 – Proporção de casos novos por Região de Saúde e municípios do ERJ – período 2011-2021(conclusão)

Região de Saúde	Município	Proporção de Casos Novos (%)
Região Médio Paraíba		27%
	Volta Redonda	34%
	Resende	30%
	Barra Mansa	15%
Região da Baía da Ilha Grande		2,4%
	Angra dos Reis	70%
	Paraty	19%
Região Noroeste Fluminense		2,3%
	Itaperuna	48%
	Santo Antônio de Pádua	21%
Região Serrana		2,2%
	Guapimirim	50%
	Petrópolis	9,5%
Região Centro-Sul		1,3%
	Paracambi	30%
	Três Rios	25%
	Paraíba do Sul	14%

Fonte: adaptado de SINAN NET-GERHANS/SES RJ.

3.2 Resultados dos indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da eliminação da Hanseníase do ERJ

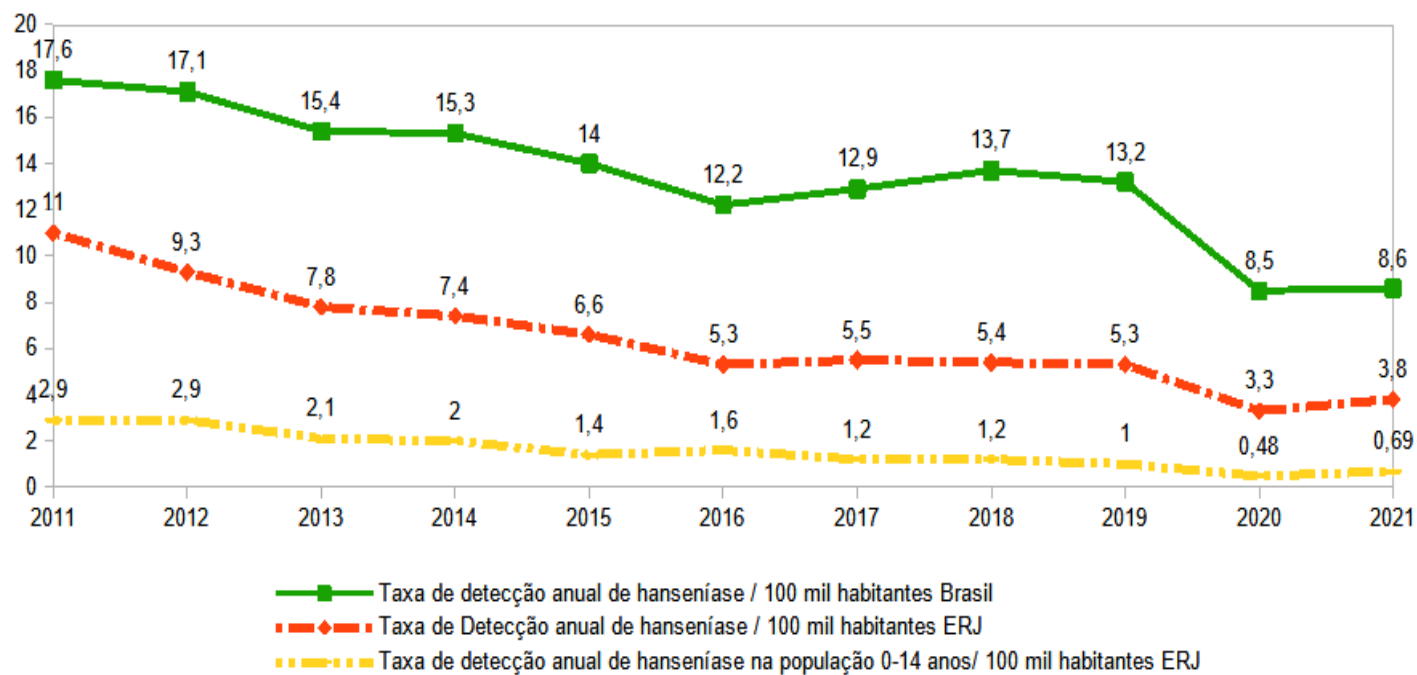
No ERJ, quanto à análise do indicador taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase / 100.000 habitantes, observa-se uma redução de 65,5% (11 para 3,8 casos/100.000 hab.)², passando do parâmetro “alto” para “médio” segundo avaliação do MS, destaca-se um decréscimo acentuado no período da pandemia de COVID-19 nos anos de 2020 e 2021, em função da subnotificação de casos novos. Quanto à taxa de detecção na população

²Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes: mede a força de morbidade, magnitude e tendência da endemia. Interpretação da Taxa anual de detecção de casos novos/100 mil hab. **Baixo:** <2,00/100 mil hab.; **Médio:** 2,00 a 9,99/100 mil hab.; **Alto:** 10,00 a 19,99/100 mil hab.; **Muito Alto:** 20,00 a 39,99/100 mil hab.; **Hiperendêmico:** >=40,00/100 mil hab.

de 0 - 14 anos³ por 100 mil habitantes, observa-se uma redução de 76% (2,9 para 0,69 casos/100.000 hab.), passando do parâmetro “alto” para “médio”, e decréscimo acentuado também no período da pandemia de COVID-19: 2020 (0,48 casos/100.000 hab.) e 2021 (0,69 casos/100.000 hab.). A tendência de queda da taxa de detecção no ERJ acompanhou a taxa de detecção anual do país ao longo do período, com redução de 9% (17,6 para 8,6 casos/100.000 hab.) e decréscimo acentuado no ano de 2020 (8,5%), período da pandemia de COVID-19, seguida de estabilidade (figura 4).

³ Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de zero a 14 anos por 100 mil habitantes - este indicador mede a força de transmissão recente da endemia e tendência. Parâmetros de Avaliação/MS - **Baixo**: <0,50/100mil hab.; **Médio**: 0,5 a 2,49/100 mil hab.; **Alto**: 2,5 a 4,99/100 mil hab.; **Muito Alto**: 5,00 a 9,99/100 mil hab.; **Hiperendêmico**: >=10,00/100 mil hab.

Figura 4 – Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase por 100.000 habitantes e na população de 0 a 14 anos de idade por 100.000 habitantes. ERJ – período 2011- 2021

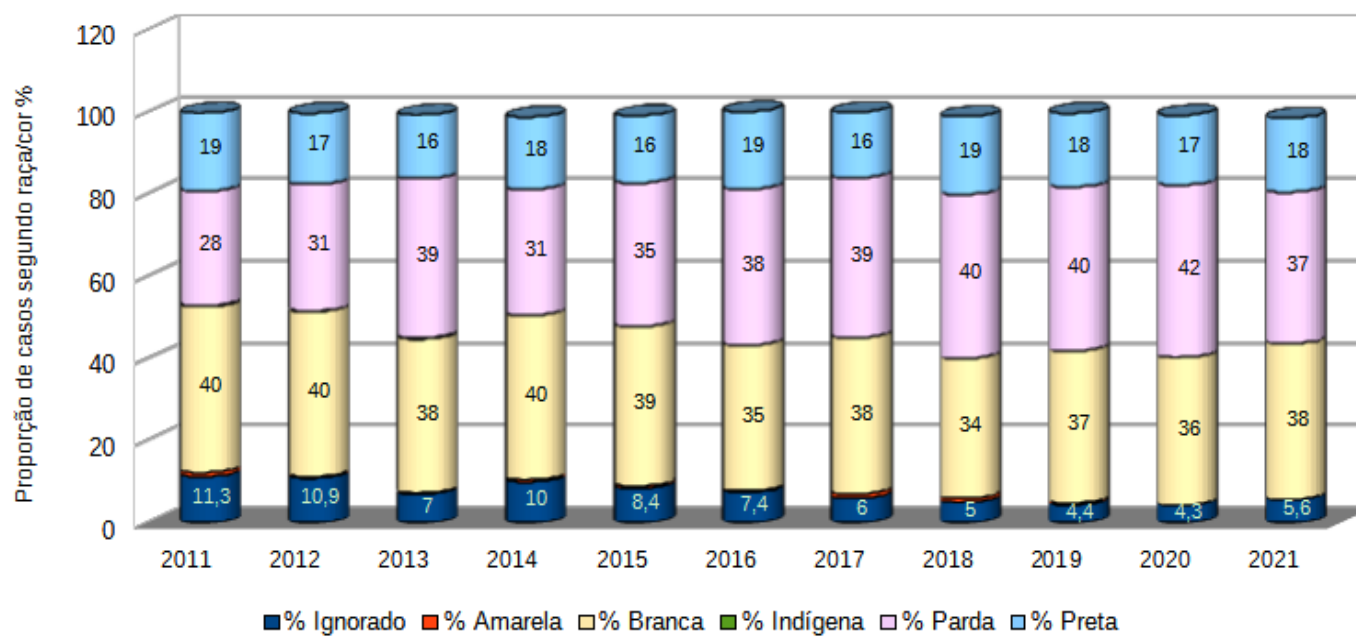


Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

Quanto à proporção de casos novos de hanseníase segundo quesito raça/cor⁴ ao longo do período, observa-se que a maioria dos casos notificados acometeram indivíduos autodeclarados negros (soma de pretos e pardos), seguidos de brancos. A quantidade de casos sem informação para o quesito raça/cor (ignorados e em branco) alcançou (11,3%) no ano de 2011 e (5,6%) em 2021 (figura 5).

⁴ A implementação do quesito raça/cor por autodeclaração obrigatória, previsto na Portaria nº 344/2017 - padroniza a coleta de dado sobre raça/cor nos sistemas de informação em saúde, que deverão seguir a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena.

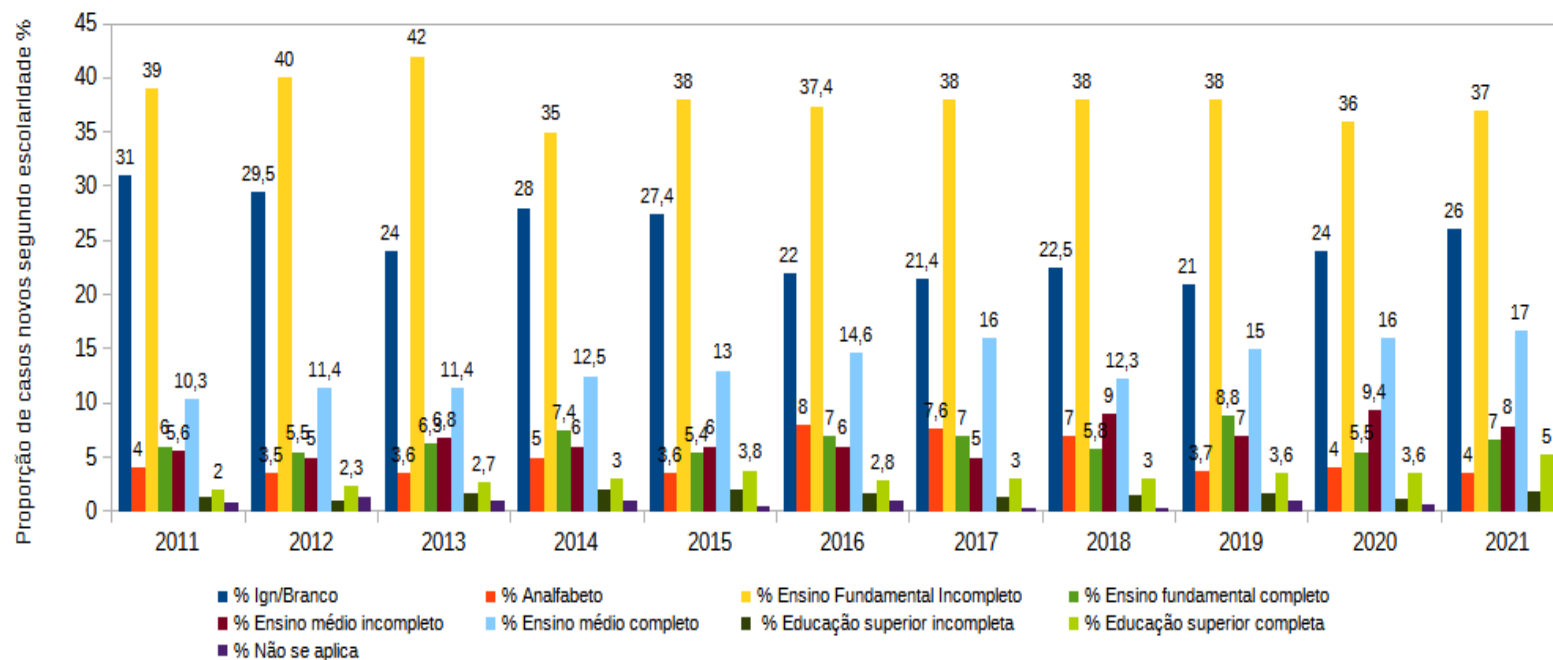
Figura 5 – Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo raça/cor. ERJ – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

Quanto à variável escolaridade, no ERJ houve predomínio dos casos novos de hanseníase em indivíduos com ensino fundamental incompleto (42%), seguidos por aqueles com educação superior incompleta (31%) e ensino médio completo (17%). É importante ressaltar que a proporção de casos novos que não possuem esse dado registrado no sistema de informação (Ignorado/Em branco) é expressiva, com 25% (figura 6).

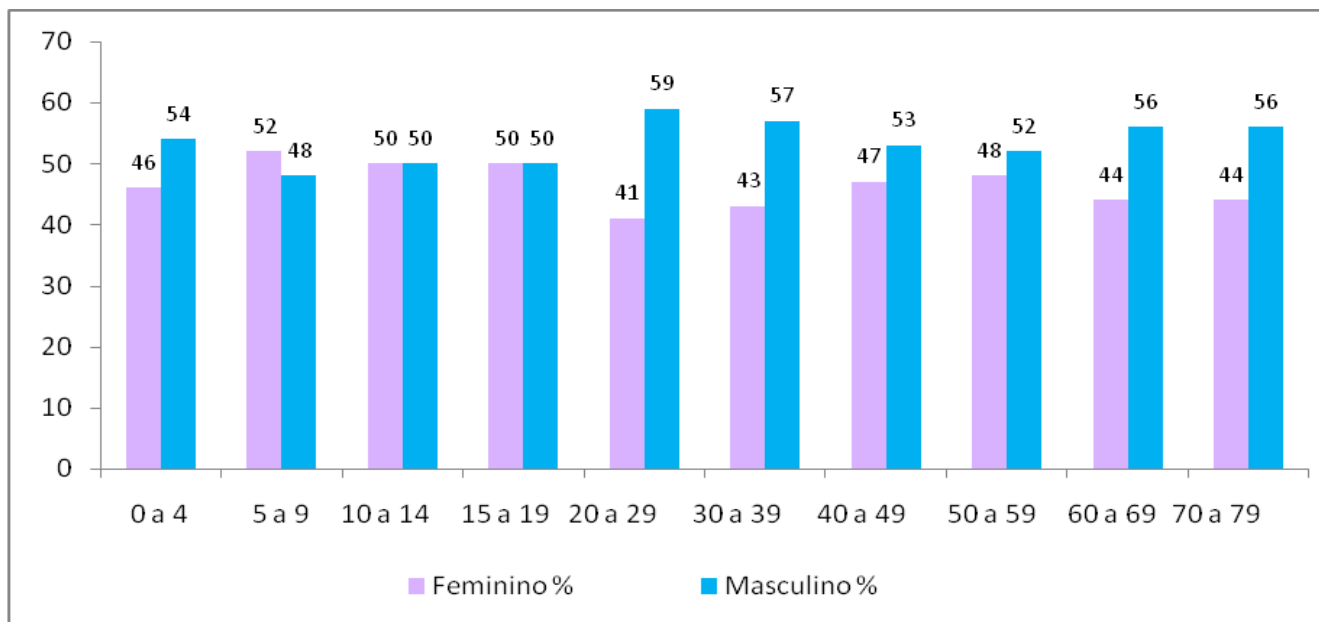
Figura 6 – Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo escolaridade. ERJ – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

Relacionado a proporção de casos novos de hanseníase por sexo e faixa etária, dos 12.120 casos novos, 55% acometeram o sexo masculino. Observa-se o predomínio do sexo masculino na maioria das faixas etárias e anos de avaliação, com maior frequência na faixa etária (50-59 anos), totalizando 2.365 (20%) dos casos novos (figura 7).

Figura 7 – Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo sexo e faixa etária, entre o total de casos novos. ERJ – período 2011-2021

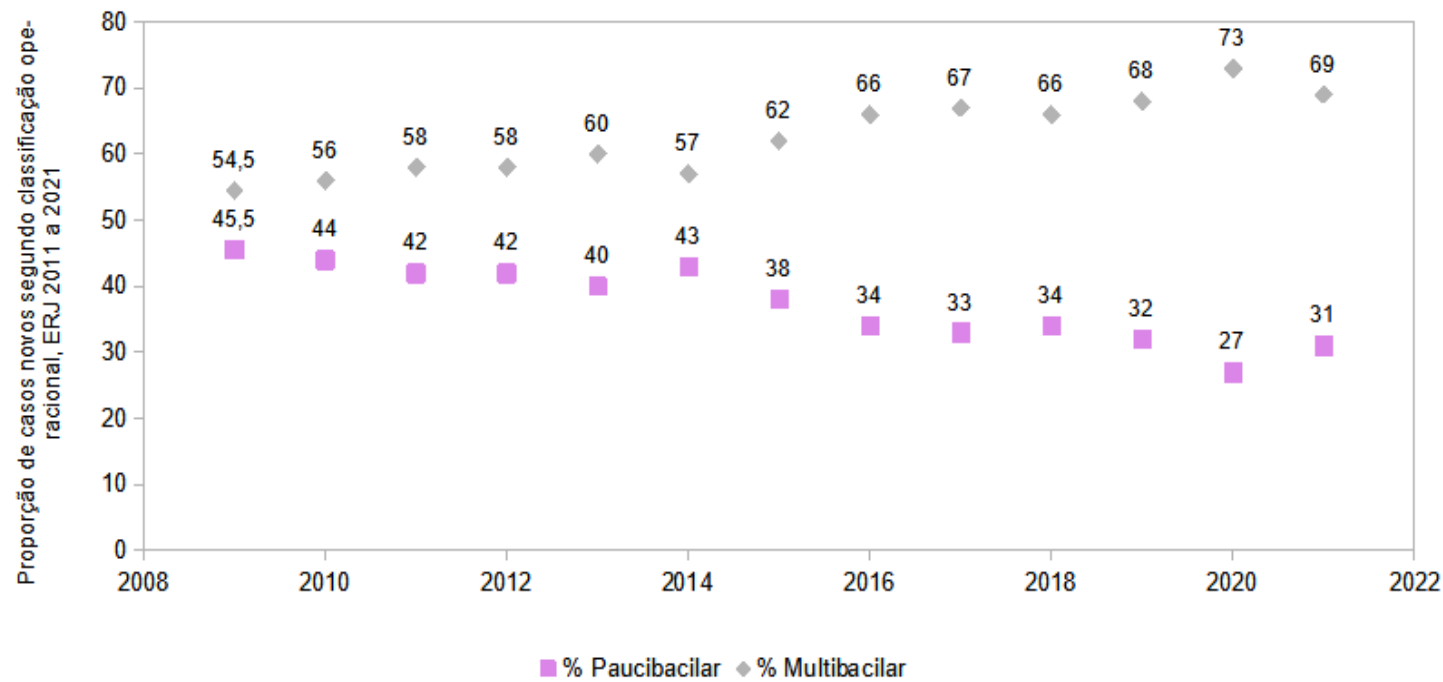


Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

Na figura 8, observa-se a proporção de casos novos de hanseníase segundo classificação operacional entre o total de casos novos diagnosticados⁵, evidencia-se um incremento na proporção de casos novos de hanseníase multibacilares, ao longo do período do estudo. No ERJ a proporção de casos novos multibacilares em 2011 foi de (54,5%) e em 2020 de (73%), representando um incremento de 18,5%. Quanto às formas clínicas da classificação operacional MB, a Dimorfa (D) é predominante com 3.736 (55%) dos casos e Virchowiana (V) 3.082 (45%).

⁵ O indicador Proporção de casos novos de hanseníase segundo classificação operacional entre o total de casos novos diagnosticados. Avalia os casos em risco de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento de PQT-U.

Figura 8 – Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo classificação operacional entre o total de casos novos diagnosticados. ERJ – período 2011-2021



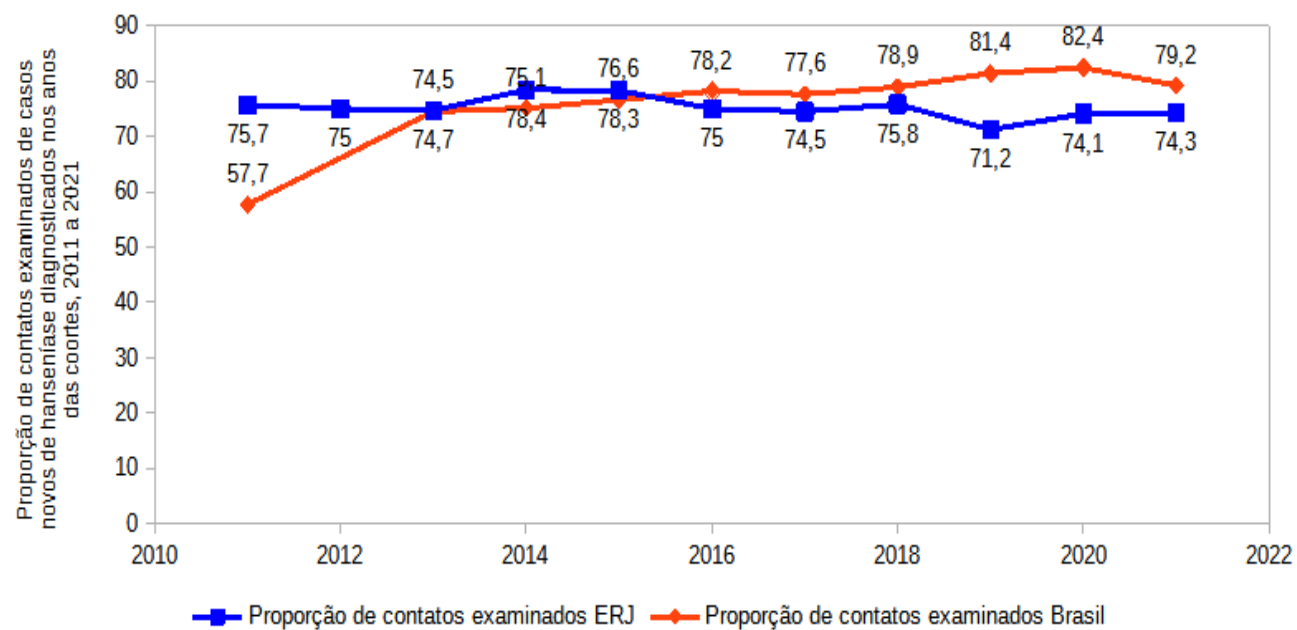
Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

No ERJ entre os anos de 2011 e 2021, o indicador de proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados nos anos das coortes⁶ (figura 9), permaneceu ao longo do estudo com períodos alternados entre o resultado precário ($\leq 75\%$) e regular (75,0 a 89,9%), conforme parâmetro de avaliação do MS. Destacando-se o ano de 2019, o menor resultado de proporção de contatos examinados de casos novos (71,2%) do período estudado.

Quando se compara o período, com o indicador proporção de contatos examinados no Brasil, observa-se o resultado com valor precário em 2011 (57,7%) e incremento na proporção de contatos examinados, mantendo-se o parâmetro de avaliação regular ao longo do período estudado (75,0 a 89,9%), destacando-se o resultado mais alto do indicador alcançado em 2020 (82,4%), período da pandemia de COVID-19. Resultado este, que diverge do apresentado pelo ERJ, que se manteve precário em 2019 e no período e na pandemia 2020 (74,1%) e 2021 (74,3%).

⁶O indicador Proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados nos anos das coortes mede a capacidade dos serviços em realizarem a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos. Parâmetros de Avaliação do indicador/MS - (**Bom** $\geq 90\%$; **Regular** 75,0 a 89,9% ; **Precário** $<75\%$).

Figura 9 – Proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. ERJ – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

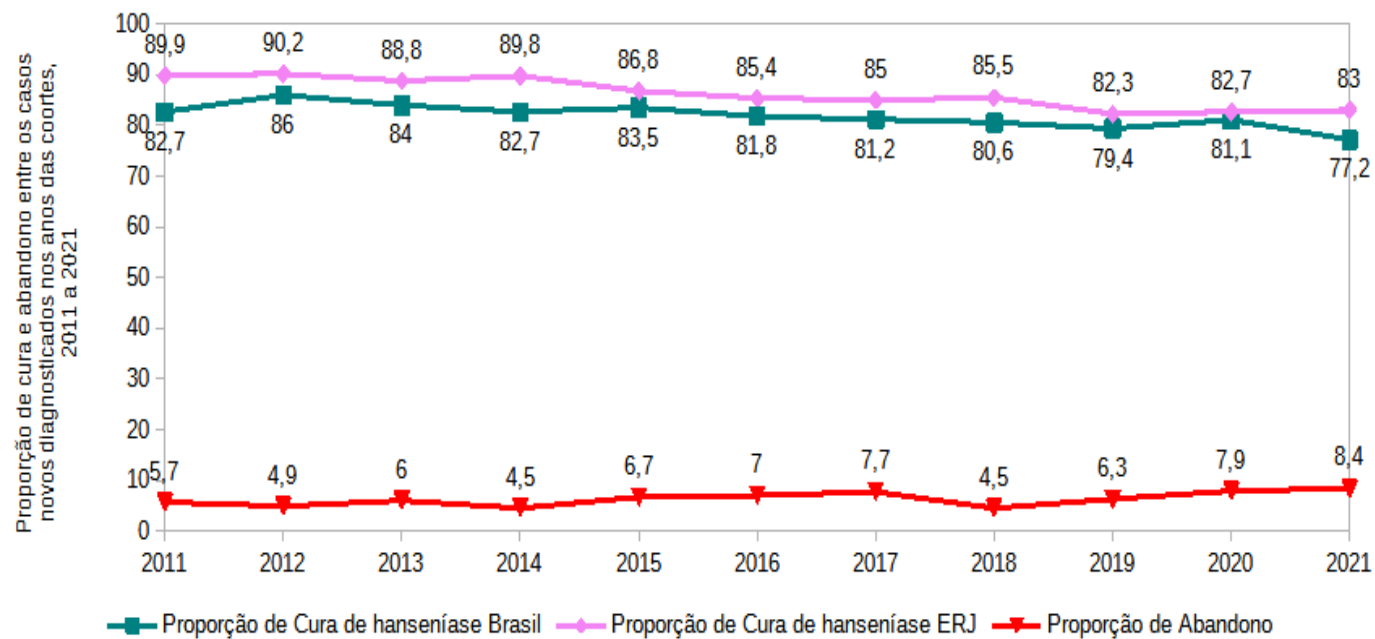
Entre os anos de 2011 e 2021 no ERJ, o indicador de proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes⁷ (figura 10), alcançou em 2012 (90%) de cura de casos novos, com parâmetro “bom” de avaliação segundo MS ($\geq 90\%$), e após apresentou tendência de queda progressiva, mantendo-se regular (75,0 a 89,9%) ao longo do período. Quando se compara o resultado do indicador com o Brasil, este também manteve o parâmetro “regular” (75,0 a 89,9%), mas com resultados de proporção de cura inferiores aos apresentados pelo ERJ.

Observa-se ao longo do período estudado no ERJ, alternância na proporção de abandono⁸ entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, com incremento da proporção no período da pandemia de COVID-19: 2020 (7,9%) e 2021 (8,4%), porém ainda mantendo parâmetro “bom”, segundo interpretação do MS ($<10\%$).

⁷ O indicador Proporção de cura dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. Parâmetro de avaliação do indicador/MS (**Bom** $\geq 90\%$; **Regular** 75,0 a 89,9%; **Precário** $<75\%$).

⁸ O indicador Proporção de abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. Interpretação: Proporção de casos de Hanseníase em Abandono (**Bom** $<10\%$; **Regular** 10,0 a 24,9%; **Precário** $\geq 25\%$).

Figura 10 – Proporção de cura e abandono entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. ERJ – período 2011-2021



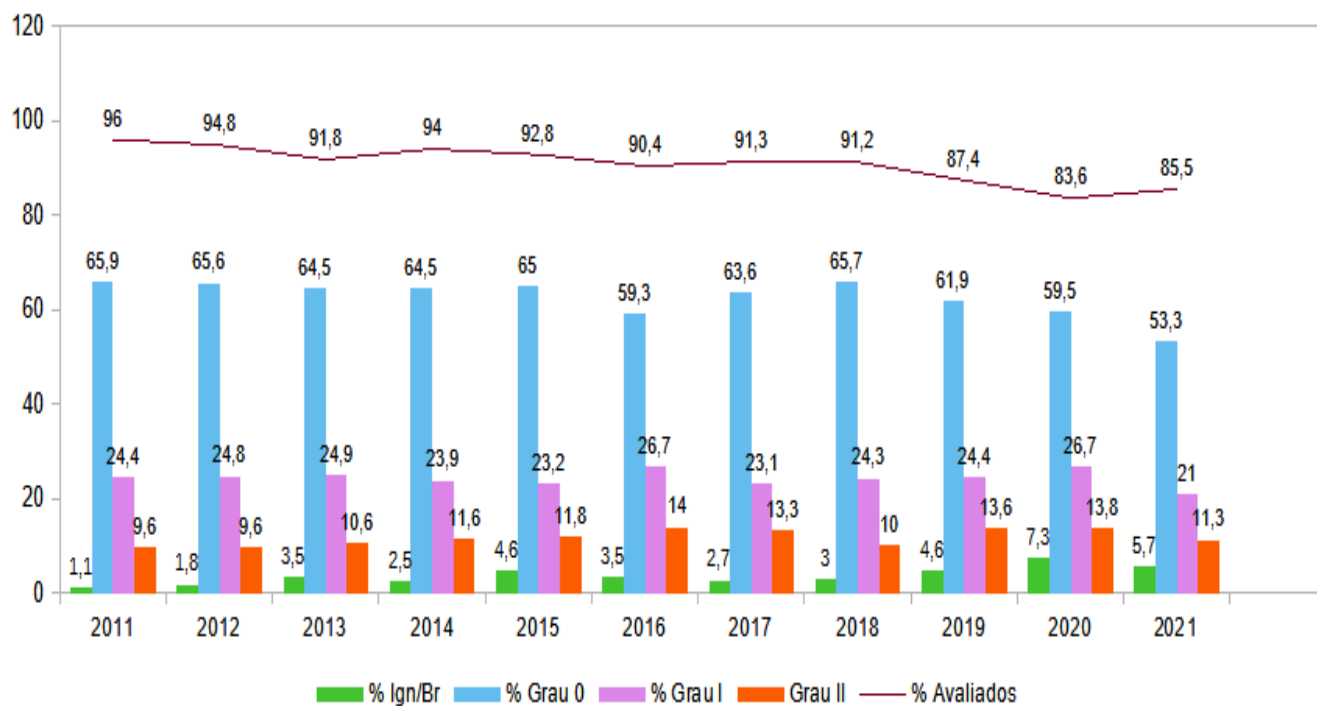
Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

No ERJ, quanto ao indicador da proporção dos casos novos avaliados no momento do diagnóstico⁹, observa-se a tendência de queda progressiva da proporção dos casos novos avaliados (figura 11). Evidencia-se o predomínio da proporção de casos com grau de incapacidade física GIF (0), seguidos do GIF (1) e do GIF (2), avaliados no momento do diagnóstico.

Observa-se ainda o incremento na proporção de casos novos com grau de incapacidade física 2 no momento do diagnóstico, ao longo do estudo. Destaca-se o incremento de (7,3%) em 2020, quando comparado ao ano de 2011 (1,1%), dos casos novos que não possuem esse dado registrado no sistema de informação (Ignorado/Em branco).

⁹ O indicador Proporção de casos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico. Parâmetros de Avaliação/MS (**Bom** ≥ 90% ; **Regular** 75,0 a 89,9% ; **Precário** <75%). O indicador Proporção de GIF 2 avaliado no momento do diagnóstico avalia a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce dos casos. Parâmetros de Avaliação/MS (**Baixo**: ≤5,0%; **Médio**: 5,0 a 9,9%; **Alto**: ≥ 10,0%).

Figura 11 – Proporção de casos novos de Hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. ERJ – período 2011-2021

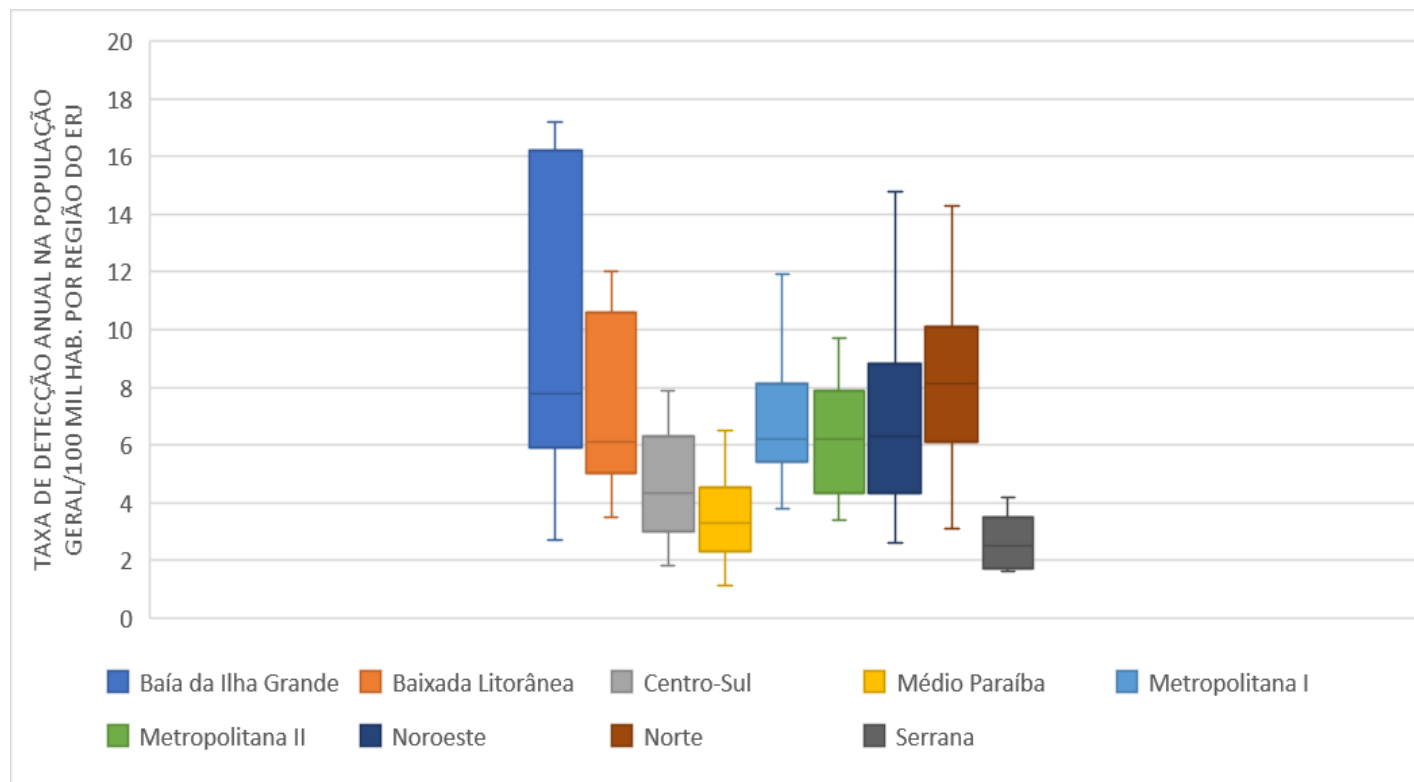


Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria - dados sujeitos à alteração.

3.3 Resultados dos indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da eliminação da Hanseníase por Região de Saúde do ERJ

Quanto à taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase /100.000 habitantes. por região (figura 12), destacam-se as respectivas regiões que apresentaram alta taxa de detecção no início do estudo e tendência decrescente no período passando para média detecção, segundo MS, inclusive com queda expressiva nos anos da pandemia de COVID-19. Regiões: Baía da Ilha Grande (2011: 16,2 e 2021: 5,6); Noroeste (2011: 14,8 e 2021: 3,1), Norte (2011: 14,1 e 2021: 3,6), Baixada Litorânea (2011: 12 e 2021: 4,0) e Metropolitana I (2011: 11,9 e 2021: 4,3) (figura 22). Destaca-se a taxa de detecção na região Serrana 2011 (3,3) , que passou de média para baixa em 2021 (1,6), segundo os parâmetros MS.

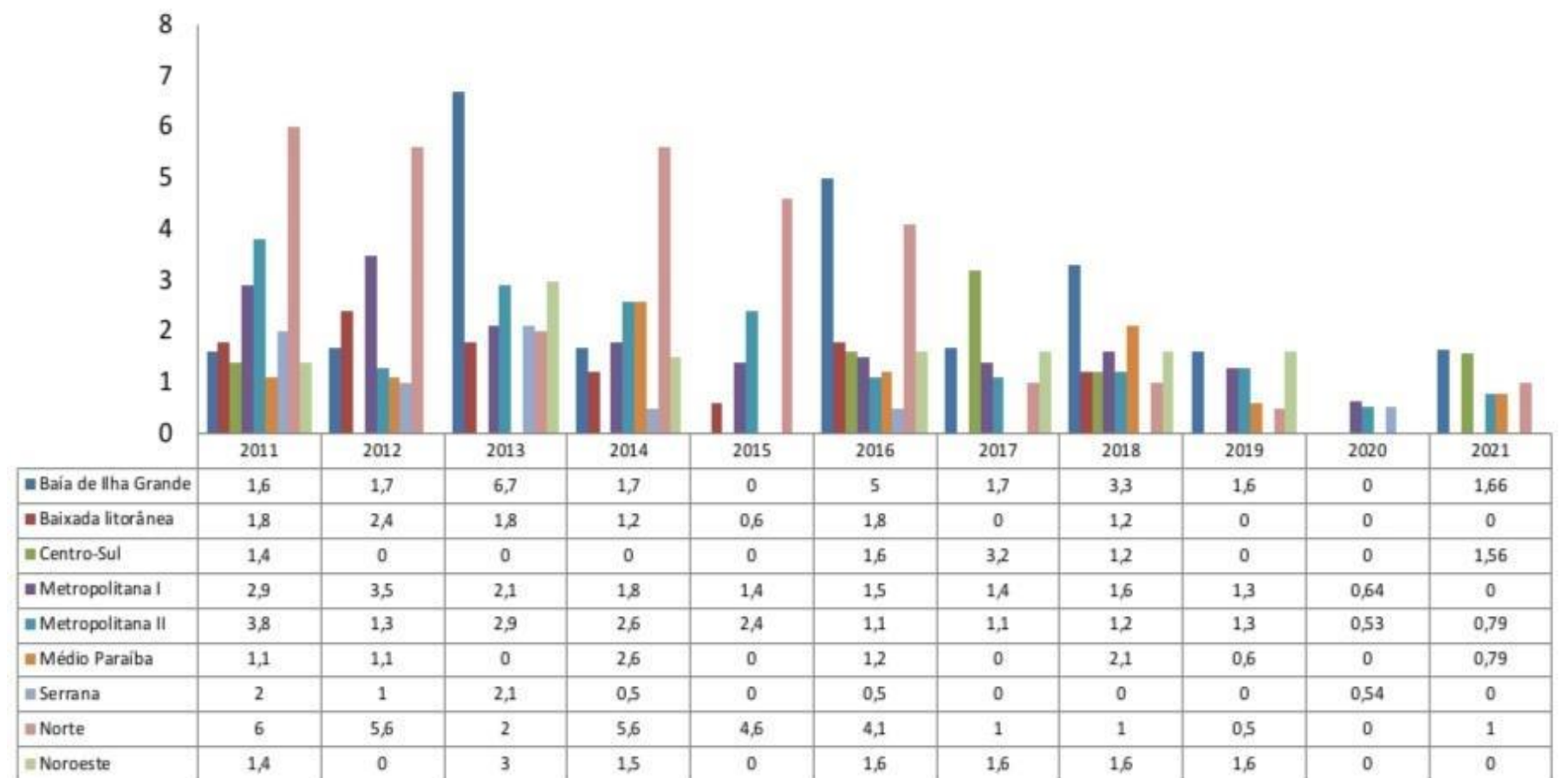
Figura 12 – Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase na população geral por 100.000 habitantes por Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria

Referente à taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0-14 anos / 100.000 habitantes por região de saúde (figura 13), destaca-se a região Norte Fluminense do estado com as taxas mais altas de detecção do período estudado até 2016, na qual manteve-se o parâmetro “hiperendêmico” de detecção (2,00 a 9,99/100 mil hab), conforme avaliação MS. No ano de 2021, ano da pandemia de COVID-19, destaca-se a região da Baía da Ilha Grande (1,6 casos /100.000 habitantes).

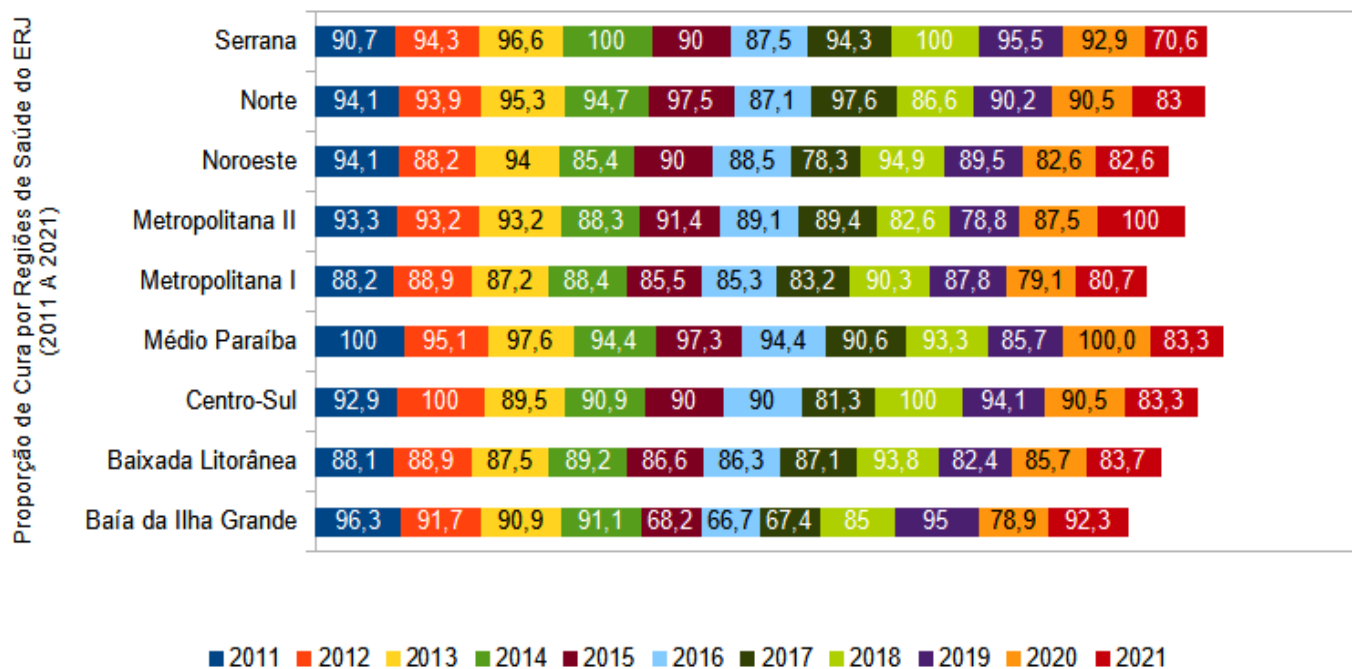
Figura 13 – Taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase na população 0-14 anos de idade por 100.000 habitantes. Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021.



Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria.

Quanto ao indicador proporção de cura entre os casos novos diagnosticados por região de saúde do ERJ (figura 14), observa-se que a região da Baía da Ilha Grande apresentou os piores resultados do período estudado de 2015 até 2017, mantendo-se o parâmetro precário na proporção de cura de casos novos ($<75\%$). As demais regiões mantiveram o parâmetro “bom” de avaliação ($\geq 90\%$) e regular (75,0 a 89,9%) na proporção de cura. Destaca-se apenas a região Serrana em 2021 com (70,6%) de proporção de cura de casos novos.

Figura 14 – Proporção de cura entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes por Região de Saúde do ERJ –período 2011-2021

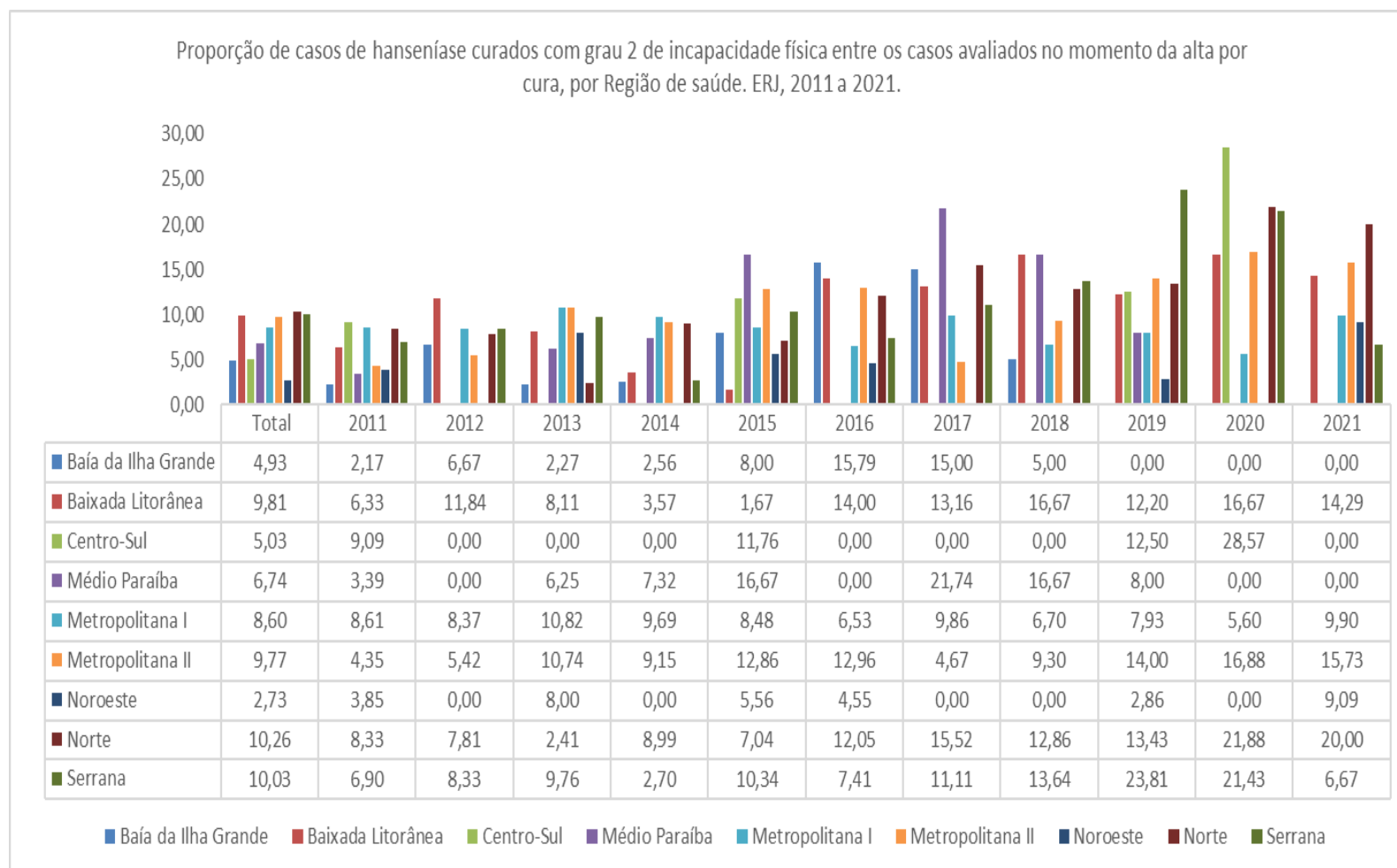


Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria.

A figura 15, representa a proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos novos avaliados no momento da alta por cura¹⁰, por região de Saúde do ERJ de 2011 a 2021. Observa-se ao longo do período estudado, que em 2011 as regiões que apresentavam pessoas acometidas pela hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento da alta por cura eram residentes das regiões Norte (10,6%) e Serrana (10%), em função dos resultados dos indicadores alcançados no período e interpretados como alto: $\geq 10\%$, segundo os parâmetros de avaliação do MS. Destaca-se o incremento do indicador em 2017 na região Médio- Paraíba (21,7%); em 2019 na região Serrana (23,8%); em 2020, parâmetro alto em 5 regiões: Norte, Serrana, Centro-Sul, Baixada Litorânea e Metropolitana II.

¹⁰ O indicador Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura. Avalia a transcendência da doença e subsidia a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta. Parâmetros de Avaliação do indicador /MS - Alto: $\geq 10\%$; Médio: 5 a 9,9%; Baixo: $< 5\%$.

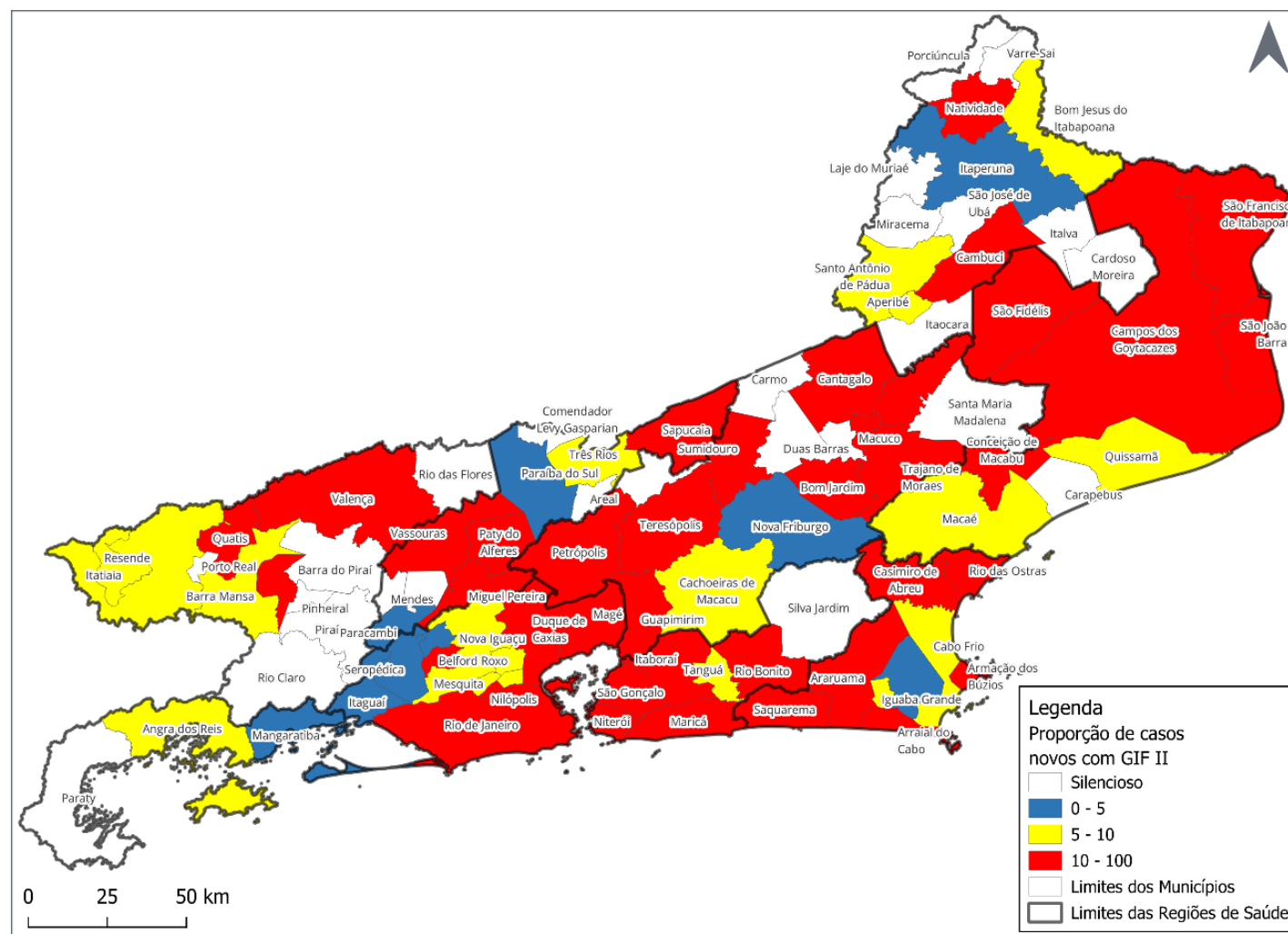
Figura 15 – Proporção de casos de Hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura por Região de Saúde do ERJ – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET-GERHANS/SES RJ, elaboração própria

Quanto ao resultado do indicador proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2 avaliado no momento do diagnóstico por região de saúde e municípios, observa-se no mapa do ERJ (figura 16) - o resultado desta proporção segundo as regiões, com parâmetro alto de avaliação segundo MS ($\geq 10\%$): Baixada Litorânea (13%); Metropolitana II (13%); Serrana (13,4%), Norte (11,8%), Metropolitana I (10,3%), estas regiões apresentam (41,3%) dos municípios do estado com o parâmetro “alto” de avaliação ao longo da série histórica. Destacando-se a região Serrana com 9 municípios com parâmetro “alto” de avaliação: Guapimirim, Macuco, Bom Jardim, Cantagalo, Petrópolis, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes.

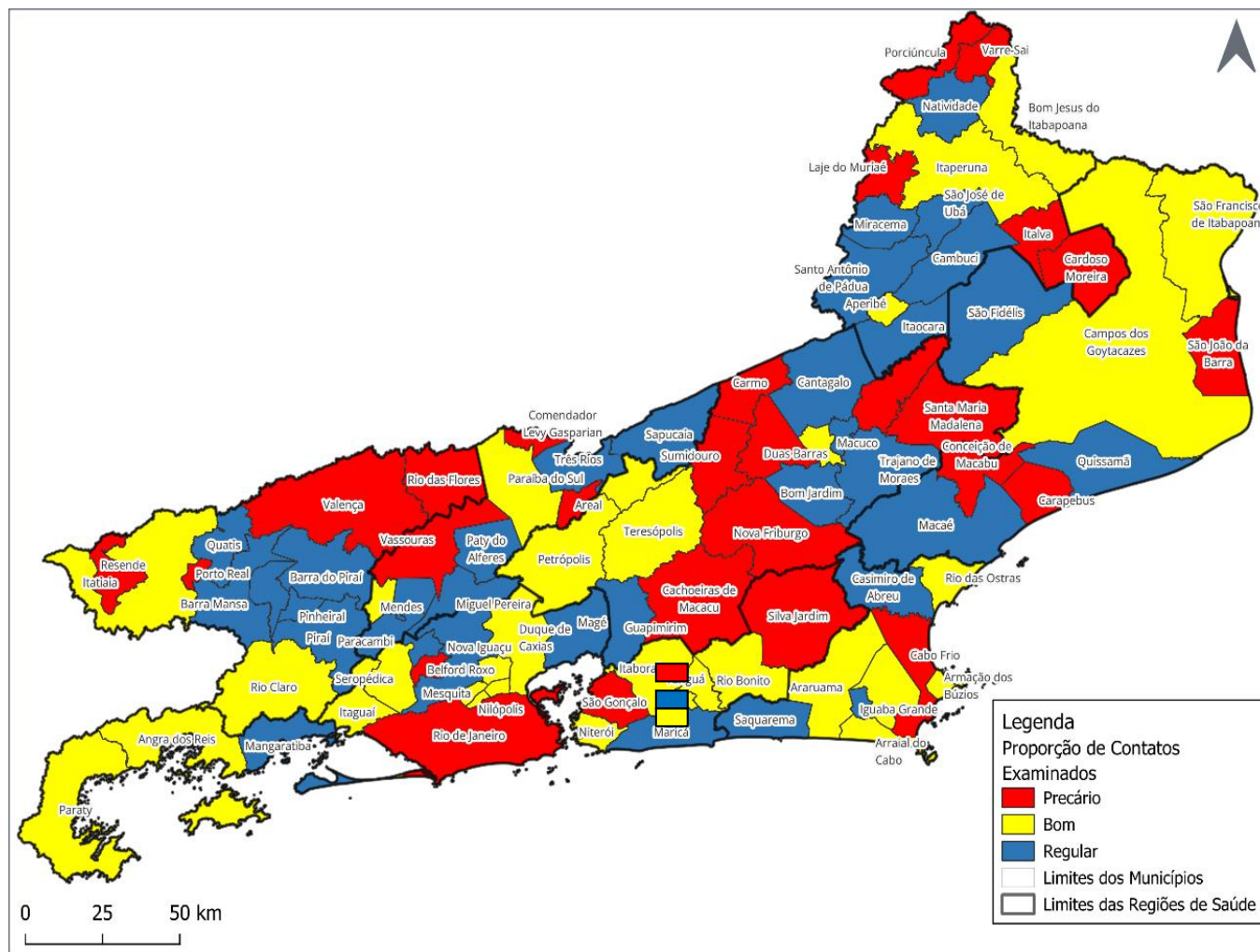
Figura 16 – Mapa do ERJ quanto a proporção de casos novos de Hanseníase com Grau de Incapacidade Física 2 avaliado no momento do diagnóstico por Região de Saúde e municípios do ERJ – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET.

Quanto a análise do indicador proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados nos anos das coortes por região de saúde e municípios, observa-se no mapa do ERJ (figura 17) - o resultado “precário” deste indicador na região metropolitana I (70%), segundo avaliação do MS e parâmetro “regular” (75,0 a 89,9%) nas demais regiões: Médio Paraíba 89,5%, Centro-Sul 88%, Noroeste 87%, Serrana 87%, Norte 84%, Metropolitana II 80%; Baixada Litorânea 80%, Baía da Ilha Grande 80% - estas regiões apresentam 25% dos municípios com parâmetro precário na avaliação de contatos de casos novos (<75%) ao longo da série histórica: Cabo Frio, Areal, Vassouras, Itatiaia, Porto Real, Valença, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, São Gonçalo, Silva Jardim, Cardoso Moreira, Italva, Porciúncula, Varre-Sai, Conceição de Macabu, São João da Barra, Cachoeiras de Macacu, Carmo, Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, Sumidouro.

Figura 17 – Mapa do ERJ quanto a proporção de contatos examinados de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes por Região e municípios – período 2011-2021



Fonte: SINAN NET.

4 DISCUSSÃO

4.1 Análise sociodemográfica

Neste estudo quanto ao perfil sociodemográfico, evidencia-se que a maior frequência de casos novos de hanseníase no ERJ, acomete pessoas do sexo masculino, da raça negra considerando-se a soma de pretos e pardos, com ensino fundamental incompleto, residente da região metropolitana I, município do Rio de Janeiro.

Quanto ao quesito raça/cor da pele autodeclarada, destaca-se o predomínio de casos notificados em indivíduos autodeclarados negros, seguidos de brancos.

Segundo Nery, *et al.*, (2019, p. 1234)

Um estudo de coorte realizado com de 114 milhões de brasileiros investigou a associação entre fatores demográficos e socioeconômicos com a incidência de hanseníase. Os resultados mostraram que pretos e pardos possuem 40% mais risco de contrair a doença em relação a brancos, assim como crianças negras ou pardas de até 15 anos apresentam 92% mais risco que crianças brancas da mesma faixa de idade.

Ao longo do estudo observa-se um incremento da informação do quesito raça /cor, em 2011 (11,3%) das notificações apresentavam este campo em branco ou ignorado em 2021 (5,6%). No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde”. Tal política recomenda a inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados dos serviços públicos e sugere a análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.

Em 2017, o MS instituí a Portaria nº 344, que determina a coleta obrigatória do quesito raça/cor por meio de autodeclaração. “A obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor pelos serviços de saúde contribui para a identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a iniquidade”.

Estudos de Lopes *et al.* (2021) e Werneck (2016) apontam que falhas estruturais, como o não cumprimento da portaria, podem ser entendidas como reflexo do racismo estrutural vigente na sociedade e do racismo institucional na saúde.

López (2012, p. 8) descreve que,

O entendimento das desigualdades raciais brasileiras passa pelo conceito de racismo institucional, forma de discriminação racial indireta presente nas instituições sociais que contribui para a naturalização e permanência das iniquidades entre pretos/pardos e brancos. Em relação à saúde, o racismo institucional está presente na invisibilidade de doenças mais prevalentes na população negra e nas diferenças de incidência e mortalidade de doenças entre negros e brancos, determinadas pela dificuldade de acesso aos insumos e aos serviços de saúde.

Em relação ao sexo a hanseníase acomete com maior frequência o sexo masculino (55%) em quase todas as faixas etárias, com maior frequência de casos novos da doença na faixa etária entre 50-59 anos, corroborando com o estudo de Ramos (2017), que refere que esses achados também evidenciam o predomínio da hanseníase na faixa etária economicamente ativa e retratam-se como de grande relevância, afinal a fase produtiva pode ser drasticamente descontinuada, devido ao alto poder incapacitante da doença.

Souza *et al.*, (2018, p. 10).

As desigualdades de gênero apresentam forte influência no processo saúde-doença-cuidado, sendo que os homens se tornam mais vulneráveis ao adoecimento e a formas mais graves, não apenas pela forma de viver a sua masculinidade, mas também à inadequação dos serviços de saúde na identificação e atendimento de suas necessidades específicas de saúde.

Desde 2009, o Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem,“ com o objetivo de promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos”. De acordo com Knauth (2012), o entrelaçamento de gênero permite enriquecer conceitualmente as perspectivas de “necessidades de saúde”, bem como diferenciar as práticas de atenção integral destinadas a homens e mulheres, peculiares e concretas, para alcançar maior equidade nas políticas públicas. Tal aspecto deve ser preferencial em populações com maior vulnerabilidade social, situação recorrente entre aqueles com doenças negligenciadas, a exemplo da hanseníase (Souza *et al.*, 2018).

Referente aos achados deste estudo, quanto a variável nível de escolaridade, destaca-se que a hanseníase acomete principalmente indivíduos com ensino fundamental incompleto, ou seja, pessoas com menor nível de escolaridade. Destaca-se também que ao longo do período estudado, (25%) dos casos notificados no SINAN não continham a informação referente à escolaridade, o campo estava em branco ou foi ignorado. Soares (2021, p. 9) refere que

Sob a perspectiva mais ampla do desenvolvimento humano e social, quanto pior o nível de escolaridade, maior revelou-se o contexto de vulnerabilidade e de negligência, mantendo a hanseníase como um problema de saúde pública a se acompanhar nos diferentes ciclos da vida.

Lages (2018, p. 307), “[...] o aspecto preocupante quanto ao baixo nível de escolaridade, o risco para o surgimento de incapacidades físicas, pois quanto maior o nível de escolaridade dos indivíduos, têm-se a tendência de reduzir a frequência de diagnósticos com incapacidades físicas instaladas.” Estudos de Leano (2019) e Souza (2012), nessa linha de raciocínio, estabelecem que a relação entre escolaridade e hanseníase, pode ser explicada pela menor compreensão de sinais e sintomas da doença, dificultando a adoção do tratamento e medidas direcionadas para a prática do autocuidado, além das barreiras de acesso aos serviços de saúde que estão sujeitos.

Soares (2021, p. 10), refere que:

Por ser uma condição negligenciada associada à pobreza, amplia-se a vulnerabilidade frente a todas as dimensões apresentadas previamente, quando expressas em conjunto. Para além das reformas estruturais que visam superar as desigualdades e a pobreza/extrema no país, de modo mais imediato, é fundamental incorporar novas estratégias de educação em saúde inclusiva, contextualizadas, acessíveis a diferentes condicionantes sociodemográficos.

Recentemente Nery *et al.* (2019, p. 1233),

Analisaram uma coorte com mais de 33 milhões de indivíduos beneficiários do bolsa-família, incluindo 23.911 casos de hanseníase, e identificaram evidências robustas relacionadas a associação de hanseníase com indicadores de pobreza como renda familiar, baixo nível de escolaridade e fatores que refletem condições desfavoráveis de sobrevivência.

Um gradiente de risco fica evidente entre a diminuição da renda, do nível de escolaridade e o acometimento pela hanseníase (Pinto, 2021).

4.2 Análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da Hanseníase

Quanto a análise do indicador taxa de detecção anual de casos novos por 100 mil hab. no monitoramento da hanseníase no ERJ, verifica-se a redução de casos novos diagnosticados ao longo do período estudado, evidenciado pelo decréscimo no parâmetro de avaliação, de

alta taxa de detecção em 2011 (11 casos por 100 mil hab.) para média em 2021 (3,8 casos por 100 mil hab.) redução de 65,5%.

A taxa de detecção na população de 0 a 14 anos também apresentou redução ao longo do período estudado, pelo decréscimo no parâmetro de avaliação, de alta taxa de detecção em 2011 (2,9 casos por 100 mil hab.) para média em 2021 (0,69 casos por 100 mil hab.), redução de 76%. Seguindo o mesmo padrão observado no Brasil (figura 14) e conforme descrito no Boletim Epidemiológico da hanseníase (2023) do MS, no qual todas as regiões do país apresentaram redução na taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase entre 2012 a 2021, uma redução de aproximadamente 50,0%. Destaca-se a queda expressiva das taxas de detecção nos anos de 2020 e 2021, devido a inferência da pandemia de COVID-19, houve no ERJ uma redução de 63,7% da notificação de casos novos da doença nos últimos dois anos, quando comparado ao ano de 2019.

Apesar da queda expressiva dos indicadores epidemiológicos observada no período da pandemia, acredita-se que o resultado das taxas de detecção que expressam a força da morbidade e a tendência da endemia, não reflitam a realidade da situação de saúde da população. E que estes resultados sejam decorrentes da sobrecarga do sistema de saúde, das barreiras de acesso aos portadores de doenças crônicas e das ações suspensas de busca ativa de casos novos, conforme descrito por Paz *et al.* (2022, p. 8).

A pandemia de COVID-19 prosseguiu desafiando o sistema de saúde na capacidade de manter a oferta de serviços e garantir o atendimento necessário à população, exigindo estratégias direcionadas ao fortalecimento das ações de controle da hanseníase, principalmente quanto à vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento dos casos (Brasil, 2023; Paz *et al.*, 2022).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hansenologia (2020), “a pandemia impactou significativamente os programas de controle da hanseníase pelo mundo, com redução no número de diagnósticos, desabastecimento da PQT, monitoramento limitado das disfunções neurais e tratamento tardio das reações hansênicas.”

Um estudo Werneck & Carvalho (2020), realizado no estado da Bahia demonstrou que a pandemia de COVID-19 impactou diretamente na detecção de casos novos de hanseníase, quando comparado aos anos 2019 e 2020, houve redução de 24,2% no número de municípios com registro da doença e redução de 44,4% na quantidade de casos novos diagnosticados.

Silva *et al.* (2023, p. 9),

O COVID-19 agravou ainda mais a elevada prevalência oculta da hanseníase, caracterizada pela ausência de diagnósticos oportunos da doença, manutenção das formas multibacilares, presença de incapacidades e do acometimento em menores de 15 anos. Em estudo sobre a prevalência oculta da hanseníase, realizado comparando-se os municípios de Juazeiro/BA e Joinville/SC, mostrou que no período de 2007 a 2017 os municípios deixaram de notificar, respectivamente, 405 (18,9%) e 295 (42,0%) casos novos de hanseníase.

De acordo com Mendonça *et al.* (2022, p. 8),

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo uma redução no número de treinamentos para manejo da hanseníase e nas realizações de campanhas educativas. Isso acarretou uma queda nas taxas de detecção 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. Dificuldades encontradas para a referência e contrarreferência dos pacientes com hanseníase para outros serviços, devido a mudança no perfil do atendimento das unidades de saúde e apesar de tantos prejuízos, o acompanhamento da dose supervisionada no tratamento da hanseníase continuou sendo feito sem alterações na maioria das unidades de saúde, desde que houvesse a disponibilidade do medicamento.

Quanto à análise da taxa de detecção anual de casos novos na população geral por região do ERJ, observa-se que as regiões: Noroeste, Baía da Ilha Grande, Serrana, Metropolitana I e Norte, apresentaram um incremento da taxa em 2019, acredita-se estar relacionada ao Projeto Roda-Hans do MS.

O projeto Roda-Hans, teve como objetivos: ampliar a busca ativa, aumentar o diagnóstico oportuno de casos novos de hanseníase, capacitar profissionais da rede de APS para o manejo da doença, investir no processo de descentralização e ampliação do cuidado. Uma carreta itinerante com cinco consultórios para atendimento clínico e realização de exames laboratoriais, percorreu os estados da federação. No ERJ, com o apoio da equipe técnica da Gerência estadual de Hanseníase (GERHANS/SES/RJ), dos coordenadores dos programas municipais do MORHAN, percorreu as regiões: Metropolitana I (Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Magé, Mesquita); Metropolitana II (São Gonçalo, Rio Bonito, Itaboraí); Baixada Litorânea (São Pedro D'Aldeia); Norte e Noroeste Fluminense (Campos dos Goytacazes, Macaé, Itaperuna; Santo Antônio de Pádua); Serrana (Nova Friburgo, Cordeiro); região Médio-Paraíba (Resende, Volta Redonda) região da Baía da Ilha Grande (Angra dos Reis) e Centro-Sul (Vassouras).

Quanto à taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos, esta é utilizada para medir a força da transmissão recente da doença e sua tendência

(Brasil, 2016). A população de 0 a 14 anos representa um grupo significativo na cadeia de transmissão da doença, configuram circuitos ativos, indicam exposição precoce e transmissão persistente (Brasil, 2021). Por conta da persistência na transmissão ativa do bacilo, sugere-se a existência de um caso índice bacilífero, sem tratamento pelo serviço de saúde em convívio com essa população (Brasil, 2017). Segundo Patil (2013), crianças residentes de áreas endêmicas com contato familiar de casos de hanseníase têm 60% a mais de risco em desenvolver a doença.

De acordo com o perfil epidemiológico heterogêneo do ERJ, observa-se que as regiões do estado (Norte Fluminense e Baía da Ilha Grande) apresentaram o resultado do indicador, taxa de detecção de casos novos na população de 0-14 anos com o parâmetro de interpretação “muito alto” e “alto” segundo MS, representados respectivamente (6,1; 5,6; 4,6 /100 mil hab) e (6,7; 5; 3.3/100 mil hab). E também apresentam, segundo e-Gestor AB (2023) as piores coberturas da atenção básica do ERJ, respectivamente (39,7% e 55%). Além da baixa cobertura e do diagnóstico centralizado nas unidades de referência ou especializadas.

Segundo Vieira *et al.* (2019, p. 14),

O acompanhamento das pessoas com diagnóstico de hanseníase e de seus contatos deve ser realizado, preferencialmente, pela Atenção Primária à Saúde, bem como as ações de controle e eliminação da doença, segundo o Programa Nacional de Atenção Básica. A atenção primária é considerada porta de entrada para o sistema de saúde, por constituir nível próprio de atendimento, com a estruturação do serviço na lógica programática, na integralidade e longitudinalidade do cuidado e na coordenação das ações e serviços de saúde.

De acordo com Cabral-Miranda *et al.* (2014, 1508), [...] as diferenças das taxas de detecção por regiões podem estar relacionadas as condições socioeconômicas e fatores ambientais, que contribuem com a distribuição espacial da hanseníase. O acesso aos serviços de saúde, a educação e a distribuição de renda, são fortes fatores que contribuem para a heterogeneidade na distribuição da doença.

Um estudo de Vieira *et al.* (2019, 79),

A situação epidemiológica da hanseníase no Brasil e sua associação com a descentralização das ações de controle evidenciou que o diagnóstico de casos de hanseníase, na APS, teve associação estatisticamente significativa com o aumento da taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, da taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de zero a 14 anos por 100 mil habitantes e da taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes.

No estudo de Corrêa *et al.* (2022, p. 7),

Os resultados encontrados mostram que o desenho técnico-assistencial da rede de atenção à hanseníase, em Governador Valadares, reproduz ainda a lógica da centralização do atendimento ao usuário à medida que o mantém sob a responsabilidade de especialistas sob o discurso que há um despreparo técnico da APS e baixa oferta de capacitações. Por isso, a instituição normativa da política de descentralização, por si só, não é capaz de reorientar o modelo de cuidado à hanseníase, uma vez que os participantes do estudo ainda “mantêm” articulação das ações cotidianas sem mudanças de ordens simbólicas.

Quanto a análise do indicador de proporção de contatos examinados, observa-se a alternância entre o parâmetro “regular” (75,0 a 89,9%) e “precário” (<75%), com o resultado do indicador apresentando decréscimo e parâmetro precário no último ano de avaliação do período 2021 (74,3%). Tal comportamento, evidencia a incapacidade dos serviços nas regiões do estado em realizarem a investigação epidemiológica e o exame de contatos ao longo da série histórica, mesmo sem a influência da pandemia de COVID-19.

O comportamento do indicador no ERJ, diverge dos resultados alcançados no Brasil, que em 2011 apresentou resultado precário (57,7%), e resultados crescentes ao longo do estudo com incremento de 42,8% no ano de 2020 (82,4%), período da pandemia de COVID-19, mantendo o resultado “regular” e a melhor avaliação de contatos do período estudado.

Destaca-se 2019, ano do projeto Roda-Hans do MS, que percorreu os estados da federação com o objetivo de ampliar a busca ativa e o diagnóstico oportuno. No ERJ, o projeto alcançou o aumento dos casos novos diagnosticados, apesar da queda na proporção de contatos examinados (71,2%), com o decréscimo do resultado o indicador alcançou parâmetro de avaliação “precário”, e a menor proporção de contatos examinados do período estudado. Apesar do diagnóstico oportuno a partir da busca ativa, (28,8%) dos contatos de casos novos não foram avaliados pelas equipes da APS - comprometendo as ações de vigilância em saúde, como a investigação epidemiológica de contatos, diminuindo assim a chance de detecção oportuna de casos novos, mantendo a cadeia de transmissão da doença.

Quanto a análise do indicador proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados nos anos das coortes por Região de Saúde e municípios, observa-se o resultado “precário” deste indicador na região metropolitana I (70%), segundo avaliação do MS e parâmetro “regular” (75,0 a 89,9%) nas demais regiões: Médio Paraíba 89,5%, Centro-Sul 88%, Noroeste 87%, Serrana 87%, Norte 84%, Metropolitana II 80%; Baixada Litorânea 80%, Baía da Ilha Grande 80%, estas regiões apresentam 25% dos municípios com parâmetro precário na avaliação de contatos de casos novos (<75%) ao longo da série histórica. Destaca-

se que o resultado do indicador precário segundo o MS, impossibilita a avaliação da qualidade do serviço prestado à pessoa acometida pela hanseníase.

O indicador proporção de contatos avaliados é o principal indicador de vigilância, inscrito no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), responsável por definir compromissos e responsabilidades para as três esferas de governo busca induzir a implementação de iniciativas que garantam a melhoria das ações de vigilância em saúde. No ERJ, o indicador é pactuado em 90% de exames de contatos de casos novos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme o parâmetro de avaliação preconizado pelo MS.

Os contatos de casos novos configuram o grupo de maior risco de adoecimento quando comparado à população geral, sendo essencial a execução das ações de vigilância direcionadas a esse grupo. De acordo com Santos (2019, p. 577), “o rastreamento de contatos não resulta apenas na detecção de casos novos, mas também apresenta vantagens indiretas, como diagnóstico precoce e redução do risco de transmissão da doença.” Por essa razão, para cada caso novo diagnosticado, é fundamental que os contatos sejam examinados, assim será possível interromper a cadeia de transmissão (Pedrosa, 2018).

O estudo de Soares *et al.* (2021, p. 2),

Baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o MS assumiu como uma das principais estratégias para redução da carga da doença, o desenvolvimento da vigilância de contatos dos casos. A recomendação é essencialmente aproveitar a oportunidade do diagnóstico de um caso novo para a realização de exame dermatoneurológico de seus contatos. Desde 2016, o país ampliou o escopo da definição de contatos de casos novos de hanseníase, indo para além daqueles do âmbito domiciliar, qual seja: pessoas que residam ou tenham residido com a pessoa com hanseníase até cinco anos antes do tratamento. Na nova definição, foram incluídas pessoas da rede de convívio social, vizinhos, colegas de trabalho e de escola, que convivem de forma próxima e prolongada com os casos novos de hanseníase em conformidade com as evidências até então estabelecidas.

Estudos de Santos *et al.* (2019, p. 585),

Indicam que a principal estratégia para redução da carga da hanseníase e o alcance no controle da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional, dar-se pela vigilância e abordagem qualificada de contatos de casos novos de hanseníase. No entanto, a vigilância dos contatos tem sido pouco valorizada e até mesmo negligenciada nos serviços de saúde pública que implementam ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH); pois privilegiam o espaço para controle da doença e doente, colocando em segundo plano a investigação epidemiológica de contatos.

Em 2022, o MS iniciou no âmbito do SUS a distribuição do teste rápido para hanseníase, que pode ser facilmente integrado à rede de APS. O teste deve ser utilizado como ferramenta de apoio para avaliação de contatos assintomáticos, a fim de indicar o grupo a ser monitorado quanto ao surgimento de sinais e sintomas da hanseníase e direcionar o encaminhamento à Atenção Especializada, dos casos de alterações suspeitas inconclusivas (BRASIL, 2022a).

Referente a análise do indicador de proporção de cura, que representa a avaliação da qualidade da atenção dos serviços e do acompanhamento dos casos novos até a completude do tratamento, este insere o ERJ no parâmetro “regular” (75,0 a 89,9%), inferior ao pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e preconizado pelo MS (90%) de cura de casos novos, revelando fragilidades no seguimento das pessoas acometidas até a conclusão do tratamento.

Ao longo do período, o ERJ somente alcançou o parâmetro “ Bom” de cura em 2012 (90,2%) e apresentou queda progressiva com incremento do abandono do tratamento, inclusive nos anos da pandemia de COVID-19, apesar da redução expressiva de casos novos diagnosticados. O resultado do indicador de proporção de cura apresentando, segue o mesmo comportamento do Brasil, que manteve o parâmetro “regular” (75,0 a 89,9%), sem sequer alcançar o parâmetro “Bom”, conforme evidenciado ao longo do período.

Quanto à análise do indicador de cura por região, destacam-se as regiões que apresentaram o parâmetro “precário” de cura de casos novos ao longo do período estudado: Baía da Ilha Grande (2015 a 2017), respectivamente (68,7%; 66,7%; 67,4%) e Serrana em (2021) com (70,6%) de cura de casos novos.

Estes achados corroboram com os estudos de Santos (2020) realizado em Teresina (PI), no qual a proporção de cura mostrou-se com tendência decrescente, sendo que a redução pode ser resultado também da falta da capacidade de suporte na qualidade do tratamento até a cura do paciente ou falhas durante seu acompanhamento até o momento de alta.

Ribeiro *et al.* (2018, p. 5) mencionam que:

No Brasil apesar das diferenças regionais apontadas, a proporção de alta por cura tem-se mostrado similar em todo o território brasileiro. Observou-se que, de 2010 a 2015, houve redução geral na proporção de cura, evidenciando progressiva fragilidade do sistema. O indicador de cura possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. Esse dado reflete o acompanhamento íntimo proporcionado pelas equipes de saúde da família e ações ambulatoriais desenvolvidas pela atenção básica à saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), “o tratamento da hanseníase consiste principalmente na poliquimioterapia única (PQT-U) de duração fixa, baseada na combinação de três drogas: Dapsona, Clofazimina e Rifampicina, para o tratamento tanto de formas PB quanto MB. O tempo de tratamento é de 6 meses para PB e 12 meses para MB.” O quantitativo de doses administradas e a duração do tratamento preconizado para tratar a hanseníase, são considerados como critério para a alta por cura pela doença.

Quanto a análise do indicador proporção de abandono de casos novos diagnosticados, este manteve parâmetro “bom” segundo interpretação do MS (<10%), com incremento no período da pandemia de COVID-19, em 2020 (7,9%) e 2021 (8,4%) de casos de hanseníase em abandono do tratamento em curso, constituindo um grave problema para a saúde pública e para o controle da doença. Segundo Sousa *et al.* (2013, p. 7), “o abandono do tratamento implica em maior risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, mantendo a continuidade da cadeia de transmissão, que havia sido interrompida, risco de incapacidades físicas, de estigma social e de discriminação contra as pessoas acometidas e suas famílias”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), “o abandono do tratamento ocorre quando o indivíduo com hanseníase não completa o tratamento com a poliquimioterapia dentro do prazo máximo permitido, até 9 meses para os casos (PB) e até 18 meses para os casos (MB).”

Gouvêa *et al.*, 2020, mencionam um fator relevante relacionado a não adesão ao tratamento da hanseníase, a duração e os efeitos colaterais causados pelos medicamentos utilizados na poliquimioterapia. Souza *et al.* (2018) descrevem em outro estudo, sentimentos observados junto às pessoas acometidas pela doença, tais como irritação, estigma e aversão, reportados para a baixa adesão ao tratamento num centro de referência na Região Nordeste do Brasil. Entre os usuários com irregularidade no tratamento, observou-se a associação de baixos níveis de renda e de escolaridade (Silva *et al.*, 2014; Lopes *et al.*, 2014).

O estudo de Gouvêa *et al.* (2020, p. 4),

Para fins de acompanhamento dos casos de hanseníase, pelos serviços de saúde, os usuários devem ser agendados para retorno a cada 28 dias. Nessas consultas, eles deverão receber a dose supervisionada e a cartela de PQT-U das doses a serem autoadministradas em domicílio e orientações sobre os efeitos adversos e a data de retorno à unidade de saúde, para o controle da adesão ao tratamento. Os casos faltosos à dose supervisionada deverão receber visita domiciliar, no máximo, em 30 dias, com o objetivo de manter o tratamento e mitigar os motivos do abandono, contribuindo para segurança paciente e quebra da cadeia epidemiológica da doença.

Referente a análise do indicador proporção dos casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, observa-se a tendência de queda progressiva na avaliação dos casos novos no primeiro atendimento, em 2011 (96%) e em 2021 (85,5%), destacando-se o predomínio da proporção de casos com grau de incapacidade física GIF (0), seguidos do GIF (1) e do GIF (2). Observa-se ainda o incremento na proporção de casos novos com GIF (2) avaliados no momento do diagnóstico ao longo da série histórica.

A avaliação neurológica simplificada é uma das etapas preconizadas pelo MS, na qual avalia-se o Grau de Incapacidade Física (GIF), é executada por profissionais de saúde que devem atentar para os indícios de comprometimento dos nervos, como: dor e/ou espessamento à palpação, alterações da sensibilidade no trajeto dos nervos, déficit da força muscular nas mãos e pés, entre outros (OMS, 2010). Os profissionais também devem estar aptos para realizarem o diagnóstico precoce e avaliar o comprometimento neural, intervindo de forma preventiva na instalação das incapacidades físicas (Uchôa, 2017).

A avaliação do (GIF), é um indicador que permite uma estimativa indireta da efetividade das ações de detecção precoce da hanseníase. Segundo Silva (2019, p. 2),

Considerando três GIFs, em ordem crescente, de acordo com o acometimento de olhos, mãos e pés: O grau 0: ausência de incapacidades; grau 1: decorre de alterações sensitivas nas mãos e/ou pés e/ou olhos; e o grau 2, está associado à presença de alterações motoras com incapacidades visíveis instaladas.

Quanto ao indicador proporção do grau de incapacidade física 2 (GIF 2) avaliado no diagnóstico, a proporção observada foi de 9,6% em 2011 e 13,6% em 2020, configurando incremento de 41,7% e mudança no parâmetro de endemicidade, que passou de “médio” para “alto” ($\geq 10,0\%$) pelo MS. A proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com GIF (2) é um importante indicador para avaliar o diagnóstico tardio da doença, sendo que estes achados expressam que as pessoas acometidas pela hanseníase no momento do diagnóstico apresentam incapacidades físicas visíveis e irreversíveis.

Um estudo de Silva *et al.* (2019, p. 6), transversal e analítico corrobora com os achados deste estudo,

Realizado na unidade de referência (URE) em hanseníase do estado do Pará, no período de 2005 a 2014, evidenciou que (28,1%) dos participantes do estudo apresentaram GIF 1 e 2, no momento do diagnóstico, sinalizando que o mesmo é tardio. A proporção de casos com GIF 2 apresentou média considerada alta (10,5%), segundo os parâmetros preconizados pelo MS. Esses dados apontam a persistência do ciclo da doença e prevalência oculta. Ressalta-se que, devido às falhas no processo de trabalho, os pacientes precisaram ser referenciados à URE para

receberem o diagnóstico e iniciarem o tratamento da doença, mesmo estando com incapacidades visíveis.

O indicador proporção de casos novos com GIF (2) avaliado no momento do diagnóstico, está inserido no Planejamento Anual de Saúde (PAS) e Planejamento Estadual de Saúde (PES) para o monitoramento e avaliação anual da meta proposta, visando reduzir o parâmetro de alto para médio (de 5 a 9,9%), do número de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física (2) avaliado no momento do diagnóstico no ERJ. O planejamento envolve a elaboração e execução de ações anuais de intervenção propostas pela área técnica - Gerência de Hanseníase da SES/RJ, a partir da avaliação do panorama epidemiológico e do indicador de monitoramento.

Quanto ao resultado do indicador proporção de casos novos de hanseníase com GIF 2 avaliado no diagnóstico por Região de Saúde e municípios, observa-se o resultado alto das regiões segundo avaliação do MS ($\geq 10\%$): Serrana (13,41%); Baixada Litorânea (12,9%); Metropolitana II (12,9%); Norte (11,85%); Metropolitana I (10,26%), estas regiões apresentam (41,3%) dos municípios do ERJ com o parâmetro “alto” de avaliação ao longo da série histórica, um sinalizador de diagnóstico tardio. Destaca-se a região Serrana com 9 municípios com parâmetro “alto” de avaliação: Guapimirim, Macuco, Bom Jardim, Cantagalo, Petrópolis, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes. Quando relaciona-se estes achados com a taxa de detecção na população geral, a região Serrana apresentou média detecção de 2011 até 2017, seguida de baixa detecção - o que indica em função do parâmetro alto do indicador GIF 2 no diagnóstico, sugestivo de endemia oculta em função da detecção na região, dados estes que expressam a necessidade do fortalecimento das ações vigilância epidemiológica com intensificação da Busca ativa de casos novos.

Ribeiro *et al.* (2018, p. 5) descrevem,

Com a reformulação da estratégia para eliminação da hanseníase, maior destaque passou a ser dado à redução de incapacidades, o que terá impacto na redução do estigma e discriminação relacionados à doença. A redução da detecção de casos com grau 2 de incapacidade sofre influência direta da detecção precoce, pois, quanto mais cedo se diagnostica a doença, menores são as possibilidades de sequelas, da razão entre casos pauci/ multibacilares e da proporção de casos avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico.

No estudo de Silva *et al.* (2019, p. 7), quanto à associação da classificação operacional com o grau de incapacidade física (GIF) dos pacientes, as evidências descrevem que 26,6% dos casos novos que manifestaram incapacidades físicas (IF) foram classificados como

multibacilares (MB). E estes tem risco 7.2 vezes maior na prevalência de incapacidades físicas decorrentes da classificação (MB) em relação a classificação paucibacilar (PB).

Referente a proporção de casos novos de hanseníase segundo classificação operacional, observa-se que a maioria dos casos diagnosticados tinha classificação operacional multibacilar (MB), com predominância de dimorfos, similar aos estudos de Silva (2019), Reis (2018), Mendes (2014), isso aponta que ainda há elevada circulação do bacilo, o que torna desafiante controlar a hanseníase, especialmente em função das ações operacionais, como diagnóstico precoce, tratamento oportuno, investigação de contatos e combate ao estigma social da doença.

Andrade *et al.* (2015, p. 2),

Destacam no seu trabalho a necessidade de reconhecer as apresentações clínicas da doença para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e assim interromper a cadeia de transmissão, sendo importante que profissionais de saúde saibam reconhecer as formas existentes de hanseníase atípicas para realizar o tratamento adequado, isto porque o diagnóstico tardio de um paciente bacilífero poderá acontecer e favorecer ao elevado índice de transmissão.

Quanto à proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos novos avaliados no momento da alta por cura por região, este indicador subsidia a programação de ações de prevenção e tratamento das incapacidades físicas pós alta. Em 2019 a região Serrana alcançou (23,81%), parâmetro alto de interpretação segundo MS ($\geq 10,0\%$), em 2020, ano da pandemia de COVID-19, 5 regiões do ERJ alcançaram parâmetro alto de interpretação: Norte (21,88%), Serrana (21,43%), Centro-Sul (28,57%), Baixada Litorânea (16,67%) e Metropolitana II (16,88%). Tais resultados expressam que ao término do tratamento, uma proporção alta de pessoas acometidas pela doença apresentava incapacidades físicas visíveis e irreversíveis.

De acordo com Santos *et al.* (2020a, p. 3741),

Outro aspecto relevante foi a inclusão dos casos de hanseníase segundo graus de IF no momento do diagnóstico e da alta por cura como indicadores de monitoramento e avaliação da doença. Essa estratégia permite avaliar a efetividade das atividades de detecção precoce e subsidiar a programação das ações de prevenção e tratamento das IF, bem como, monitorar e medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde no Brasil

De acordo com Araújo *et al.*(2018, p. 5),

A presença de incapacidades físicas causadas pela hanseníase em um paciente pós-alta é indicador de que o diagnóstico foi tardio ou de que o seguimento clínico foi inadequado, o que amplia os desafios e a complexidade para a atenção pós-alta, afim de diagnosticar as complicações neurais e instituir tratamento apropriado visando, também, o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e a promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social.

As incapacidades físicas quando acometem às pessoas com hanseníase, interferem na qualidade de vida dos indivíduos, ocasionando danos sociais e psíquicos que podem levar à exclusão social em decorrência do estigma e da discriminação (Santos *et al.*, 2020).

A heterogeneidade quanto as ACH prestadas pelos Serviços de atendimento a doença no ERJ, é favorecida pelo predomínio da centralização do atendimento em função da baixa cobertura da atenção básica no estado (57%) e em algumas regiões, interferindo na descentralização das ações de enfrentamento da doença e na quebra da cadeia de transmissão.

Um estudo de Corrêa *et al.* (2022, p. 7), referem que “[...] a prática de retenção do usuário nos centros de referência, favorece a verticalização do cuidado em hanseníase e está na contramão do que é recomendado pelas diretrizes para a implementação da rede de atenção à hanseníase. Essa prática é apontada como resultado de fatores operacionais, sobretudo a inabilidade técnica dos profissionais da APS”.

Souza *et al.* (2018, p. 2),

Referem que a análise integrada de indicadores operacionais da hanseníase, incluindo análise das coortes de contatos examinados, de cura e de abandono, além da proporção de recidiva, permite avaliar a qualidade dos serviços de saúde no desenvolvimento de ações de controle, no sentido de gerar evidências que possibilitem a adoção de ações para superar questões operacionais. Essas questões operacionais que se expressam no SUS podem ser a tradução de problemas relativos à universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos pontos de atenção, humanização e controle/participação social.

Leal *et al.*, (2017, p. 210),

O PNCH, estabeleceu o redirecionamento da política de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública e da atenção à hanseníase no Brasil, propondo um conjunto de ações que têm como objetivos orientar a prática em serviço de acordo com os princípios do SUS, fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, promoção da saúde com base na educação permanente e na assistência integral, visando o redirecionamento das ações.

Ribeiro *et al.* (2018, p. 5), referem que “[...] pesquisas apontam que uma maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família no Brasil está intimamente relacionada à redução dos focos de contágio da hanseníase contribuindo para prevenção de incapacidades físicas e melhora da adesão ao tratamento”.

Leal *et al.* (2017, p. 226) mencionam que

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.

Um estudo de Souza *et al.* (2017a, p. 821),

Realizado para avaliar a implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase no município de Camaragibe, Pernambuco, explicitou obstáculos de ordem operacional, técnica e administrativa, demonstrados em estudos anteriores, caracterizando o grau de implantação do Programa em Camaragibe como ‘incipiente’. Os principais pontos críticos que contribuíram para a situação encontrada, destacam-se: ausência de serviço de referência; baixa autonomia e resolutividade da gestão; fragilidade no sistema de informações; precariedade das ações da vigilância epidemiológica e de atividades educativas; e pouca articulação de parcerias com atores sociais e instituições.

Lanza & Lana (2011, p. 350)

Uma pesquisa realizada em uma microrregião endêmica de Minas Gerais evidenciou que as ações de controle da hanseníase (ACH) ofertadas pelos serviços de APS são influenciadas pela priorização deste agravo na política municipal de saúde, pelo comprometimento dos gestores, pela presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

Corrêa *et al.* (2022, p. 8) descrevem que,

Apesar da ampliação da realização das ACH na APS, o modelo de atenção à hanseníase carrega, historicamente, características de movimentos ideológicos hegemônicos que construíram a saúde pública no Brasil, a exemplo do modelo sanitário que deu origem às campanhas sanitárias e programas especiais. Estes têm, como características, a combinação de tecnologias fundamentadas nas disciplinas biológicas, a atuação no risco e os agravos de maior relevância epidemiológica de modo isolado e verticalizado. Este modelo exerce importante influência política e cultural junto às profissões de saúde, população e Estado, influenciando os modos de produção do cuidado e induzindo a reprodução de práticas que atuam como barreiras à consolidação da descentralização e à integralidade do cuidado.

CONCLUSÃO

No ERJ, evidencia-se que os casos novos de hanseníase acometem pessoas com maior vulnerabilidade social, conjuntura habitual entre aqueles com doenças negligenciadas, indivíduos autodeclarados negros, com ensino fundamental incompleto, do sexo masculino. Corroborando que a distribuição da doença deve ser analisada na perspectiva de seus determinantes sociais, pois o contexto social no qual essas pessoas estão inseridas influencia diretamente na disseminação da doença e na manutenção da cadeia de transmissão.

Observou-se a fragilidade na qualidade dos serviços prestados e os constantes desafios a serem superados para o alcance da atenção integral às pessoas acometidas pela hanseníase. Desta forma, recomenda-se adequar a política de atenção à hanseníase à realidade de cada região, visto que a distribuição de casos da doença no estado é heterogênea. Principalmente relacionado à região Serrana, com perfil epidemiológico sugestivo de endemia oculta, em função do parâmetro alto do indicador GIF 2 no diagnóstico e dos resultados precários dos indicadores operacionais.

Assim, conclui-se que a política de descentralização das ações de controle da hanseníase traz para a APS a responsabilidade deste processo na perspectiva da universalidade, da integralidade e da continuidade do cuidado. Neste contexto, a descentralização das ACH tem importância fundamental, necessitando das equipes da APS a intensificação de estratégias direcionadas, especialmente às populações mais pobres e vulneráveis adscritas nos territórios.

A abordagem no enfrentamento da hanseníase como problema de saúde pública deve ser baseada na educação em saúde junto a comunidade, na ampla divulgação dos sinais e sintomas da doença, no estímulo ao autoexame, favorecendo o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, no acolhimento e orientação acerca da doença, na investigação epidemiológica dos contatos de casos novos, na facilitação do acesso ao tratamento a unidade de saúde, na prevenção de incapacidades físicas e nas ações de combate ao estigma e a discriminação.

Quanto a inferência da pandemia de COVID-19 no enfrentamento da hanseníase, foi evidenciada: a subnotificação de casos novos, devido ao decréscimo significativo da taxa de detecção na população geral e de 0-14 anos; na persistência do resultado precário de exame de contatos; incremento do abandono do tratamento em curso, decréscimo na proporção de casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e a

constância na proporção GIF 2 - ocasionado pelo diagnóstico tardio. Assim, acredita-se que tais resultados sejam decorrentes das barreiras de acesso, da suspensão dos atendimentos agendados e das visitas domiciliares e das ações de busca ativa suspensas, prejudicadas pela emergência de saúde pública.

Devido à importância do enfrentamento da hanseníase para a saúde pública, conclui-se que os gestores do SUS no ERJ, devem investir cada vez mais na consecução de políticas públicas que sejam incorporadas à rede de atenção à saúde e elaboradas a partir de estratégias e metas adequadas a análise situacional a nível regional e/ou municipal, a fim de atender as necessidades de suas respectivas populações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Zélia. **Introdução a Epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ALVES, Maria do Carmo Maracajá; BARROS, José Eduardo Melo; BORBA, Marcelo da Costa; RAMOS, Josefa Edileide Santos; CEOLIN, Alessandra Carla. Gestão na Política Pública de Saúde: uma análise administrativa de prevenção e combate a doenças em municípios pernambucanos. **RES**, [s. l.], v. 22, n. 44, p. 100-114, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19093/res9224>. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/res/article/view/9224/pdf>. Acesso em: 2 jan. 2024.

ANDRADE, Pedro Jose Secchin de; FERREIRA, Paola Cristina Brandão Oliveira; MACHADO, Alice de Miranda; MESSIAS, Sulamita dos Santos Nascimento Dutra; SALES, Anna Maria; NERY, José Augusto da Costa. Histoid Leprosy: a rare exuberant case. **An. Bras. Dermatol.**, v. 90, n. 5, p. 756-757, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154049>. Acesso em: 2 jan. 2024.

ANDRADE, Vera Lúcia Gomes de. Evolução da Hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como problema de saúde pública. Orientadores: Adauto José Gonçalves de Araújo e Paulo Chagastelles Sabroza. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

ARAÚJO, Érica Juliana Benício; ARAÚJO, Olívia Dias de; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; ALMEIDA, Priscilla Dantas; SENA, Inara Viviane de Oliveira; NERI, Érica de Alencar Rodrigues. Pós-alta de Hanseníase: prevalência de incapacidades físicas e sobreposição de doenças. **Cogitare Enferm.**, [s. l.], v. 23, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.58080>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58080/pdf>. Acesso em: 2 jan. 2024.

BARRETO, Jubel; GASPARONI, Jéssica Miquelitto; POLITANI, André Landucci; REZENDE, Lorena Moreira de; EDILON, Tainah Sena; FERNANDES, Victor Gustavo; LIMA, Vinícius Magaton. Hanseníase e estigma. **Hansen. Int.**, v. 38, n. 1-2, p. 14-25, 2013. DOI: <https://doi.org/10.47878/hi.2013.v38.35072>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/35072/33545>. Acesso em: 2 jan. 2024.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 112 p. ISBN: 978-85-7541-384-5.

BOVENDORP, Ana Carolina Caixeta; OLIVEIRA, Marcela Batista; SALEME, Priscila Said; LYON, Sandra; BASTOS, Marcos de. Qualidade de registros de hanseníase em centro de referência no estado de Minas Gerais, no período de 2006 a 2010. **Rev. Méd. Minas Gerais**, [s. l.], v. 24, supl. 6, p. S61-S65, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20140087>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3a6e/56a818193c9525720e954545514716bebea7.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. 528 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 73, de 9 de março de 1998**. [Define estratégias para a imediata implantação do SINAN em todo território nacional]. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS SUS 01/2001. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 20 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.073, de 26 de setembro de 2000**. Expede as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo o Território Nacional, com ênfase na atenção básica de saúde, as quais regulamentam as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 816, de 26 de julho de 2000. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 188, p. 18-22, 27 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976**. [Determina ações de prevenção das IF entre as atividades de rotina em todos os hospitais, serviços especializados e nos serviços gerais das instituições de saúde]. Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle de Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria Conjunta SVS/SAS nº 125, de 26 de março de 2009. Define as ações de controle da hanseníase. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 mar. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria no 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica **Programa Nacional de Controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº594, de 29 de outubro de 2010. Aprova a definição como Serviço de Atenção Integral em hanseníase aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para a realização das ações mínimas. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Cadernos de Atenção Primária, [s. l.], n. 29, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 7 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**: uma política para o SUS. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**: 2013-2015. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem(princípios e diretrizes)**. Brasília, [s. d.]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOCPNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf> . Acesso em: 1º set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Exercício de monitoramento da eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 fev. 2016a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 1º fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas e os serviços de saúde do Sistema único de Saúde. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Relatório de Recomendação nº399, 2018**. Ampliação do uso da clofazimina para hanseníase paucibacilar. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. DATASUS. **Dados do sistema de informação de agravos de notificação sobre Hanseníase**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico]. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família ESF. **Cobertura da Atenção Básica: e-Gestor**: unidade geográfica –Região Sudeste: Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos no Âmbito da Saúde Única 2018-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. **Tendência Temporal dos Casos de Hanseníase no Brasil, 2010 a 2021**. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério. Volume 54, N. 7. 11 Maio de 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. DATASUS. **Cobertura da atenção primária: e-Gestor Atenção Básica**. Situação da base nacional em 14/08/2023, com dados até junho/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 62 p.

BRENNAN, P. J.; SPENCER, J. S. The Physiology of Mycobacterium leprae Morphology and Cell Wall. In: SCOLLARD, D. M.; GILLIS, T. P. (ed.). International Textbook of Leprosy. [S. l.]: c2019. Disponível em https://www.internationaltextbookofleprosy.org/sites/default/files/ITL_5_1%20FINAL. Acesso em: 01 dez. 2022.

BRITTON, Warwick J.; LOCKWOOD, Diana N. J. Leprosy. **Lancet**, [s. l.], v. 363, n. 9416, p. 1209-1219, abr. 2004. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15952-7). Acesso em: 20 jan. 2023.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves de et al. Análise epidemiológica da Hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 36, p. 24-30, 2015.

BLUMAN, Allan G. **Elementary statistics: a stepbystep approach**. 8. ed. [S. l.]: [s. n.], 2012. ISBN: 9780073386102.

CABRAL-MIRANDA, William; CHIARAVALLLOTI NETO, Francisco; BARROZO, Ligia Vizeu. Socio-economic and environmental effects influencing the development of Leprosy in Bahia, North-Eastern Brazil. **Tropical Medicine & International Health**, [s. l.], v. 19, n. 12, p. 1504-1514, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/tmi.12389>. Acesso em: 3 jan. 2024.

CARNUT, Leonardo. **Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde**. Orientador: Paulo CarpelNavai. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08102015-131706/publico/LeonardoCarnutDosSantos.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2023.

CARVALHO, Keila. A. Discussões em torno da reconstrução do significado da Lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 541-557, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pTYgSp8YPbJWTZty8WW3BxB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2023.

CERRONI, Matheus de Paula; CARMO, Eduardo Hage. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 617-628, out./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400004>. Acesso em: 3 jan. 2023.

CETOLIN, Sirlei Fávero; TRZCINSKI, Clarete; PRESTA, Andréia Antoniuk; SOARES, Beatriz; CETOLIN, Simone Kelly. Hanseníase e cidadania na política de saúde brasileira. **Sociedade em Debate**, Pelotas, RS, v. 16, n. 2, p. 135-162, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/677/601>. Acesso em: 3 jan. 2023.

CORIOLOANO, Carmelita Ribeiro Filha; FREITAS NETO, Walter Ataalpa de; PENNA, Gerson Oliveira; SANCHEZ, Mauro Niskier. Fatores associados ao tempo de ocorrência das reações hansênicas numa coorte de 2008 a 2016 em Rondônia, Região Amazônica, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 12, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045321>. Acesso em: 3 jan. 2023.

CORRÊA, Cristal Marinho; LANZA, Fernanda Moura; CARVALHO, Ana Paula Mendes; LANA, Francisco Carlos Félix. Diálogos sobre a descentralização do Programa de Controle da Hanseníase em município endêmico: uma avaliação participativa. **Esc. Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0114>. Acesso em: 3 jan. 2023.

COSTA, Marcela da Silva; SILVA JÚNIOR, Paulo Cesar Beckman da; MOURA, José Pedro Gomes; PANTOJA, Paulo Victor das Neves; SILVA, Marluclena Pinheiro da. Políticas para Hanseníase: a evolução da gestão em saúde. **Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 104-108, jul./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20150018>. Acesso em: 3 jan. 2024.

CRESSIE, N.; HAWKINS, D. M. Robust estimation of the variogram: I. *Journal of the International Association for Mathematical Geology*, v. 12, n. 2, p. 115-125, 1980.

CONRAD, P.; BARKER, K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. *Ideias*, v. 2, n. 2, p. 183-219, 2011.

CUNHA, V. S. Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós'? *HistCiênc Saúde*. 2010; 17(4):939-54.

CUNHA, Luciano Marcos. Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre Lepra e a hanseníase no Brasil. Belo Horizonte, 2010. 394 f.

DIAS, R.; MATOS, F. Políticas públicas: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, p. 1-15, 2012.

DUCATTI, I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador. São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo, 2009. Dissertação. 199p.

FITZPATRICK, P. C.; BANGERT, M; MBABAZI, P.S; MIKHAILOV, A.; ZOURÉ, H.; REBOLLO, M.P.; et al. Monitoring equity in universal health coverage with essential services for neglected tropical diseases: an analysis of data reported for five diseases in 123 countries over 9 years. *Lancet Glob Health*. 2018 jul;6(9):e980-8. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30307-3.

FOGOS, A. R.; OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, M. L. T. Análise dos motivos para o abandono do tratamento – o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde de Carapina/ES *Hansen Int*. 2000; 25(2):147-58.

FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. GARCIA L. P. Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: Distribuição espacial dos períodos 2001-2003 e 2010-2012. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20:702-13.

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4th ed. LTC: Rio de Janeiro, 2008.

GOUVÊA, A. R. et al. Interrupção e abandono no tratamento da hanseníase. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10591-10603 jul./aug. 2020.

HUNGRIA EM, Bühner-Sékula S, Oliveira RM, Aderaldo LC, Pontes AA, Cruz R, et al. Leprosy reactions: the predictive value of *Mycobacterium leprae*-specific serology evaluated in a Brazilian cohort of leprosy patients (U-MDT/CT-BR). *PLoS Negl Trop Dis* 2017; 11:e0005396.

IMBIRIBA, E. N. B.; NETO, A. L. S.; Souza, W.V.; Pedrosa, V.; Garnelo, L. Social inequality, urban growth and leprosy in Manaus: a spatial approach. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):656-665.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@.
<http://www.ibge.gov.br> (acessado em 11/ Jan./2022).

JANUZZI, P. Indicadores sociais no Brasil. Campinas: Alínea, 2012.

JESUS, I. L. R. de et al. Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 28, n. 01 [Acessado 9 Maio 2023] , pp. 143-154. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09722022>>. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09722022>.

KERR-PONTES, L.R.; MONTENEGRO, A. C.; BARRETO, M.L; WERNECK, G.L.; FELDMEIER, H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Int J Epidemiol* 2004; 33(2):262-269.

KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L. & MORGENSTERN, H., 1982. *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods*. New York: Van Nostrand Reinhold.

KNAUTH, D.R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência Saúde Coletiva* 2012; 17:2617-26.

KUMAR, A.; GIRDHAR, A.; CHAKMA, J.K.; GIRDHAR, B.K. WHO multidrugtherapy for leprosy: epidemiologyof default in treatment in Agra district, Uttar Pradesh, India. *Biomed Res Int* 2015; 2015:705804.

LAGUARDIA, Josué et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2004, vol.13, n.3 [citado 2022-04-07], pp.135-146.

LANZA, F. M. Evaluation of primary care in leprosy control: instruments validation and performance analysis of endemic municipalities of Minas Gerais. 2014. 310 p.

LANZA, F. M. et al. Avaliação das ações de hanseníase desenvolvidas na atenção primária: proposta de um instrumento para gestores. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 598-605, jul. 2014b.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Decentralizationofleprosycontrolactions in the micro-regionof Almenara, Stateof Minas Gerais. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 187-194, feb. 2011.

LAGES, D.S.; KERR, B.M.; BUENO, I. C.; NIITSUMA, E. N.; LANA, F. C. A baixa escolaridade está associada ao aumento de incapacidades físicas no diagnóstico de hanseníase no Vale do Jequitinhonha. *HU Revista* 2018; 44(3): 303-309.

LEANO, H.A.M.; ARAÚJO, K.M.F.A.; BUENO, I.C.; NIITSUMA, E.N.A.; LANA F.C.F. Ações de Controle da hanseníase na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. F.C.F.; Socioeconomic factors related to leprosy: an integrative literature review. *RevBrasEnferm* 2019; 72(5): 1405-15.

LEAL, Danielle Rodrigues et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. spe [Acessado 2 Agosto 2023], pp. 209-228.

LEITE, T.R.C.; SILVA, I.G.B.; LANZA, LANZA, F.M.; MAIA, E. R.; LOPES, M. S.V.; CAVALCANTE, E.G.R. Ações de Controle da hanseníase na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Vittalle - Revista de Ciências da Saúde* v.32, n.3 (2020) 175-186.

LEVANTEZI, Magda. O estigma da hanseníase sob a perspectiva da Bioética de Intervenção e seu diálogo com Giovanni Berlinguer. 2021. 118p. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/638356>

LIMA CSO, GALVÃO MHR, BRITO FM, et al. Leprosy: surveillanceofcontacts. *Rev. enferm. UFPE* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 15]; 8(5):1136-41. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/979>

LINDOSO, José Angelo L.; LINDOSO, Ana Angélica B. P. Doenças tropicais negligenciadas no Brasil. *Revista do Instituto de Medicina de São Paulo, São Paulo*, v. 51, n. 5, p.247-253, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v51n5/v51n5a03.pdf>

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27, n. 1, p. 363–385, ago. 2001.

LOPES, F. DE C. et al.. Hanseníase no contexto da Estratégia Saúde da Família em cenário endêmico do Maranhão: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1805–1816, maio 2021.

LOPES, F. De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. *Bol Anal Político-Insttit* 2021;26:9-19.

LOURES, L. F.; MARMORA, C. H. C.; BARRETO J.; DUPPRE N. C. Percepção do estigma e repercussões sociais em indivíduos com hanseníase. *Psicologia em Estudo*, 2016, 21 (4).

MACHADO, Rayssa Nogueira Rodrigues. **Descentralização das ações de controle da Hanseníase nos clusters de risco do Brasil**. Orientador: Francisco Carlos Félix Lana. 2019. 93 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest Payment for performance system in primary care. *J.Ambul. CareManage.,[s. l.]*, v. 40, supl. 2, p. S4-S11, abr./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MAIA, Daniely Aleixo Barbosa et al . Avaliação da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 28, n. 1, e2018187, mar. 2019. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MANTELLINI, G. G.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R.. Políticas públicas referentes às incapacidades físicas em hanseníase na virada do século: uma década de (des)controle?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e290105, 2019.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 12, n. 2, p. 144–157, jun. 2009.

MENDES, A.O; COSTA, C.E; SILVA, R. C; CAMPOS, S.A.; CUNHA, V.M.; SILVA, G. C.; SILVA, M.C.S. Caráter clínico-epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena - MG e macrorregião no período de 2001 a 2010. *Revista Médica de Minas Gerais* 2014; 24(4):486-494.

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, e4111225459, 2022.

MENDONÇA, R. F. Reconhecimento e Deliberação as lutas das pessoas atingidas pela hanseníase. 2009. 385p. Tese (Doutorado em Comunicação Social) – Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/FAFI-82TG5V>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. Â.. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 29–40, jan. 2018.

NERY, J. S. et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 9, p. e1226–e1236, set. 2019.

OLIVEIRA, M. L. W. Controle da Hanseníase in: *Hanseníase: epidemiologia e controle*. Lombardi C, organizador. São Paulo. Imprensa oficial-SP, arquivo do estado; 1990. p. 71-82.

OLIVEIRA, Jaqueline dos Santos. Diagnóstico situacional da hanseníase no estado do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019. 57 f. 2022. Trabalho de conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2022.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2010.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/guidelines-diagnosis-treatment-and-prevention-leprosy>. Acesso em: 2 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia Global para a Hanseníase 2021-2030: Rumo a zero hanseníase. Nova Deli: OMS, 2021a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global leprosy update, 2020: impact of COVID-19 on global leprosy control. *Weekly Epidemiological Record*, Genebra, n. 36, p. 421-444, 10 set. 2021b. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345051/WER9636-421-444-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico* 2001; 22(4): 1-5.

PAZ, W. S.; SOUZA, M. R.; TAVARES, D. S.; JESUS, A. R.; SANTOS, A. D.; CARMO, R. F.; et al. Impact of Covid-19 pandemic on the diagnosis of Leprosy in Brazil: An ecological and population-based study. *The Lancet Regional Health Americas*. May, 2022; Vol.9. Published online 15 January 2022. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100181>.

PATIL, R.R. Determinants of Leprosy with Special Focus on Children: A Socio-Epidemiologic Perspective. *American Journal of Dermatology and Venereology*, v.2, n.2, p. 5-9, 2013.

PEDROSA, V.L.; DIAS, L. C.; GALBAN, E. et al. Leprosy among school children in the Amazon region: a cross-sectional study of active search and possible source of infection by contact tracing. *PloS negl. trop. dis.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 jun 2]; 12(2):e0006261. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006261>.

PENNA, G. et al. Reações Hansênicas. In: TATLHARI, S. et al. *Hanseníase*. 5. ed. Rio de Janeiro: DiLivros; 2014.

PINHEIRO, M.G.C.; MIRANDA, F. A.N.; SIMPSON, C. A.; CARVALHO, F. P. B.; ATAÍDE, C. A. V.; LIRA, A. L. B. C. Compreendendo a “alta em hanseníase”: uma análise de conceito. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(4):e63290. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63290>.

PINTO, E. Q. Fatores sociodemográficos associados à hanseníase na região de Itaberaba-BA (2010-2018): uma abordagem espaço-temporal / Eduarda Quartin Pinto. -- 2021. 90 f.

QUEIROZ, MS., and PUNTEL, MA. A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p. ISBN 85-85676-33-7. Available from SciELO Books.

RAFFERTY, J. (2005). Curing the stigma of leprosy. *Leprosy Review*, 76(2), 119–126.

RAMOS, A. C.; YAMAMURA, M., ARROYO, L. H.; POPOLIN, M. P.; CHIARAVALLI, N. F.; PALHA, P.F.; UCHOA, S. A. C.; PIERI, F. M.; PINTO, I. C.; FIORATI, R. C.; QUEIROZ, A. A. R.; BELCHIOR, A. S.; SANTOS, D. T.; GARCIA, M. C. C. G.; CRISPIM, J. A.; ALVES, L. S.; BERRA, T. Z.; ARCÊNCIO, R.A. Spatial clustering and local risk of leprosy in São Paulo, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/002879810>.

RAMOS, Leila Bitar Moukachar. Hanseníase e estigma no século XXI: narrativas de moradores de um território endêmico. 2017. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te.2017.56>.

REIS, M. C.; RAPOSO, M. T.; ALENCAR, C. H. M. de; RAMOS JÚNIOR, A. N.; HEUKELBACH, J. Incapacidades físicas em pessoas que concluíram a poliquimioterapia para hanseníase em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Acta Fisiátrica*, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 78-85, 2018. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v25i2a162582. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/162582>. Acesso em: 3 jan. 2024.

RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Rev. Panam. Salud Publica*, [s. l.], v. 42, 2018.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA).

Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RISI JÚNIOR, J. B. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 1049-1053, out. 2006.

ROBERTS, Charlotte. The Bioarchaeology of Leprosy: learning from the past. In: SCOLLARD, D. M.; GILLIS, T. P. (eds.). **International textbook of Leprosy.** [S. l.]: [s. n.], 2018.

RODRIGUES, Raysa Nogueira; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; LANA, Francisco Carlos Felix. Epidemiologia da Hanseníase e a descentralização das ações de controle no Brasil. *Rev. Baiana Enferm.*, [s. l.], v. 35, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39000>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/39000/24218>. Acesso em: 3 jan. 2024.

ROTHMAN, Kenneth J. **Modern Epidemiology.** Boston, Toronto: Little, Brown and Company, 1986.

SALGADO, Claudio Guedes. Falta de poliquimioterapia (PQT) no Brasil para pacientes de Hanseníase. *Nota Informativa SBH*, Marituba, PA, 3 nov. 2020. Disponível em: http://www.sbhansenologia.org.br/upload/files/004_2020_Novembro_3_Nota_Informativa_SBH_sobre_resposta_OMS_para_SBH%281%29.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

SANTOS, Á. N.; COSTA, A. K. A. N.; SOUZA, J. E. R.; ALVES, K. A. N.; OLIVEIRA, K. P. M. M.; PEREIRA, Z. B. Perfil epidemiológico e tendência da hanseníase em menores de 15 anos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 54, p. 1-8, 2020b. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019016803659>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SANTOS, Aleksandra Rosendo dos; IGNOTTI, Eliane. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 25, n. 10, p. 3731-3744, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30262018>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SANTOS, KeziaCristina Batista dos; CORRÊA, Rita da Graça Carvalhal Frazão; ROLIM, Isaura Letícia Tavares Palmeira; PASCOAL, Livia Maia; FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912122>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vCns7tfySyNG5MkC4kbJxnb/?format=pdf>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; MODENA, Celina Maria. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansen. Int.**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 2-16, 2015. DOI: <https://doi.org/10.47878/hi.2015.v40.36169>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/36169/34479>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SERMIRITTIRONGROG, S.; VAN BRAKEL, W. H.; BUNBERS-AELEN, J.F. G. How to reduce stigma in leprosy – A systematic literature review. **Leprosy Review**, [s. l.], v. 85, n. 3, p. 149-157, 2014.

SILVA, C. A. B.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; ANTUNES, M. F. R. Leprosy as a neglected disease and its stigma in the Northeast of Brazil. **Indian J. Lepr.**, [s. l.], v. 86, n. 2, p. 53-59, abr./jun. 2014.

SILVA, C. L.; LIMA, A. M. L. D.; SANTOS, A. F.; REIS, C.; ABREU, D. M. X; FONSECA SOBRINHO, D.; JORGE, A. Alzira; LOBATO, L.; MACHADO, A. Tomaz Matta. **Acesso à atenção básica em saúde nas Regiões Nordeste e Sudeste segundo raça/cor**. [S. l.], UFMG, NESCON, 2018. Disponível em: <https://prezi.com/0xef9ekzxekh/acesso-a-atencao-basica-em-saude-nas-regioes-nordeste-e-sude/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVA, Cláuffer Luiz Machado; FONSECA, Sandra Costa; KAWA, Helia; PALMER, Dayanna de Oliveira Quintanilha. Spatial distribution of Leprosy in Brazil: a literature review. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, [s. l.], v. 50, n. 4, p. 439-449, jul./ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0170-2016>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SILVA, Christian Luiz da (org.). **Políticas públicas e desenvolvimento local: instrumentos e proposições de análise para o Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 192 p. ISBN-10: 8532643302. ISBN-13: 978-8532643308.

SILVA, Janete Silva Rezende da; PALMEIRA, Iaci Proença; SÁ, Antônia Margareth Moita; NOGUEIRA, Laura Maria Vidal; FERREIRA, Angela Maria Rodrigues. Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na Hanseníase. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 10, n. 1, jan./abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.618>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359562643016/html/>. Acesso em: 11 nov. 2023.

SILVA, Maria Carolina Raiol da; REIS, Amilton Nascimento dos; SILVA, Iury do Nascimento da. Hanseníase: um problema de saúde pública no Brasil. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51161/rem/2246>. Acesso em: 13 dez. 2023.

SILVA, Rômulo Rodrigues de Souza; MATOS, Thais Silva; SILVA, Tarcísio Fulgêncio Alves da; CORREIA, Divanise Suruagy; AMORIM, José Roberto; MACHADO, Michael Ferreira; MARQUES, Carolinne de Sales; ARAÚJO, Amanda Karine Barros Ferreira de; CARMO, Rodrigo Feliciano do; FERNANDES, Tânia Rita Moreno de Oliveira; SOUZA, Carlos Dornels Freire de; BRANDÃO, Igos Matheus Jambeiro. Enfrentamento da Hanseníase em tempos de COVID-19: uma experiência exitosa de implantação de um sistema de rastreamento em área endêmica do Nordeste. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 1-12, jan./dez. 2023. ISSN 2197-7994. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3232](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3232). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3232/1839>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SOARES, Gerlania Maria Martins de Melo; SOUZA, Eliana Amorim de; FERREIRA, Andersn Fuentes; GARCÍA, Gabriela Soledad Márdero; OLIVEIRA, Maria Leide Wand-Del-Rey de; PINHEIRO, Aquiléa Bezerra de Melo; SANTOS, Maria Aldenisa Moura dos; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. Fatores sociodemográficos e clínicos de casos de Hanseníase associados ao desempenho da avaliação de seus contatos no Ceará, 2008-2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300024>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SOUSA, Adriana Alves de; OLIVEIRA, Francisca Jacinta Feitoza de; COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus; SANTOS NETO, Marcelino; CAVALCANTE, Erliene Feitosa de Oliveira; FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira. Adesão ao tratamento da Hanseníase por pacientes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz-MA. **SANARE**, Sobral, CE, v. 12, n. 1, p. 6-12, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/322/257>. Acesso em: 3 jan. 2024.

SOUSA, Gutemberg Santos de; SILVA, Rodrigo Luis Ferreira da; XAVIER, Marília Brasil. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 230-242, jan./mar. 2017b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711219>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SOUZA, Damião Ernane de. **Determinação social da saúde**: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida. Orientador: Naomar de Almeida Filho. 2012. 116 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SOUZA, Eliana Amorim de; BOIGNY, Reagan Nzundu; FERREIRA, Anderson Fuentes; ALENCAR, Carlos Henrique; OLIVEIRA, Maria Leide W.; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 1-14, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196216>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SOUZA, Monique Feitosa de; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 817-834, out./dez. 2017a. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400013>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CHÔA, Rosa Emília Malta Nascimento; BRITO, Karen Krystine Gonçalves de; SANTANA, Emanuelle Malzac Freire de; SOARES, Valéria Leite; SILVA, Mirian Alves da. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Rev. Enferm UFPE** [online], Recife, v. 11, supl. 3, p. 1464-1472, mar. 2017. ISSN 1981-8963. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201719>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/13990/16850>. Acesso em: 20 jan. 2023.

VIEIRA, Marcelo Luciano. **Do controle ao participATIVO**: engajamento público e informação em hanseníase como caminhos para um novo civismo. Orientadora: RoseniPiheiro. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) –Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015b.

VIEIRA, Nayara Figueiredo. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde nas ações de controle da Hanseníase no município de Betim, Minas Gerais**. Orientador: Francisco Carlos Félix Lana. 2015. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015a.

VIEIRA, Nayara Figueiredo; LANA, Francisco Carlos Félix; RODRIGUES, Rayssa Nogueira; NIITSUMA, EyleenNabyla Alvarenga; LANZA, Fernanda Moura. Avaliação da Atenção Primária: comparativo entre o desempenho global e as ações de Hanseníase. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 9, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2896>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2896/2068>. Acesso em: 3 jan. 2024.

VIEIRA, Nayara Figueiredo; MARTÍNEZ-RIERA, José Ramón; LANA, Francisco Carlos Félix. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. **Rev.Bras.Enferm.**, [s. l.], v. 73, n. 4, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0038>. Acesso em: 20 jan. 2023.

VON ELM, Erik; ALTMAN, Douglas G.; EGGER, Matthias; POCOCK, Stuart J.; GOTZSCHE, Peter C.; VANDENBROUCKE, Jan P.; STROBE INITIATIVE. Strengthening there porting of observational Studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **J. Clin. Epidemiol.**, [s. l.], v. 61, n. 4, p. 344-349, abr. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Leprosy (HansenDisease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. **Weekly Epidemiological Record**, Genève, v. 97, n. 36, p. 429-450, 8 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Leprosy situation, 2005. **WeeklyEpidemiological Record**, Genève, v. 80, n. 34, p. 289-295, 26 ago. 2005.


WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. **WeeklyEpidemiological Record**, Genève, v. 91, n. 35, p. 405-420, 2 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of Leprosy**. [S. l.]: WHO, 2018. ISBN: 978-92-9022-638-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Africa. Report on Strength National Health Information Systems: Workshop on the use of Geographical Information System HealthMap. Harare, 1-4 jul. 2002. Disponível em: <https://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/WHOehs02.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for South-East Asia. **Global LeprosyStrategy 2016–2020:accelerating towards a Leprosy-free world**. New Delhi: WHO, 2016. ISBN: 978-92-9022-509-6.

APÊNDICE A –Carta de Anuência


 GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO
 Secretaria de Saúde
 Subsecretaria de Vigilância em Saúde

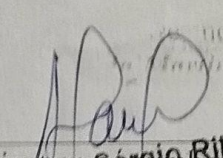
CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, MARIO SERGIO RIBEIRO
Superintendente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, venho por meio desta informar que estou ciente e DE ACORDO com a realização, do projeto de Doutorado: Análise de Indicadores de Monitoramento do Progresso da eliminação da Hanseníase Enquanto Problema de Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro. A partir da análise do Banco de dados da Hanseníase no SINAN Net, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável *Amanda Martins*, a ser realizada no período de novembro de 2020 até março de 2021.

Informo ainda que estou ciente da submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, para apreciação e posterior emissão do **PARECER de APROVAÇÃO** do referido projeto.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 466/12. Por esse motivo, compromete-se a iniciar a coleta de dados após a **APROVAÇÃO DO PROJETO** por parte do Comitê de Ética em Pesquisa onde este projeto está sendo avaliado (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade. Compromete-se também, a utilizar os dados coletados, exclusivamente para os fins da referida pesquisa.

Rio de Janeiro, em 09 / 09 / 2020


 Nome/assinatura **Mario Sérgio Ribeiro** responsável pela Instituição
 Superintendente de Vigilância
 Epidemiológica e Ambiental
 ID: 4278057-8 SESIRJ

APÊNDICE B– Parecer Consubstanciado CEP IMS UERJ

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase Enquanto Problema de Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro

Pesquisador: Amanda Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39198420.5.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.376.726

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo ecológico descritivo retrospectivo da evolução temporal dos indicadores epidemiológicos da hanseníase, desenvolvido na Gerência de Hanseníase do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. O método de coleta de dados, captação dos conteúdos e informações acerca do objeto deste estudo será a partir da consulta de fontes documentais, a partir da ficha de notificação e do boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) de 2001 a 2020.

Este intervalo de tempo abrange o período entre o ponto inicial de implantação de estratégias de eliminação da doença (2001) e as novas diretrizes definidas pelo Plano Integrado (2011-2015) de ações de eliminação e controle da hanseníase e a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 da OMS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os resultados dos indicadores de monitoramento do progresso de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, quanto a detecção e ações de controle da doença no ERJ de 2001 a 2020.

Objetivo Secundário:

- Identificar, a partir dos indicadores de monitoramento, as regiões do ERJ em situação de

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.376.726

Cronograma adequado, informando que o início da realização da consulta ao banco de dados será em março/2021. Foram incluídos no cronograma as notificações de relatórios parcial e final na Plataforma Brasil.

Orçamento informando gastos de R\$ 1 mil reais. A pesquisadora não é bolsista, e irá custear a pesquisa com recursos próprios, pois é servidora pública.

Carta de anuência assinada pelo Superintendente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, responsável pelo banco de dados da hanseníase no SINAN, autorizando a acesso da pesquisadora ao referido banco.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_de_anuencia.pdf	31/10/2020 12:17:48	ANA SILVIA DE AZEVEDO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1642568.pdf	09/10/2020 19:12:40		Aceito
Outros	cronograma.pdf	09/10/2020 19:11:02	Amanda Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	09/10/2020 19:10:27	Amanda Martins	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	08/10/2020 17:39:08	Amanda Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_ausencia.pdf	07/10/2020 19:47:37	Amanda Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

ANEXO A – Indicadores do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (2008) ao Macroplanejamento do governo e nos Pactos do Sistema Único de Saúde

Indicador	Inserção	Meta	Situação em 2008
Descentralizar Ações de Controle para UBS	PPA	Aumentar 38%(2007) para 50% UBS/ACH em 2008 15.750 UBS/ACH	Meta atingida 82,2% 12.949 UBS/ACH
Coefficiente de Detecção de Casos Novos em menores de 15 anos	PAC - MAIS SAÚDE	Reduzir em 10% o coeficiente de Detecção de Casos Novos em menores de 15 anos, até 2011	2007: redução de 13,63% no coeficiente e 11% no valor absoluto 2008:avaliação em julho de 2009,com o fechamento dos dados
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes PB e MB	PPA Pacto de Gestão	Mínimo aceitável:75% 2008:85% 2009:87% 2010:89% 2011:90%ou+	2007: 80,3% Períodos: PB - 2006 MB – 2005
Avaliação do Grau de Incapacidade Física entre os casos novos do ano no momento do diagnóstico	PAVS	Referência: 85% em 2006 Parâmetros: Precário: menor ou = 75% Regular:75% - 84,9% Bom:85%	2007: 85,3%
Avaliação do Grau de Incapacidade Física entre os casos novos do ano no momento da alta da cura	PAVS	Metas a ser estabelecida por estados e municípios Parâmetros: Precário: menor ou = 75% Regular:75% - 84,9% Bom:85%	2007:63,8%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares dos casos novos registrados	PAVS	Referência: 43,8% em 2006 Parâmetros: >50% / ano	2007:49,8% 2008: 6,2% de incremento, segundo dados preliminares do Sinan-NET em novembro de 2008

ANEXO B –Indicadores Epidemiológicos de Monitoramento da Eliminação da Hanseníase

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
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 por 100 mil habitantes	Medir a força de 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.	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 monitoramento da tendência de detecção oportuna dos casos novos .	A tendência de redução da taxa de detecção, acompanhada da queda deste indicador, caracteriza redução da magnitude da endemia.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano	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	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 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

ANEXO C – Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de Hanseníase

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETRO
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	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 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: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	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 $\geq 25\%$
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Numerador: n° de contatos dos casos novos de hanseníase 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: $\geq 90,0\%$ Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ Precário: $< 75,0\%$
Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano	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 específica 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 $\geq 90\%$ Regular ≥ 75 a $89,9\%$ Precário $< 75\%$

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