

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN

**INCAPACIDADE FÍSICA NA PESSOA COM HANSENÍASE E A ASSISTÊNCIA
DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DO
SUL**

CAMPO GRANDE
2023

ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN

**INCAPACIDADE FÍSICA NA PESSOA COM HANSENÍASE E A ASSISTÊNCIA
DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Professora Dra. Marli Marques

CAMPO GRANDE
2023

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra Marli Marques, que acreditou em mim e em meu trabalho. Gratidão por tudo, pelo aprendizado, ensinamentos, confiança e paciência. Obrigada por estar comigo nesta luta em busca do melhor para as pessoas que ainda sofrem com doenças crônicas, como a hanseníase.

À minha família, que sempre esteve junto e me apoiando em todos os momentos. Em especial ao meu esposo e à minha mãe que sempre me incentivaram, sem vocês meus desafios seriam ainda maiores.

Ao meu amigo Renato Prado, por toda ajuda antes, durante e ao final de todo este percurso.

Às minhas queridas ex-colegas de trabalho, de PCT/PCH, Heloisa Moraes do Valle Lunardi, Geisa Poliane de Oliveira e Laryssa de Brito Ribeiro que me incentivaram a seguir esta trajetória, em especial à Cleide Alves Souza, que me apresentou à querida Dra Marli Marques e quem sempre me incentivou e inspirou no caminho do aprendizado.

Às coordenadoras dos Programas Municipais de Controle da Hanseníase e gestores de saúde, que participaram deste trabalho, gratidão pela confiança e apoio.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, que buscam também melhorias à assistência à hanseníase.

Aos (às) colegas e professores (as) do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelas oportunidades e novos conhecimentos.

Aos integrantes da banca examinadora da qualificação, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho: Dra Adriane Pires Batiston da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Dr Jaison Antônio Barreto do Instituto Lauro de Souza Lima-SP, referência em Hanseníase no Brasil, e à Dra Mara Lisiane de Moraes dos Santos da UFMS e Dr Arthur de Almeida Medeiros da UFMS, membros suplentes da banca. Da mesma forma aos integrantes da banca de defesa, por aceitarem compor esta avaliação, Dr Arthur de Almeida Medeiros, da UFMS e Dr Jaison Antônio Barreto do ILSL/SP, e aos suplentes Dra Adriane Pires Batiston, Dr Alessandro Diogo de Carli e Dra Sonia Maria Oliveira de Andrade, docentes da UFMS.

RESUMO

A hanseníase é uma doença de grande poder incapacitante e ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil. Incapacidades físicas sinalizam diagnóstico tardio e precariedade na assistência. Nosso objetivo foi avaliar a frequência de incapacidade física na pessoa com hanseníase e a assistência das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Mato Grosso do Sul. Realizou-se uma pesquisa descritiva, quantitativa, utilizando dados primários e secundários de Mato Grosso do Sul, no período de 2016 a 2020. Dados primários foram coletados através de questionário com 34 questões, para médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde com ESF (US/ESF) e que notificaram casos de hanseníase entre 2018 a 2020 e aos fisioterapeutas, que atenderam casos de hanseníase nos diferentes serviços de saúde. Participaram 82 profissionais, de 27 municípios, sendo 54 enfermeiros, 19 fisioterapeutas e 9 médicos. Deste total, 60 (73,17%) atuam em US/ESF e 22 (26,83%) em outros serviços. Os 19 fisioterapeutas participam no diagnóstico precoce e assistência, preenchem o formulário de avaliação do Grau de Incapacidade física (GIF) no diagnóstico e na alta e da avaliação neurológica simplificada. Nas US/ESF apenas 45,00% referiram realizar avaliação do GIF e escassez de materiais: fio dental, estesiômetro, tubo de vidro, tabela de Snellen, nas demais US o GIF está sendo realizado (72,72%) a despeito da escassez de materiais essenciais, exceto estesiômetro. Dados secundários foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no site DataSUS, de casos novos, residentes no estado, notificados entre 2016 a 2020, curados e avaliados usando parâmetros do Ministério da Saúde. Entre os 1.900 casos novos, o GIF no diagnóstico foi 81,89%, GIF2 em 12,85%, não avaliados ou ignorado, 18,10%, parâmetro “regular”. Nas coortes de cura, o GIF foi 72,12%, GIF2 em 6,17%, não avaliados ou ignorado, 27,87%, parâmetro “precário”. O GIF2 no diagnóstico foi elevado e na alta ficou comprometido pela ausência de avaliação mínima necessária. O GIF2 no ingresso do paciente foi alto, sinalizando retardo no diagnóstico. A precariedade das avaliações do GIF evidencia fragilidade da assistência e comprometimento do planejamento de ações em todos os níveis de atenção. Os pacientes, no diagnóstico, apresentam incapacidade física acima do aceitável e na alta por cura, estão subdiagnosticadas, evidenciando baixa qualidade da assistência. Esta assistência deve atender aos protocolos estabelecidos, focadas no diagnóstico precoce, tratamento, cura, avaliação de incapacidade física no diagnóstico, durante o tratamento e na alta e reabilitação aos casos com incapacidade física instalada. Nossos achados sinalizam a necessidade de fortalecer a atenção básica e os serviços de referência em fisioterapia, com disponibilidade de materiais fundamentais nas avaliações, além de treinamentos/capacitações teórico e prático, aos fisioterapeutas, abordando o manejo clínico, avaliação física, da sensibilidade, prevenção e reabilitação.

Descritores: Saúde da Família; Hanseníase; Modalidades de Fisioterapia; Epidemiologia

ABSTRACT

Leprosy is a disease of great disabling power and still represents a serious public health problem in Brazil. Physical disabilities signal late diagnosis and precarious care. Our objective was to evaluate the frequency of physical disability in people with leprosy and the assistance provided by the Family Health Strategy (ESF) teams in Mato Grosso do Sul. A descriptive, quantitative research was carried out, using primary and secondary data from Mato Grosso do Sul, in the period from 2016 to 2020. Primary data were collected through a questionnaire with 34 questions, for doctors and nurses of the Health Units with ESF (US /ESF) and who reported cases of leprosy between 2018 to 2020 and to physiotherapists, who treated cases of leprosy in different health services. Eighty two professionals from 27 municipalities participated, 54 nurses, 19 physiotherapists and 9 physicians. Of this total, 60 (73.17%) work in US/ESF and 22 (26.83%) in other services. The 19 physiotherapists participate in the early diagnosis and assistance, fill out the assessment form of the Degree of Physical Disability (GIF) at diagnosis and at discharge and the simplified neurological assessment. In the US/ESF, only 45.00% reported carrying out GIF assessment and shortage of materials: dental floss, esthesiometer, glass tube, Snellen chart, in the other US the GIF is being performed (72.72%) despite the shortage of essential materials, except esthesiometer. Secondary data were collected from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) on the DataSUS website, from new cases, residing in the state, notified between 2016 and 2020, cured and evaluated using Ministry of Health parameters. Among the 1,900 new cases, GIF at diagnosis was 81.89%, GIF2 in 12.85%, not evaluated or ignored, 18.10%, "regular" parameter. In the cure cohorts, GIF was 72.12%, GIF2 in 6.17%, not evaluated or ignored, 27.87%, "poor" parameter. GIF2 at diagnosis was high and at discharge it was compromised by the absence of the minimum necessary evaluation. The GIF2 at patient admission was high, signaling delay in diagnosis. The precariousness of the GIF evaluations demonstrates the fragility of care and compromised action planning at all levels of care. Patients, at diagnosis, present physical disability above the acceptable level and at discharge due to cure, they are underdiagnosed, showing low quality of care. This assistance must comply with established protocols, focused on early diagnosis, treatment, cure, assessment of physical disability at diagnosis, during treatment and at discharge, and rehabilitation for cases with installed physical disability. Our findings indicate the need to strengthen primary care and reference services in physiotherapy, with the availability of fundamental materials in assessments, in addition to theoretical and practical training/capacity building, for physiotherapists, addressing clinical management, physical assessment, sensitivity assessment, prevention and rehabilitation.

Descriptors: Family Health; Leprosy; Modalities of Physiotherapy; Epidemiology

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Número e taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes no Brasil, na região Centro-Oeste e em Mato Grosso do Sul

Figura 2 - Atribuições dos médicos e enfermeiros da Atenção Básica/Saúde da Família no controle da hanseníase

Figura 3- Indicadores operacionais e epidemiológicos da hanseníase: construção, utilidades e parâmetros de avaliação

Figura 4 - Estudos e fragilidades nas ações de controle da hanseníase na Atenção Básica

Figura 5 - Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul

Tabela 1- Distribuição dos casos novos de hanseníase avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico. Mato Grosso do Sul, 2016-2020

Tabela 2 - Distribuição do Grau de Incapacidade Física (GIF) no momento do diagnóstico. Mato Grosso do Sul, 2016-2020

Tabela 3 -Distribuição dos casos novos de hanseníase avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física na cura, nos anos das coortes .Mato Grosso do Sul, 2016-2020

Tabela 4 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados e dos participantes da pesquisa segundo tipo de US. Mato Grosso do Sul, 2018 - 2020

Tabela 5 - Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa

Tabela 6 - Distribuição das categorias profissionais das US/ESF que realizam ações de diagnóstico precoce da hanseníase em Mato Grosso do Sul

Tabela 7 -Distribuição das categorias profissionais das US/ESF que prestam assistência aos casos suspeitos ou confirmados de hanseníase em Mato Grosso do Sul.

Tabela 8 - Distribuição dos procedimentos realizados na rede de assistência (US/ESF e serviços de referência) aos casos suspeitos de hanseníase em Mato Grosso do Sul.

Tabela 9 - Avaliação do GIF segundo local de atuação dos profissionais, materiais disponíveis e acompanhamento das reações hansênicas

Tabela 10 - Rotina dos profissionais sobre preenchimento dos impressos padronizados pelo Programa de Controle da Hanseníase

Tabela 11 - Caracterização dos fisioterapeutas que participaram da pesquisa

Tabela 12 - Capacitações ou treinamento recebido e nível de conhecimento dos fisioterapeutas sobre a hanseníase

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEF	Centro Especializado de Fisioterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIF	Grau de incapacidade física
GIF 0	Grau de Incapacidade física 0
GIF 1	Grau de Incapacidade física 1
GIF 2	Grau de Incapacidade física 2
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paucibacilar
PCH	Programa de controle da hanseníase
PMCH	Plano Municipal de Controle da Hanseníase
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT-U	Poliquimioterapia única
SEF	Serviço Especializado de Fisioterapia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
US	Unidade de Saúde
US/ESF	Unidade de Saúde/Estratégia Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Aspectos clínicos da doença	11
2.2 Epidemiologia da hanseníase	12
<u>2.2.1 No mundo</u>	12
<u>2.2.2 No Brasil</u>	13
<u>2.2.3 Em Mato Grosso do Sul</u>	14
2.3 Vigilância epidemiológica da hanseníase	15
2.4 Controle da doença	17
2.5 Política nacional de controle/eliminação da hanseníase	18
<u>2.5.1 Descentralização para Atenção Básica</u>	18
<u>2.5.2 Avaliação, prevenção de incapacidade física e reabilitação na hanseníase</u>	24
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1 Tipo, local e período da pesquisa	28
4.2 Amostra e critérios de inclusão	29
<u>4.2.1 Dados primários</u>	29
<u>4.2.2 Dados secundários</u>	30
4.3 Organização e análise dos dados	31
4.4 Aspectos éticos	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 Completitude dos registros sobre incapacidade física e o grau de incapacidade física (GIF) entre casos novos no momento do diagnóstico e da alta por cura	32
5.2 Diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, na rotina da assistência a hanseníase pelas US/ESF e serviços de referência	37
5.3 Diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, na rotina da assistência a hanseníase nas US/ESF de Mato Grosso do Sul	40
5.4 Participação do fisioterapeuta das US/ESF e dos serviços de referência na assistência ao paciente com hanseníase em relação aos protocolos de assistência e de registros	49
6 CONCLUSÕES	53

7 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	65
APÊNDICE A- Questionário de pesquisa	65
APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido	69
APÊNDICE C- Parecer consubstanciado do CEP	71

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, transmissível, de investigação obrigatória e notificação compulsória em todo território nacional. Caracteriza-se por evolução lenta, o agente etiológico, bacilo *Mycobacterium leprae*, atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, o que pode ocasionar perdas de sensibilidade e de força, tem capacidade de ocasionar lesões neurais, o que lhe confere um alto poder incapacitante. O dano neural está presente nas fases mais avançadas da doença, podendo ocasionar parestesias e plegias musculares, e conseqüentemente incapacidades físicas e deformidades (BRASIL, 2017a).

O diagnóstico da hanseníase é clínico e epidemiológico, realizado através de um exame geral e dermatoneurológico, examinando pele e nervos, visando identificar lesões sensitivas e/ou motoras (LYON; GROSSI, 2013).

A avaliação do grau de incapacidade física (GIF) é de fundamental importância para o acompanhamento da evolução da doença durante seu tratamento. O GIF é um indicador epidemiológico que sinaliza a precocidade do diagnóstico, a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e o sucesso das atividades para interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2016).

Considerando que o principal problema decorrente da hanseníase são as incapacidades físicas e deficiências que causam prejuízo físico, grande impacto social e psicológico, medidas que possam minimizar a ocorrência de tais eventos são necessárias e de grande relevância.

Conhecer a rotina de atendimento desde o diagnóstico até a alta do paciente pode fornecer evidências acerca da integralidade da assistência a esta clientela.

Este estudo então, busca responder as seguintes questões: qual é o cenário estadual em relação as incapacidades físicas causadas pela hanseníase e como se dá a assistência das equipes da ESF no Mato Grosso do Sul?

Deste modo, a investigação sobre esta problemática, tem grande relevância para o conhecimento do cenário estadual em relação às incapacidades físicas causadas pela hanseníase, bem como aprofundar os conhecimentos no que diz respeito a realidade local e rotinas dos municípios em relação a avaliação e prevenção das incapacidades pelas ESF, contribuindo assim, para a proposição de estratégias e organização de práticas de atenção a hanseníase, proporcionando à gestão subsídios para as políticas de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos clínicos da doença

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, descrito por Armauer Hansen (1841-1912), em Bergen, na Noruega, em 1873 (SAMPAIO; RIVITTI, 2007). O bacilo tem predileção pelo sistema nervoso periférico, provocando o rompimento entre a lâmina basal e a célula de Schwann, causando alterações fisiológicas e neuronais, às vezes irreversíveis (CHACHA *et al.*, 2009).

A transmissão do bacilo ocorre predominantemente pelo contato direto com aerossóis, eliminados através das vias aéreas superiores, de uma pessoa doente, não tratada, contagiando pessoas susceptíveis (BRASIL, 2002; ARAUJO *et al.*, 2016).

Manifesta-se por alterações dermatoneurológicas, com comprometimento frequente do conjunto da pele e de nervos periféricos, desde o início da enfermidade. As lesões da pele geralmente são acompanhadas por distúrbios de sensibilidade local, ou por vezes, apenas uma anestesia regional, com acometimento da sensibilidade térmica, seguida de redução até perda da sensibilidade dolorosa e tátil. Entretanto, há casos, em que domina o componente neurítico, que geralmente ocorre de forma insidiosa e sem sintomatologia, explicando o atraso no seu diagnóstico. Nos estádios avançados, associam-se lesões nervosas, lesões mucosas, das vísceras e de outros órgãos (BRASIL, 1960; ARAÚJO *et al.*, 2014).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado através de exame clínico geral e dermatoneurológico do paciente, examinando pele e nervos periféricos, visando identificar áreas com alterações de sensibilidade e/ou alterações motoras. As principais manifestações clínicas da doença são aquelas relacionadas ao comprometimento neurológico periférico, o exame dermatológico deve ser realizado em toda superfície da pele, que deve ser examinada com iluminação adequada, independente da queixa da pessoa, no exame neurológico deve-se observar a presença de dor e/ou espessamento de nervos periféricos, diminuição e/ou perda de sensibilidade e diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos periféricos (LYON; GROSSI, 2013).

Exames laboratoriais também auxiliam o diagnóstico, através da baciloscopia, onde pode se observar o *M. leprae* diretamente nos esfregaços de raspados

intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais, como os lóbulos auriculares e/ou cotovelos (BATISTA *et al.*, 2011), tendo o resultado da baciloscopia positivo, o doente é classificado como multibacilar, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase, nem o classifica como paucibacilar (BRASIL, 2016).

Após o diagnóstico clínico e/ou laboratorial, os casos devem ser classificados para fins de tratamento como paucibacilar (PB), para casos com até 5 lesões cutâneas e baciloscopia negativa, ou multibacilar (MB) para casos com mais de 5 lesões cutâneas e/ou baciloscopia positiva, ou que apresentem mais de um nervo periférico comprometido, desde que devidamente documentado pela perda ou diminuição de sensibilidade nos seus respectivos territórios (BRASIL, 2016).

Todo caso confirmado de hanseníase deve ser tratado com poliquimioterapia única (PQT-U), composta pelos medicamentos rifampicina, clofazimona e dapsona. Até recentemente a poliquimioterapia (PQT) era apresentada em 2 tipos de esquemas terapêuticos diferentes, utilizando as três drogas em doze meses para tratar casos MB e apenas rifampicina e dapsona por 6 meses para casos PB. A partir de 2021, foi adotado oficialmente no Brasil, o esquema PQT-U, preconizado pela OMS, para o tratamento de todos os casos de hanseníase independente da classificação operacional, sendo 6 meses para os PB e 12 meses para os MB (BRASIL, 2021a).

A hanseníase tem tratamento e cura, porém se diagnosticada tardiamente o comprometimento neurológico evolui causando incapacidades físicas, que podem ser classificadas em graus que variam de 0 a 2, sendo 0, quando as funções sensitiva e motora se encontram preservadas, 1 quando há alteração na sensibilidade e/ou força muscular e 2 quando há presença de paralisia e/ou deformidades visíveis, compondo indicadores epidemiológicos utilizados para o monitoramento da doença (BRASIL, 2017a).

2.2 Epidemiologia da hanseníase

2.2.1 No mundo

A hanseníase é considerada uma doença tropical negligenciada, que ainda ocorre em mais de 120 países, com mais de 200.000 novos casos notificados anualmente, cujos registros em 2018, segundo dados reportados pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) foram 208.619 casos novos da doença. Desses, 30.957 ocorreram na região das Américas e 92,6% do total das Américas, foram notificados no Brasil (BRASIL, 2020a). Em 2019 houve uma queda neste número para 202.185 casos novos no mundo (BRASIL, 2021b). O Brasil é classificado como país de alta carga para hanseníase, ocupando o segundo lugar com maior número de casos no mundo, atrás apenas da Índia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A doença atinge homens e mulheres, de todas as idades, raça/cor. No Brasil, nos últimos anos (2016 a 2020) o predomínio de casos novos de hanseníase ocorreu entre o sexo masculino (55,5%), e maioria dos casos ocorreu nas faixas etárias entre 50 e 59 anos, totalizando 29.587 casos novos no período. E dentre estes, os que declararam sua raça/cor, observou-se maior frequência entre os pardos (58,9%), seguido dos brancos (24,1%) (BRASIL, 2022a). Peres *et al.* (2021), observou em seu estudo que, em 2018, no Brasil, o sexo masculino foi o mais acometido pela doença, podendo ser manifestada em todas as faixas etárias, com predomínio em negros, em indivíduos de baixa renda e de baixo grau de escolaridade ou analfabetos.

Em relação ao número de casos em menores de 15 anos, no mundo, em 2019 foram detectados 14.981 casos novos, correspondendo a 7,4% dos casos notificados no ano. Estes números mostram uma tendência decrescente, de 20.648 em 2010 para 27% a menos em 2019. Neste mesmo ano foram diagnosticados 10.813 casos com deformidades visíveis (GIF 2), indicativo de diagnóstico tardio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

2.2.2 No Brasil

A hanseníase ainda é considerada um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, como o Brasil (OLIART-GUZMAN *et al.*, 2011).

No Brasil entre os anos de 2015 a 2019, foram diagnosticados 137.385 casos de hanseníase representando uma média anual de 27.477 casos novos. Em 2019 foram 27.864 casos novos diagnosticados (BRASIL, 2021b), houve uma queda de 2,7% em relação a 2018 quando foram notificados 28.660 casos novos (BRASIL, 2020a).

Dos casos notificados em 2018, 5,9% (1.705) ocorreram em menores de 15 anos, 86,5 % (24.780) foram avaliados quanto a incapacidade física no diagnóstico e destes 8,5% (2.109) apresentavam GIF2 (BRASIL, 2020a). Em 2019 do total de casos

novos diagnosticados, 5,5% (1.545), eram menores de 15 anos, 85,6 % (23.843) tiveram GIF avaliado no diagnóstico e destes 9,9% (2.351) apresentaram GIF2 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, a pandemia de covid-19 influenciou no diagnóstico e no acompanhamento dos casos de hanseníase reduzindo a notificação de casos em aproximadamente 50%, quando comparado as médias anuais passadas, sendo que em 2020 foram diagnosticados 17.979 casos novos. Neste universo, os percentuais de incapacidades físicas e a proporção com GIF 2 representaram 10 % (BRASIL, 2022a), nível alto ($\geq 10\%$), de acordo com os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

2.2.3 Em Mato Grosso do Sul

Entre 2014 a 2018 Mato Grosso do Sul diagnosticou 2.921 casos novos de hanseníase, representando uma média anual de 584 casos novos (BRASIL, 2020a). Em 2019 foram diagnosticados 493 casos novos, declinando para 265 em 2020, redução de aproximadamente 46%, reflexo das alterações na rotina de diagnóstico e acompanhamento devido a pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2022a). Em contrapartida, em 2019, houve um incremento de pelo menos 5% na proporção de casos novos com GIF2 no diagnóstico, atingindo 15,9% em 2020, apresentando nível “alto” segundo os parâmetros estabelecidos (BRASIL, 2016).

Em relação ao número de casos em menores de 15 anos, Mato Grosso do Sul registrou 9 casos em 2018, 18 casos em 2019 e 5 casos em 2020 (BRASIL, 2022a).

Ao comparar os períodos de 2010 a 2015 e 2016 a 2021 (Figura 1), observa-se um número pelo menos duas vezes maior na detecção de casos novos no primeiro período, fato provavelmente relacionado aos treinamentos em serviço, resultando em melhoria do exame de contato, da atenção ao doente e no incremento das notificações (MARQUES *et al.*, 2013). Estudo semelhante realizado em Palmas, Tocantins, no período de 2002 a 2016, demonstrou que após a implementação de um projeto de intervenção, incluindo treinamento de ações de diagnóstico e de controle da hanseníase, houve um aumento significativo na detecção de casos novos, demonstrando que a prevalência da doença superou em quatro vezes a incidência encontrada anteriormente (MONTEIRO *et al.*, 2018).

Da mesma forma podemos observar uma alta taxa de detecção de casos novos em Mato Grosso do Sul no ano de 2019, aumento atribuído as ações de controle com treinamentos e capacitações aos profissionais, campanhas educativas, além da realização do projeto “Roda-Hans: Carreta da Saúde Hanseníase”, que percorreu vários municípios no estado. Este projeto tinha como foco a capacitação profissional através da busca ativa de casos novos, manejo clínico da doença, atividades de educação em saúde e comunicação em hanseníase, refletindo no incremento das notificações (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Figura 1- Número e taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes no Brasil, na região Centro-Oeste e em Mato Grosso do Sul.

ano	N/tx	BRASIL	CENTRO-OESTE	MATO GROSSO DO SUL
2010	N	34.894	5.802	652
	tx	18,22	41,29	26,62
2011	N	33.955	5.754	737
	tx	17,65	40,4	29,75
2012	N	33.303	5.775	876
	tx	17,17	40,04	34,97
2013	N	31.044	5.786	753
	tx	15,44	38,59	29,1
2014	N	31.064	5.878	1.063
	tx	15,32	38,62	40,58
2015	N	28.761	5.667	711
	tx	14,07	44,3	26,82
média	N	32.170	5.777	799
média	tx	16,31	40,54	31,24

ano	N/tx	BRASIL	CENTRO-OESTE	MATO GROSSO DO SUL
2016	N	25.218	4.701	408
	tx	12,23	30,02	15,21
2017	N	26.875	5.373	387
	tx	12,94	33,84	14,26
2018	N	28.660	6.642	352
	tx	13,7	41,29	12,83
2019	N	27.864	6.506	493
	tx	13,23	39,93	17,78
2020	N	17.979	3.934	265
	tx	8,49	23,84	9,43
2021	N	18.318	3.426	264
	tx	8,59	20,5	9,3
média	N	24.152	5.097	362
média	tx	11,53	31,57	13,135

Fonte: Boletim Epidemiológico da Hanseníase de 2022 e 2023.

2.3 Vigilância epidemiológica da hanseníase

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Representa, portanto, um importante instrumento para planejar, organizar e operacionalizar os serviços de saúde, como também para normatizar as atividades técnicas correlatas (BRASIL, 2009).

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

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Todos os casos diagnosticados, devem ser notificados na ficha de Notificação/Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2016).

A partir da década de 1990 o Sinan passou a ser o sistema oficial do Ministério da Saúde para registro das doenças de notificação compulsória. Este sistema de informação foi desenvolvido com o objetivo de coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade, contribuindo para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRITO,1993). É um sistema fundamental para a epidemiologia, e que está sempre em desenvolvimento, constantemente versões são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, pois é de grande importância para a Vigilância Epidemiológica (ARAUJO; SILVA, 2015).

A descoberta de um caso de hanseníase é feita por meio de detecção ativa (investigação de contatos e exame de coletividades) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento). Caso novo é a pessoa que recebeu o diagnóstico e nunca recebeu qualquer tratamento específico para a doença (BRASIL, 2016).

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresente um ou mais dos seguintes sinais: a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou b) comprometimento do nervo periférico, geralmente espessamento, associado a alterações autonômicas e/ou sensitivas e/ou motoras; ou c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico e/ou na biópsia de pele, a saber que, a baciloscopia negativa não descarta o diagnóstico de hanseníase. Todo caso de hanseníase confirmado clinicamente ou por vínculo epidemiológico necessita de tratamento com poliquimioterapia única (PQT-U). Por ser uma doença infecciosa crônica, os casos diagnosticados devem ser acompanhados pela unidade de saúde, que deve preencher o Boletim de Acompanhamento de casos no Sinan (BRASIL, 2022b).

A Ficha de Notificação/Investigação e o Boletim de Acompanhamento são essenciais para a análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais. Os indicadores epidemiológicos medem a magnitude ou transcendência do problema de saúde, bem como sua distribuição nos coletivos humanos, já os indicadores operacionais mensuram as ações, tanto em função de qualidade quanto de quantidade, possibilitando avaliar em que medida uma intervenção é capaz de

contribuir para o sucesso de um dado programa (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Entre os principais indicadores epidemiológicos utilizados estão: a) proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados, avalia a efetividade das atividades para detecção precoce de casos; b) número de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico. Entre os indicadores operacionais estão: a) proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, mede a qualidade do atendimento nos serviços de saúde; b) proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado na cura, nos anos das cortes, mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

2.4 Controle da doença

As ações da Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a melhor estratégia para o controle da hanseníase, por facilitar a divulgação dos sinais e sintomas para a comunidade, o acesso ao diagnóstico oportuno e o tratamento até a cura, prevenindo as incapacidades reduzindo a exclusão social e o estigma relacionados à doença, além do desenvolvimento das ações de vigilância dos contatos domiciliares e sociais (BRASIL, 2016).

Por não existir uma proteção específica para a hanseníase, ações para prevenção, proteção e educação em saúde devem ser desenvolvidas para redução da carga da doença. Medidas de promoção à saúde, visando reduzir as situações de vulnerabilidade, como os fatores de risco relacionados à pobreza e acesso a melhor qualidade de vida, são imprescindíveis (BRASIL, 2012a). Embora não seja específica para hanseníase, a vacina BCG deve ser aplicada nos contatos examinados, que não apresentem sinais e sintomas da doença no momento da investigação (BRASIL, 2016). Desse modo, a melhor estratégia de controle é o início imediato do tratamento, com a realização de atividades de educação em saúde para a população e a busca ativa de casos, ações essenciais para novos diagnósticos e que devem ser periodicamente realizadas, principalmente em áreas endêmicas (BRASIL, 2022c).

Considerando a limitação pela ausência de testes de alta especificidade e sensibilidade para detectar o risco de adoecimento, o rastreamento de casos suspeitos e contatos de casos notificados é aparentemente de fácil execução e baixo custo (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Quando as limitações e incapacidades já estão presentes, busca-se as medidas de prevenção terciária para recuperar o dano funcional e social causados pela doença, reabilitando o paciente para a vida plena (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Para o enfrentamento desta condição crônica, com elevado potencial de gerar incapacidades físicas e impactos negativos a saúde mental, nas relações psicossociais atribuídas ao estigma e preconceito associados a doença (SANTOS *et al.*, 2022) o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) define algumas estratégias para o país. Um dos pilares desta estratégia diz respeito a potencialização das ações de prevenção primária, secundária (diagnóstico precoce e tratamento oportuno) e terciária (reabilitação física, psicológica e social) (BRASIL, 2020b).

2.5 Política nacional de controle/eliminação da hanseníase

2.5.1 Descentralização para Atenção Básica

Em 1991, após a adoção do uso da poliquimioterapia para o tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como meta a eliminação da hanseníase, que deixaria de ser um problema de saúde pública até o ano 2000, para que a prevalência passasse a ser menor ou igual a 1 caso para cada 10 mil habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A eliminação da hanseníase em 2005 foi alcançada em todos os países, exceto nove: Angola, Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal, República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Tanzânia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). O Brasil não alcançou a meta mundial e o prazo foi estendido até o ano de 2010, porém apesar dos esforços de todas as esferas do governo brasileiro, o objetivo não foi alcançado e o prazo passou a ser até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

As metas de eliminação são mais viáveis quanto maior a capilaridade da atenção primária à saúde (APS) e quanto melhor a qualidade do serviço. A capacidade

de diagnosticar os casos de hanseníase está diretamente relacionada ao acesso aos serviços de saúde e ao aumento da oferta das ações integradas à rede básica de saúde (PENNA *et al.*, 2008).

Para atingir a meta, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) essencial para a descentralização da assistência à saúde, assumindo a eliminação da hanseníase como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2001).

Devido a magnitude da hanseníase no Brasil, o PNCH preconizou que as ações de controle da doença fossem descentralizadas para a APS e coordenada pela Estratégia de Saúde da Família, facilitando o acesso a população (SAVASSI; MODENA, 2015). Deste modo, a atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a necessidade de cada caso. Cabe a Atenção Básica, a vigilância epidemiológica da doença por meio da investigação de contatos intradomiciliares, realizar a busca ativa de casos novos e promover ações de saúde a população. Considerando o grande poder incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência, cabendo a Atenção Básica a coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

A Atenção Básica, caracterizada como porta de entrada do SUS, constituída de equipe multidisciplinar, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção. É um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Estas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Como fruto da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica foi elaborado o Cadernos de Atenção Básica - Manual de Vigilância em Saúde n. 21, tópico Hanseníase, 2008, que reflete os preceitos do Pacto pela Saúde, ou seja, o fortalecimento da Atenção Básica e da capacidade de resposta às doenças emergentes e às endemias, reforçando o compromisso inerente as ações que impactam a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2008).

As atribuições inerentes a todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem, cirurgião Dentista, técnico e auxiliar, Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemias) consta: identificar sinais e sintomas da doença e encaminhar os casos suspeitos para a US, ampliando ao médico e enfermeiro as atividades elencadas na Figura 2. Ou seja, realizar avaliação dermatoneurológica dos suspeitos, avaliar e registrar o grau de incapacidade física dos casos novos, realizar atividades burocráticas e de educação permanente dos membros da equipe e ações educativas e de mobilização social relacionadas a doença e combate ao estigma, (BRASIL, 2008).

Figura 2 - Atribuições dos médicos e enfermeiros da Atenção Básica/Saúde da Família no controle da hanseníase

MÉDICOS/ENFERMEIROS	MÉDICOS	ENFERMEIROS
<ul style="list-style-type: none"> Identificar sinais e sintomas da hanseníase e avaliar os casos suspeitos encaminhados para a unidade de saúde; Avaliar e registrar o grau de incapacidade física em prontuários e formulários, no diagnóstico e acompanhamento; Preencher completamente, de forma legível, a ficha individual de notificação para os casos confirmados de hanseníase; Orientar o paciente e a família para a realização de auto-cuidados e prescrever e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas; Realizar exame dermatoneurológico em todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, orientá-los sobre a hanseníase e importância do auto-exame; registrar em prontuários e fichas/boletins de acompanhamento e encaminhar para a vacinação com o BCG os contatos sem sinais da doença; Avaliar e registrar grau de incapacidade no momento da alta por cura aos casos de hanseníase conforme preconizado; Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc.), relativas ao controle da hanseníase e combate ao estigma; Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação e boletins de acompanhamento, conforme estratégia local; Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à hanseníase da área de abrangência da unidade de saúde, nos devidos formulários; Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente com a equipe de saúde; Realizar assistência domiciliar, quando necessário; Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento; Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/ farmacovigilância e prevenção de incapacidades; 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar avaliação dermatoneurológica dos casos suspeitos; Diagnosticar precocemente as pessoas com hanseníase; Solicitar exames complementares, quando necessário, orientando acerca de sua indicação e realização, especialmente o raspado dérmico para baciloscopia; Realizar tratamento imediato e adequado, de acordo com esquemas terapêuticos preconizados pelo Ministério da Saúde (PQT/OMS); Encaminhar para unidade de referência os casos pertinentes, através de ficha de referência e contra-referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento da família; Registrar, em prontuários do usuário e fichas próprias, o exame dermatoneurológico, bem como evoluções, avaliações de grau de incapacidade, administração de dose supervisionada e alta; Preencher e analisar mensalmente o Boletim de Acompanhamento de Casos de Hanseníase, referente à sua área de abrangência, objetivando a atualização dos dados e o planejamento e execução das intervenções necessárias para aprimorar a vigilância; 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; Realizar ou demandar a realização de curativos aos auxiliares sob sua orientação e supervisão; Observar a tomada da dose supervisionada e orientar acerca de efeitos adversos dos medicamentos; Realizar a programação e pedidos de medicamentos e controlar o estoque em formulário específico e encaminhá-lo ao nível pertinente;

Fonte: Adaptado do Cadernos de Atenção Básica n. 21:Vigilância em Saúde: Hanseníase, 2008, p.97

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, tendo a equipe de saúde da família (eSF) a responsabilidade da atenção à saúde através da reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2017b).

A hanseníase consta na lista nacional de doenças de notificação compulsória, de acordo a Lei n.º 6.259, de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Sua regulamentação ocorreu por meio do Decreto n.º 78.231, que apreciou a listagem dos agravos de notificação compulsória, e todos os casos diagnosticados devem ser cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (ROCHA; PINHEIRO, 2020), o que permite acesso as informações nos diferentes níveis de gestão (BRASIL, 2001).

O serviço para assistência a pessoas com hanseníase é orientado através do Manual Técnico-Operacional, publicado em 2016, que visa orientar questões de organização do serviço em todas as instâncias e nos diferentes níveis de complexidades, de acordo com os princípios do SUS. Para avaliação dos serviços, estão padronizados alguns indicadores (BRASIL, 2016) apresentados na Figura 3.

Todos os documentos com abordagens diferenciadas convergem ao mesmo objetivo, que visa orientar sobre as estratégias para evitar e/ou minimizar as incapacidades (SANTOS; IGNOTTI, 2020).

Entretanto, apesar das recomendações e normativas para a eliminação da hanseníase, observa-se na prática e entre alguns estudos (Figura 4), que ainda há dificuldades na execução das ações de controle da doença na Atenção Básica, favorecendo a disseminação da doença e presença de incapacidades físicas (LANZA; LANA, 2011; SOUZA; SILVA; XAVIER, 2017; GIRÃO NETA *et al.*, 2017; OMENA, 2021; SOUZA; SOUZA; TURCHI, 2021; LIMA *et al.*, 2021; SANTANA *et al.*, 2022).

No estudo de Lima *et al.* (2021) constataram que a busca pelo diagnóstico se configura como uma grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde, resultando no diagnóstico tardio e presença de deformidades visíveis e que as unidades de saúde não possuem um fluxo nem protocolos para tratamento integral, sendo que essas pessoas são encaminhadas para unidade de referência em outras UF para a realização da baciloscopia.

As ações de controle da hanseníase necessitam de reformulações que considerem as atividades operacionais, indicadores epidemiológicos e os fatores de risco, em concordância com as reais necessidades de cada região (LIMA *et al.* 2021).

Figura 3: Indicadores operacionais e epidemiológicos da hanseníase: construção, utilidades e parâmetros de avaliação

INDICADORES	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico	Numerador: nº de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação. Denominador: total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação. Fator de multiplicação: 100.	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom 90% Regular 75 a 89,9% Precário < 75%
Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico	Numerador: nº. de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação. Denominador: total de casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação. Fator de multiplicação: 100. *Este indicador é utilizado somente quando o indicador "Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico" for $\geq 75\%$.	Avaliar a efetividade das atividades para detecção precoce de casos	Alto $\geq 10,0\%$ Médio 5,0 a 9,9% Baixo $\leq 5,0\%$
Número de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico	Numerador: nº. de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e diagnosticado no ano de avaliação. Denominador: total de casos novos em menores de 15 anos com grau de incapacidade física avaliado, residentes em determinado local e diagnosticado no ano de avaliação. Fator de multiplicação: 100.	Indica a qualidade da detecção de casos e dos serviços de atenção à hanseníase	Não especifica parâmetro
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado na cura, nos anos das coortes	Numerador: nº de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticado nos anos das coortes (PB diagnosticado no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticado dois anos antes ao ano de avaliação) e curados com grau de incapacidade física avaliado até 31/12 do ano de avaliação. Denominador: nº total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticado nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano de avaliação. Fator de multiplicação: 100.	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.	Bom 90,0% Regular 75 a 89,9% Precário < 75,0%

Fonte: Adaptado do Manual técnico-operacional: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, 2016, p.12-16

Figura 4 - Estudos e fragilidades nas ações de controle da hanseníase na Atenção Básica

ANO	ESTADO	AUTOR	FRAGILIDADES NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENIASE
2011	Minas Gerais	Lanza e Lana	A alta rotatividade de profissionais nas US/ESF e no serviço de referência, dificulta as ações de controle da doença nos municípios da região.
2017	Pará	Souza, Silva e Xavier	Observaram que o município estudado possui uma estrutura classificada entre insatisfatória e regular, demonstrando várias fragilidades no programa avaliado (estruturais e de capacitação profissional), para o atendimento em hanseníase, na AB.
2017	Ceará	Girão Neta <i>et al.</i>	Observaram que no município de estudo a atenção à hanseníase ainda é de forma centralizada, sem a participação efetiva da equipe de Saúde da Família.
2021	Alagoas	Omena	Observou que os profissionais não possuem domínio para realizar ANS e avaliação de GIF; o que os mesmos não dispõem de recursos materiais suficientes para a realização de um trabalho mais preciso.
2021	Goiás	Souza, Souza e Turchi	Observaram a dificuldade da Atenção Básica no fechamento de diagnóstico dos casos suspeitos, indicando a necessidade de reforçar as estratégias de educação em saúde para os profissionais da AB.
2021	Maranhão	Lima <i>et al.</i>	Observaram a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e que as unidades de Atenção Primária à saúde não possuem fluxo, nem protocolos para atendimento integral do paciente.
2022	Paraíba	Santana <i>et al.</i>	Observaram que apenas metade dos profissionais conhecia o formulário de ANS e dentre estes, o nível de conhecimento sobre avaliação do GIF era baixo; observaram também que a crença ou sentimento de incapacidade para realizar a avaliação representava uma barreira.

Uma maior cobertura pelas equipes com Estratégia Saúde da Família (ESF) esteja intimamente relacionada à redução dos focos de contágio da hanseníase, contribuindo na prevenção de incapacidades físicas e promovendo adesão ao tratamento (MAGALHAES; ROJAS, 2007; LANZA, 2014), ainda há muito a ser feito para fortalecer as ações de controle da hanseníase na Atenção Básica.

2.5.2 Avaliação, prevenção de incapacidade física e reabilitação na hanseníase

No Brasil, o primeiro documento publicado oficialmente, sobre as ações relacionadas à prevenção das incapacidades físicas em paciente com hanseníase, foi o Decreto-lei nº 968, de 07 de maio de 1962, que orientava sobre a prevenção das deformidades pelos métodos não cirúrgicos e correção cirúrgica das deformidades (BRASIL, 1962).

Em 1977, o Ministério da Saúde, divulgou o primeiro “Manual de Prevenção e Tratamento das Incapacidades Físicas, Mediante Técnicas Simples” (BRASIL, 1977).

Em 1984 foi publicado o 2º Manual de Prevenção de Incapacidades, e após 13 anos foi publicado o 3º (1997), e logo após 3 anos o 4º Manual (2001) e o 5º em 2008, após 6 anos do anterior. A partir daí as orientações passaram a ser realizadas por meio de portarias (SANTOS; IGNOTTI, 2020).

Segundo Eidt (2004), a hanseníase tem tratamento e cura, contudo, se diagnosticada tardiamente, o paciente pode apresentar deformidades instaladas, levando a sequelas permanentes. Razão pela qual o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são medidas de prevenção das incapacidades físicas.

Todos os sujeitos com hanseníase devem passar, por pelo menos três vezes ao ano, por avaliação neurológica a fim de detectar neurites silenciosas ou de perdas funcionais por dano neural (DUERKSEN; VIRMOND, 1997).

O reconhecimento do grau de incapacidade física (GIF) é feito através do teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés. Esta avaliação tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 (zero) a II (dois) (BRASIL, 2001).

Atenção especial deve ser direcionada à prevenção e reabilitação de incapacidades físicas, aos eventos adversos do tratamento medicamentoso, aos pacientes que apresentam reações hansênicas e àqueles diagnosticados tardiamente, que sofrem com a neuropatia instalada, muitas vezes irreversível, ações para promoção do autocuidado, fisioterapia e cirurgia (preventiva e reabilitadora), tratamento de úlceras, acesso à órteses, próteses. Meios auxiliares de locomoção, devem estar disponíveis de acordo com a complexidade do nível de assistência à saúde, garantindo a integralidade do cuidado à pessoa acometida pela hanseníase (BRASIL, 2022c), o que demanda uma rede de atenção fortalecida em todos os níveis de complexidade.

Estudos realizados demonstram que apesar da importância da avaliação e conhecimento sobre a evolução do GIF, nem todos os pacientes notificados com hanseníase foram avaliados no momento do diagnóstico, durante o tratamento e/ou na alta. Alves, Ferreira e Ferreira (2014) estudando casos novos diagnosticados com hanseníase em 2010, observaram que apesar de o percentual de não avaliados no momento da alta ser muito significativo (o que dificulta a expressão real do total de pacientes com incapacidade), ainda assim permite identificar que a hanseníase é responsável por provocar incapacidade física em um número considerável de pessoas.

Rosa *et al.* (2016), constataram em seu estudo que 87,79% dos casos novos de hanseníase foram avaliados no momento do diagnóstico, 67,02% foram avaliados na alta por cura e que a completude dos dados sobre GIF no momento da alta e sua evolução clínica epidemiológica foram inferiores aos parâmetros estabelecidos.

Laurindo *et al.* (2018) apontaram que 82,6% dos casos de hanseníase tiveram diagnóstico tardio, 17,4% tiveram GIF 2 no diagnóstico e elevado percentual de casos com informação no momento da alta, ignorada.

A avaliação neurológica frequente contribui para o diagnóstico precoce do acometimento dos troncos nervosos periféricos, servindo também para monitorar a evolução do quadro neurológico, auxiliando tanto no tratamento medicamentoso quanto no fisioterápico (MOSCHIONI *et al.*, 2010). Além disso a avaliação do GIF se constitui em indicador epidemiológico que permite uma estimativa indireta da efetividade das ações de detecção precoce da doença (OLIVEIRA, *et al.*, 2013).

Rodrigues *et al.* (2015) identificaram entre os profissionais da AB que os mesmos deixaram de executar algumas atividades estabelecidas pelo PNCH. Estes profissionais desenvolvem ações relacionadas ao diagnóstico e tratamento, identificação precoce dos casos, avaliação dos contatos e a supervisão da dose mensal da poliquimioterapia, mas deixaram de realizar a inspeção de lesões, de realizar registros completos nas fichas de notificação, e principalmente de avaliar e anotar o GIF nos formulários.

Expressar a realidade da doença e da qualidade da assistência ofertada a essa clientela pode ser medida, de forma indireta, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), visto que este sistema se encontra disponível em todos os municípios e estados, permitindo contínua consolidação dos dados,

avaliação e monitoramento das ações relacionadas ao controle da doença no país, estados e municípios (BRASIL, 2016).

Portanto, o preenchimento correto de todos os impressos padronizados passa a ser de fundamental importância, e sua ausência inviabiliza avaliações epidemiológicas e operacionais mais consistentes, que poderão subsidiar intervenções e embasar o planejamento de novas ações.

A atenção integral à hanseníase compreende ações programáticas de atenção as seguintes demandas: atender quem busca de forma espontânea os serviços de saúde; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário, coordenar o acesso a esta rede. Deste modo a Atenção Básica/Saúde da Família passa a ser o principal local de desenvolvimento dessas ações pelo conhecimento do território. Portanto, a investigação sobre incapacidade física na pessoa com hanseníase, poderá contribuir no conhecimento e na proposição de estratégias de organização de práticas de atenção na ESF, garantindo qualidade e integralidade na assistência além de subsidiar a gestão dos Programas de Saúde Pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a frequência de incapacidade física na pessoa com hanseníase e a assistência das equipes de Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos específicos

a) avaliar a completude dos registros sobre incapacidade física e o grau de incapacidade física em casos novos no momento do diagnóstico e da alta por cura;

b) analisar a rotina das equipes de estratégia saúde da família em relação ao diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, na rotina da assistência dos casos novos de hanseníase;

c) identificar a participação do fisioterapeuta na assistência ao paciente com hanseníase em relação aos protocolos de assistência e registros das informações.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

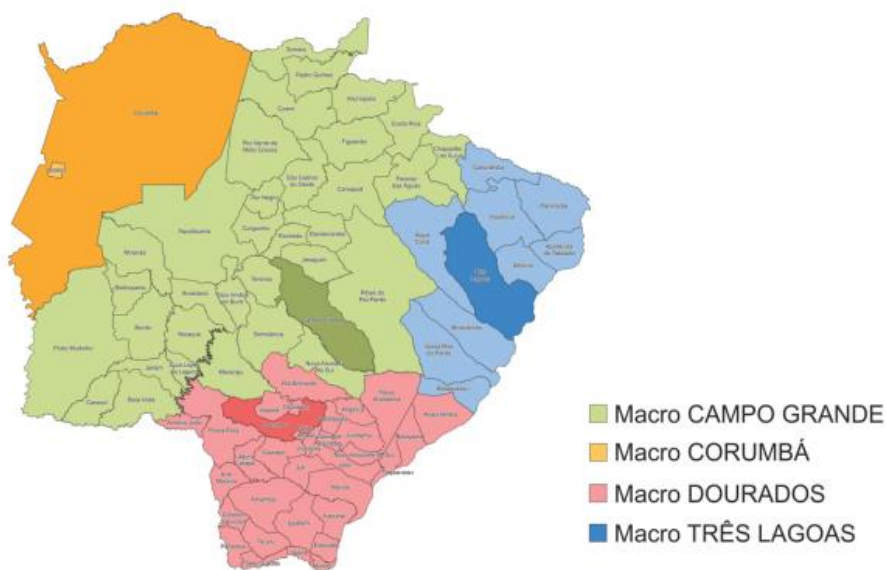
4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, de dados primários e secundários sobre hanseníase, realizada em Mato Grosso do Sul, referente ao período de 2016 a 2020.

Mato Grosso do Sul é o nono estado brasileiro com menor densidade populacional, cuja estimativa para o ano de 2021 era de 2.839.188 habitantes distribuídos entre 79 municípios. Localiza-se na região Centro-Oeste do país, apresenta como divisa, a leste, o estado de São Paulo; a sudoeste, o estado do Paraná; ao norte, o estado de Mato Grosso e Minas Gerais, e ao nordeste, o estado de Goiás. Está localizado na fronteira com dois países: a Bolívia, na parte oeste e o Paraguai, na parte sul e sudoeste, sendo que sete dos 79 municípios estão localizados em região de fronteira direta (cidades-gêmeas) com esses países (IBGE, 2021).

Em Mato Grosso do Sul, a regionalização da saúde acompanhou a política nacional, o que resultou no estabelecimento de 4 Regiões de Saúde (Resolução 04/SES/MS/2013, alterada pela Resolução nº. 90/SES/MS de 11 de novembro de 2014), que foram estabelecidas como base territorial para o planejamento de redes de atenção, considerando distintas densidades tecnológicas e capacidade de oferta de ações e serviços de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

Figura 5 - Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2020.

4.2 Amostra e critérios de inclusão

4.2.1 Dados primários

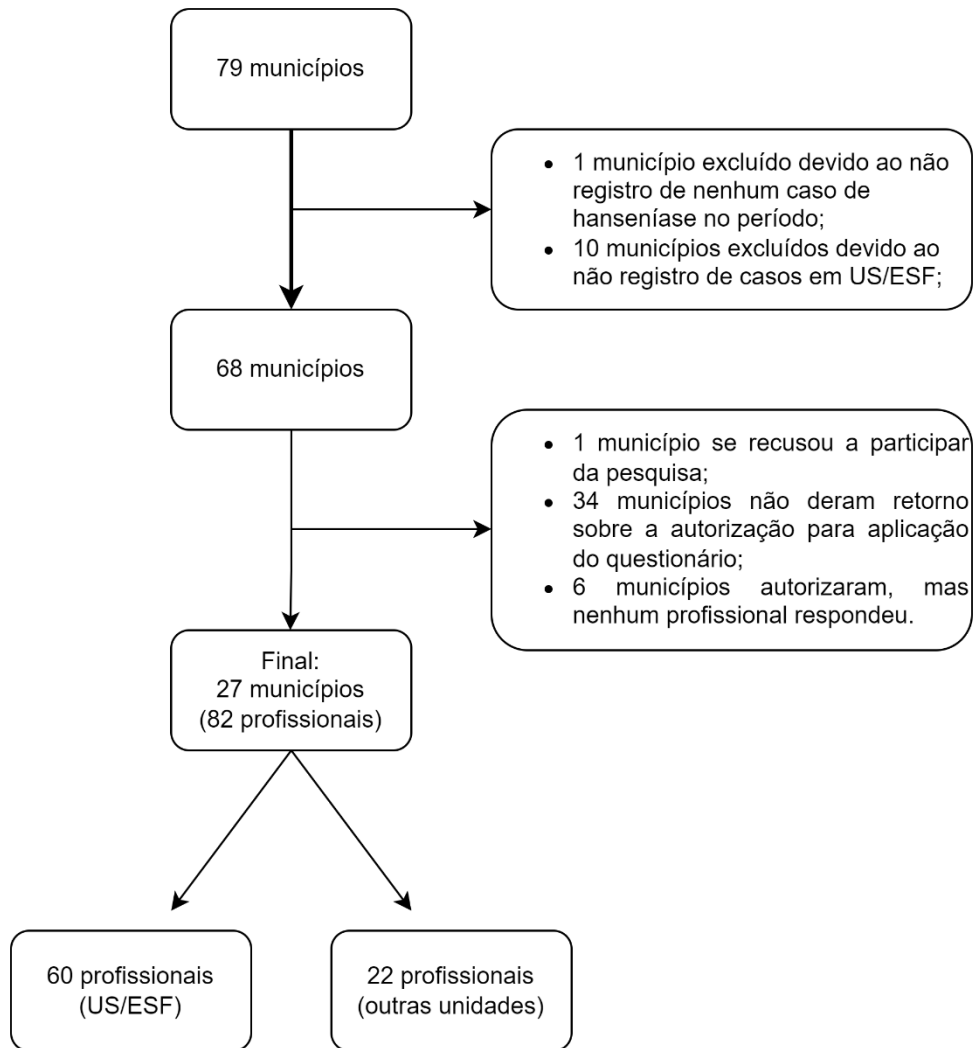
Foi aplicado um questionário estruturado com 34 questões objetivas (APÊNDICE A) para médicos e enfermeiros das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família (US/ESF) que notificaram casos de hanseníase no período de 2018 a 2020 e aos fisioterapeutas que atendem casos de hanseníase nos diferentes serviços de saúde dos respectivos municípios sul-mato-grossense.

Este questionário foi previamente testado com seis profissionais de saúde (1 médico, 2 enfermeiras e 3 fisioterapeutas), que não fizeram parte da amostra. O questionário foi ajustado para melhor visualização e disponibilizado de forma online, via aplicativo WhatsApp e/ou e-mail, pela plataforma Google Forms®.

Os gestores municipais foram comunicados sobre a pesquisa através dos técnicos do Programas Municipais de Controle de Hanseníase (PMCH), além da solicitação de apoio destes para repasse do link de acesso ao questionário por endereço telefônico ou eletrônico. Na não obtenção do contato, coube a coordenação municipal do programa o repasse do link aos profissionais alvos da pesquisa, cuja amostragem ocorreu por conveniência.

Todos os que receberam o link de acesso a pesquisa, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) tiveram acesso as principais informações do projeto e seu objetivo principal. Mediante CONCORDÂNCIA na participação da pesquisa, tiveram acesso ao questionário para responder de forma on-line.

Dentre os 78 municípios com registro da casos de hanseníase nos anos de 2018 a 2020 houve participação de profissionais de 27 municípios; e, dentre as 264 US/ESF que notificaram casos de hanseníase, 60 profissionais responderam ao questionário, além de 22 profissionais de outros serviços de referência para hanseníase, conforme ilustrado no fluxograma abaixo:



4.2.2 Dados secundários

Os dados secundários foram obtidos através de consulta aos microdados do SINAN da hanseníase, junto ao site do DataSUS <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/> em 02 de agosto de 2022. Estes dados foram consolidados por ano (2016 a 2020), em nível estadual, considerando as variáveis forma clínica da doença e grau de incapacidade física, com valores unitários e percentuais.

Os quatro indicadores foram calculados seguindo as instruções contidas no Manual para Tabulação dos Indicadores de Hanseníase (BRASIL, 2018):

1) Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico e de informações não preenchidas/ignoradas;

- 2) Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico e de informações não preenchidas/ignoradas;
- 3) Número de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico e de informações não preenchidas/ignoradas;
- 4) Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado na cura, nos anos das coortes (2016 a 2020) e dos desfechos não preenchidos ou ignorados.

4.3 Organização e análise dos dados

Os dados primários foram analisados de forma exploratória e apresentados em formato de tabelas e analisados com uso de estatística descritiva e analítica.

Os dados secundários foram tabulados no software Microsoft Excel 2010® considerando os parâmetros estabelecidos para cada indicador (BRASIL, 2018), analisados com utilização da estatística descritiva.

4.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado conforme Parecer N. 5.128.501 (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Completitude dos registros sobre incapacidade física e o grau de incapacidade física (GIF) entre casos novos no momento do diagnóstico e da alta por cura

Em Mato Grosso do Sul, entre 2016 a 2020 foram notificados 1.900 casos novos de hanseníase com maior registro em 2019 e menor registro em 2020. Dentre o total notificado, a média de avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico superou 80%, (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos novos de hanseníase avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico. Mato Grosso do Sul, 2016-2020

Variáveis	Ano de diagnóstico					Total
	2016	2017	2018	2019	2020	
N. casos novos de hanseníase	407	386	354	491	262	1.900
N. casos novos com GIF avaliado	319	327	302	398	210	1.556
% casos novos com GIF avaliado	78,38	84,72	85,31	81,06	80,15	81,89

Parâmetro: Bom $\geq 90\%$; Regular $\geq 75\%$ a $89,9\%$; Precário $< 75\%$ (BRASIL, 2016).

A maioria dos casos apresentou GIF 0, no entanto, outros 47,29% apresentaram algum grau de incapacidade física, onde GIF 2 representou 12,85% e maior registro em 2020 (16,67%).

Estes percentuais podem estar sofrendo influência daqueles registros cuja avaliação do GIF deixou de ser realizada, com valores que oscilaram entre 18,91% a 12,99% onde a média foi 15,26%, além do registro ignorado ou campo deixado em branco no Sinan, que teve maior registro em 2020 (5,72%), (Tabela 2).

No grupo de menores de 14 anos o GIF 2 foi diagnosticado exclusivamente entre casos notificados no ano de 2019, representando 9,09%.

Tabela 2 - Distribuição do Grau de Incapacidade Física (GIF) no momento do diagnóstico. Mato Grosso do Sul, 2016-2020

GIF	Ano										Total	
	2016		2017		2018		2019		2020		n	%
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
GIF 0	177	55,48	166	50,76	178	58,94	197	49,49	102	48,57	820	52,69
GIF 1	96	30,09	130	39,75	94	31,12	143	35,92	73	34,76	536	34,44
GIF 2	46	14,42	31	9,48	30	9,93	58	14,57	35	16,67	200	12,85
Não Avaliado	77	18,91	55	14,24	46	12,99	75	15,27	37	14,12	290	15,26
Ign/em branco	11	2,70	4	1,03	6	1,69	18	3,66	15	5,72	54	2,84

Parâmetro: GIF 0: funções sensitivas e motoras preservadas; GIF 1: alterações na sensibilidade e/ou força muscular; GIF 2: presença de deformidades visíveis (BRASIL, 2016).

A pandemia de Covid-19 criou dificuldades no atendimento e tratamento do paciente com hanseníase nas unidades da atenção primária em saúde. Os serviços passaram a contemplar além das atividades base, os pacientes acometidos por Covid-19 e suas complicações, gerando atrasos em agendamentos, remarcações de consultas, prorrogações de tratamento, dificuldades na avaliação de contatos e na busca de novos casos, gerando um impacto negativo no programa e no sistema de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2022).

Na população brasileira houve uma redução significativa na detecção de casos de hanseníase, cujos-registros mostravam entre 2015 a 2019 a notificação de 27.430 casos novos/ano, passando para 11.357 em 2020, com redução mais significativa entre crianças menores de 15 anos (PAZ *et al.*, 2022). Cenário atribuído principalmente ao distanciamento físico e social, adiamento da busca de casos e das campanhas de tratamento em massa das doenças negligenciadas, gerando grande impacto nas estratégias de controle e um cenário preocupante quanto à evolução da hanseníase no país após a pandemia (PAZ *et al.*, 2022).

Em nosso estudo, a avaliação do GIF no momento do diagnóstico foi considerada regular, não alcançando 90% ou mais (bom) em nenhum ano da série histórica, segundo parâmetros estabelecidos (BRASIL, 2016).

Tanto a cobertura quanto a qualidade dos serviços de saúde para a detecção precoce de hanseníase podem estar sendo insuficientes em Mato Grosso do Sul, sinalizando retardo no diagnóstico, implicando na instalação de incapacidades físicas permanentes, manutenção da cadeia de transmissão, fomentando o estigma na comunidade e o sofrimento humano (BRASIL, 2012b; MARTINS; CAPONI, 2010).

Os achados em nosso estudo se assemelham ao encontrado por Oliveira *et al.* (2013), entre 494 pacientes em dois centros de tratamento, em Sergipe entre 2005 e 2011 com 80,2% do GIF avaliado no diagnóstico. Em um hospital de referência em Mato Grosso do Sul, entre 1994 e 2005, em 192 casos novos, o GIF foi avaliado em 73,4% no início do tratamento, 21,9% estavam sem informação e 4,7% não foram avaliados (LONGO; CUNHA, 2006). E dentre os 1.832 casos de hanseníase notificados entre 2007 a 2011 em uma Regional de Saúde de Rondonópolis-MT, 89,8% realizaram a avaliação do GIF no diagnóstico, e os outros 10,2% não foram avaliados ou estavam com a informação não preenchida no sistema (ROSA *et al.*, 2016). E em um estudo recente, realizado por Sanchez *et al.* (2021), no Brasil, demonstrou que 6,73% (1557) dos pacientes, não foram avaliados ou estão com esta informação em branco no diagnóstico e mais ainda na alta, prejudicando a avaliação e limitando a vigilância, e enfatizaram a importância de realizar a avaliação do GIF no diagnóstico e na alta e registrar as informações no sistema.

O GIF 2 de 12,85% na população geral de Mato Grosso do Sul e de 9,09% em menores de 14, sinaliza diagnóstico tardio e falta de ações de prevenção das incapacidades físicas (BRASIL, 2016). O elevado percentual em menores de 14 anos indica atraso na detecção e precariedade dos serviços de atenção a hanseníase em relação ao diagnóstico e cadeia de transmissão (BRASIL, 2018).

Situação melhor foi encontrada por Silva *et al.* (2019) com GIF 2 de 10,5% em 341 casos novos registrados em uma unidade especializada de dermatologia no Pará, enquanto Peres *et al.* (2016), constatou que dos 118 avaliados no diagnóstico, em um Centro de Saúde em Belém-PA, entre 2010 e 2014, 8,7% tinham GIF 2. Já Bernardes *et al.* (2009) encontraram entre 69 casos avaliados em Campo Grande/MS, entre 2008 e 2009, 59,4% apresentavam alguma alteração sensitivo motora e 18,8% apresentavam GIF 2, ou seja, deformidades instaladas.

No que diz respeito a casos novos em menores de 15 anos de idade, Luna, Moura e Vieira (2013), analisaram os residentes em Juazeiro-BA entre 2001 a 2010 e entre os 145 menores de 14 anos, (97,24%) foram avaliados quanto ao GIF no

diagnóstico, 12,41% apresentaram algum grau de incapacidade, sendo que 2,06% tinham GIF 2 e 3,76% não foram avaliados. Kessels *et al.* (2016) observaram no estado de Alagoas entre 534 casos em menores de 15 anos notificados no período de 1995 a 2013, 3,2% de GIF 2 no diagnóstico.

Em nosso estudo, os casos novos que foram encerrados por cura, nos anos das coortes (2016 a 2020), deixaram de ser avaliados quanto ao GIF em 17,25% dos casos, outros 10,62% estavam com esta informação ignorada/em branco e pouco mais de 72,12% dos pacientes foram avaliados. Ainda que entre 27,88% se desconhece a situação da incapacidade física, do universo avaliado o GIF II atingiu 8,61% em 2018 (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos casos novos de hanseníase avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF) na cura, nos anos das coortes. Mato Grosso do Sul, 2016-2020

Variáveis	Anos das coortes					Total
	2016	2017	2018	2019	2020	
N. casos novos (CN) curados	681	470	311	267	294	2.023
N. CN com GIF avaliado	526	342	209	184	198	1.459
% CN com GIF avaliado *	77,24	72,76	67,20	68,91	67,35	72,12
% CN com GIF 2	4,37	7,02	8,61	5,98	7,07	6,17%
GIF não avaliado	84	101	68	48	48	349 (17,25%)
GIF Ign/não preenchido	71	27	34	35	48	215 (10,62%)

*Parâmetro: Bom \geq 90%; Regular \geq 75 a 89,9%; Precário $<$ 75%.

Em nosso estudo, entre os casos novos que evoluíram para cura nos períodos das coortes, a avaliação do GIF em pouco mais de 70% é considerada “precária” segundo parâmetros do Ministério da Saúde, além do total de não avaliados e ausência de registro que totalizam 27,87%, considerado muito alto (BRASIL, 2022d).

Rosa *et al.* (2016) da mesma forma constataram como precária a cobertura dos municípios da regional de Rondonópolis-MT, entre os anos de 2007 a 2011, sendo

que dos 1.137 casos, apenas 67,02% dos pacientes foram avaliados na cura, 22,16% não foram avaliados e 10,82% estavam com a informação em branco.

Peres *et al.* (2016), encontraram números ainda piores, na avaliação de uma US em Belém-PA, onde somente 37,7% foram avaliados na cura, ou seja, 62,2% deixaram de ser avaliados, o que revela deficiências na assistência aos pacientes, comprometendo ainda mais o conhecimento da qualidade da assistência e do número real de pacientes com incapacidade física que deverão ser assistidos e acompanhados pelos serviços de saúde após alta da hanseníase. Entretanto, Goiabeira *et al.* (2018) identificaram no Maranhão, em 2012, que 82,5% dos pacientes curados foram avaliados ao final do tratamento, 9,6% deixaram de ser avaliados e 7,6% estavam sem registro no sistema, taxas consideradas “regular”.

Considerando que este indicador busca medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2016), constatou-se fragilidade do indicador, especialmente na cura onde em torno de 27% se desconhece a situação do GIF dos pacientes que receberam alta por cura, falhas durante o processo de avaliação e acompanhamento do paciente durante e/ou ao término do tratamento, evidenciado pelos níveis precários da avaliação.

Os indicadores que avaliam a incapacidade física, tem grande relevância para guiar as ações de enfrentamento a doença, uma vez que um dos pilares da Estratégia Global para Hanseníase é controlar as complicações e prevenir a ocorrência de novas incapacidades físicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A tendência decrescente deste último indicador avaliado, aponta para um acompanhamento deficiente dos serviços de saúde com relação ao desenvolvimento de incapacidades físicas durante o tratamento. Destacando-se que a precariedade desses dados dificulta a realização de uma análise mais próxima da realidade sobre a evolução do grau de incapacidade física (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Os dados epidemiológicos são essenciais para o planejamento das ações de prevenção e controle da doença. Contudo alguns estudos mostram discrepâncias entre os registros no SINAN e os achados reais. Bernardes *et al.* (2009) observaram em seu estudo, uma proporção de pacientes menores de 15 anos, no estado, bem maior do que foi registrado no sistema, encontrado no Datasus.

Da mesma forma Crespo, Gonçalves e Padovani (2014) também encontraram impropriedades registradas, observaram diferenças entre o número de casos de recidiva registrados, que ao serem revisados segundo os critérios preconizados, não

foram confirmados. Desta forma, os registros inadequados comprometem os resultados e conseqüentemente as decisões técnicas dos programas e gestores.

5.2 Diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, na rotina da assistência a hanseníase pelas US/ESF e serviços de referência

Entre 2018 a 2020 foram notificados 1.521 casos de hanseníase em 78 municípios sul-mato-grossenses. As US/ESF registraram 857 casos (56,34%), distribuídos entre 264 delas, presentes em 68/78 municípios (87,17%). Dentre as US/ESF com notificação de casos, e que foram convidadas a participar da pesquisa, 60 profissionais de 24/68 municípios (35,29%) atenderam ao convite. Os fisioterapeutas que atenderam casos encaminhados e que participaram da pesquisa, somaram 19 profissionais de 17/68 municípios (25%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados e dos participantes da pesquisa segundo tipo de US. Mato Grosso do Sul, 2018 – 2020

Municípios notificantes (78)	Casos notificados por tipo de US				Total	USF/ESF com notificação	Participantes por tipo de US		
	USF/ESF		Outras US				USF/ESF	Outras	Total
	N.	%	N.	%			N.	N.	
Água Clara	13	100,00	...	...	13	1	...	...	...
Alcinópolis	...	...	1	100,00	1	...	...	...	...
Amambai	4	44,44	5	55,56	9	2	1	...	1
Anastácio	14	82,35	3	17,64	17	5	2	...	2
Anaurilândia	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
Angélica	7	100,00	...	...	7	4	...	...	...
Antônio João	1	33,33	2	66,67	3	1	...	...	...
Apda. do Taboado	14	93,33	1	6,67	15	5	...	...	...
Aquidauana	29	96,67	1	3,33	30	11	3	1	4
Aral Moreira	2	66,67	1	33,33	3	1	1	...	1
Bandeirantes	1	7,69	12	92,31	13	1	2	...	2
Bataguassu	6	66,67	3	33,33	9	3	...	...	...
Batayporã	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
Bela Vista	9	90,00	1	10,00	10	5	...	...	...
Bodoquena	39	69,64	17	30,36	56	2	1	1	2
Bonito	18	100,00	...	...	18	5	...	...	...
Brasilândia	10	58,82	7	41,18	17	2	...	...	...
Caarapó	3	50,00	3	50,00	6	2	1	...	1
Camapuã	7	100,00	...	...	7	4	...	...	...
Campo Grande	110	31,07	244	68,93	354	34	...	...	...
Caracol	5	100,00	...	...	5	3	2	1	3
Cassilândia	9	33,33	18	66,67	27	2	...	...	...
Chapadão do Sul	7	87,50	1	12,50	8	5	1	1	2
Corguinho	...	...	2	100,00	2	...	...	...	...
Coronel Sapucaia	5	71,43	2	28,57	7	2	...	1	1
Corumbá	...	...	35	100,00	35	...	...	...	...
Costa Rica	17	94,44	1	5,56	18	6	...	...	...
Coxim	21	63,64	12	36,36	33	5	1	1	2
Deodápolis	11	100,00	...	...	11	3	9	2	11
Dois I. do Buriti	...	...	2	100,00	2	...	...	...	...
Douradina	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
Dourados	...	...	74	100,00	74	...	...	...	...
Subtotal	365	44,90	448	55,10	813	117	24	8	32

...continuação

Municípios notificantes (78)	Casos notificados por tipo de US					USF/ESF com notificação	Participantes por tipo de US		
	USF/ESF		Outras US		Total		USF/ESF	Outas	Total
	N.	%	N.	%		N.	N.	N.	
Eldorado	6	100,00	...	...	6	3	...	...	...
Fátima do Sul	11	100,00	...	...	11	5	...	...	...
Figueirão	...	...	1	100,00	1	...	...	...	...
Gl. de Dourados	5	100,00	...	...	5	1	5	1	6
Guia L. da Laguna	11	100,00	...	...	11	3	...	...	...
Iguatemi	3	100,00	...	...	3	2	...	...	...
Inocência	3	100,00	...	...	3	1	...	...	...
Itaporã	9	100,00	...	...	9	4	4	...	4
Itaquiraí	8	72,73	3	27,27	11	2	3	...	3
Ivinhema	9	69,23	4	30,77	13	3	...	1	1
Japorã	4	100,00	...	...	4	1	...	...	...
Jaraguari	2	100,00	...	...	2	1	2	1	3
Jardim	19	65,52	10	34,48	29	5	1	...	1
Jateí	1	100,00	...	...	1	1	1	1	2
Juti	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
Ladário	...	...	2	100,00	2	...	...	...	...
Laguna Carapã	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
Maracaju	11	52,38	10	47,62	21	5	2	1	3
Miranda	31	54,39	26	45,61	57	5	8	4	12
Mundo Novo	6	85,71	1	14,29	7	2	...	...	...
Naviraí	25	36,76	43	63,24	68	8	3	1	4
Nioaque	17	100,00	...	...	17	3	2	1	3
N. Alvorada do Sul	12	85,71	2	14,29	14	5	1	1	2
Nova Andradina	12	57,14	9	42,86	21	7	2	...	2
N. Horizonte do Sul	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
Paraíso das Águas	2	100,00	...	...	2	1	...	...	...
Paranaíba	100	92,59	8	7,41	108	6	...	...	...
Paranhos	4	57,14	3	42,86	7	2	...	...	...
Pedro Gomes	3	20,00	12	80,00	15	1	...	...	...
Ponta Porã	17	65,38	9	34,62	26	11	...	1	1
Porto Murtinho	7	100,00	...	...	7	3	...	...	...
Ribas do Rio Pardo	18	78,26	5	21,74	23	4	...	...	...
Rio Brilhante	19	63,33	11	36,67	30	7	...	...	...
Rio Negro	...	...	10	100,00	10	...	...	...	...
Rio Verde de MT	18	94,74	1	5,26	19	8	...	...	...
Santa Rita do Pardo	1	100,00	...	...	1	1	...	...	...
S. Gabriel do Oeste	13	100,00	...	...	13	8	2	1	3
Sete Quedas	11	91,67	1	8,33	12	2	...	...	...
Selvíria	...	...	2	100,00	2	...	...	...	...
Sidrolândia	8	57,14	6	42,86	14	7	...	...	...
Sonora	12	100,00	...	...	12	2	...	...	...
Tacuru	4	100,00	...	...	4	2	...	...	...
Taquarussu	...	...	5	100,00	5	...	...	...	...
Terenos	4	80,00	1	20,00	5	2	...	...	...
Três Lagoas	42	58,33	30	41,67	72	9	...	...	...
Vicentina	1	50,00	1	50,00	2	1	...	...	...
Subtotal	492	69,49	216	30,5	708	147	36	14	50
Total Geral	857	56,34	664	43,66	1521	264	60	22	82

Os questionários respondidos por 82 profissionais, de 27 municípios, estão assim representados: 54 enfermeiros (65,85%), 19 fisioterapeutas (23,17%) e 9 médicos (10,98%). Deste total, 60 (73,17%) atuam em US/ESF, sendo 47 enfermeiros, 6 fisioterapeutas e 7 médicos, e os demais profissionais (26,83%) atuam em outros serviços de referência para hanseníase.

A participação expressiva do enfermeiro (78,33%), demonstra que a US/ESF tem seu funcionamento orquestrado por este profissional, especialmente em relação a hanseníase que historicamente tem no profissional enfermeiro o maior aliado. A literatura confirma o papel essencial do profissional enfermeiro no processo de trabalho em hanseníase, já que é o responsável pelo planejamento e execução das ações de assistência e controle dos pacientes e dos contatos, e por realizar o primeiro atendimento a esse paciente (LANZA; LANA, 2011), atuando na prevenção, controle e tratamento da doença (FREITAS *et al.*, 2008).

Houve predomínio de profissionais graduados há mais de 5 anos (85,36%) e aqueles que atuam na mesma US há menos de 2 anos (31,70%) . Cabe destacar que apenas 12,19% dos participantes não atenderam pacientes com hanseníase nos últimos 5 anos (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa (n=82)

VARIÁVEIS	N	%
Graduação		
Enfermagem	54	65,85
Fisioterapia	19	23,17
Medicina	9	10,97
Tempo de formado na graduação		
Acima de 10 anos	48	58,53
Entre 5 e 10 anos	22	26,82
Entre 2 e 4 anos	9	10,97
Menos de 2 anos	3	3,65
Tipo unidade de saúde onde atua		
Unidade ESF	60	73,17
Unidade Básica de Saúde	10	12,19
Serviço Especializado em Fisioterapia	7	8,53
Serviço de referência em hanseníase	1	1,21
Centro Materno Infantil	1	1,21
CER/Apae	1	1,21
Núcleo de Apoio a Saúde da família	1	1,21
Unidade de Saúde Prisional	1	1,21
Tempo que trabalha na sua Unidade de Saúde		
Menos de 2 anos	26	31,70
Entre 2 e 4 anos	16	19,51
Entre 5 e 10 anos	24	29,26
Acima de 10 anos	16	19,51
Atendeu pacientes com Hanseníase nos últimos 5 anos		
Sim	72	87,80
Não	10	12,19

O tempo de atuação na mesma US pressupõe que o profissional conheça a dinâmica da assistência aos pacientes com hanseníase na unidade onde atua. Santana *et al.* (2022), encontraram em seu estudo em um município na Paraíba, que dentre 122 profissionais participantes, 47,5% atuavam há mais de 10 anos nas US/ESF. Em contrapartida Lanza e Lana (2011) verificaram alta rotatividade de profissionais nas US/ESF e em um serviço de referência, no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, o que dificulta a continuidade das ações de controle da hanseníase nos municípios da região.

Em nosso estudo 87,80% dos participantes atenderam pacientes com hanseníase nos últimos 5 anos, atendendo as recomendações do PNCH, para o atendimento descentralizado na rede básica e US/ESF. No entanto, é necessário considerar que os profissionais que participaram da pesquisa foram selecionados pela Coordenação do PMCH, que foram os responsáveis pelo repasse do link de acesso ao questionário podendo ter sofrido influência na seleção dos participantes.

5.3 Diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, na rotina da assistência a hanseníase nas US/ESF de Mato Grosso do Sul

Dentre os 60 profissionais das US/ESF que responderam ao questionário, 39 (65,00%) afirmaram realizar ações para o diagnóstico precoce. A equipe de profissionais predominante foi aquela com a presença de pelo menos o médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS) mencionada por 26 profissionais (66,67%). Também se observa ações desenvolvidas de forma isolada pelo médico, pelo enfermeiro ou por ambos, 9 profissionais (10,3%), enquanto a participação do fisioterapeuta foi referida por 9 profissionais (23,08%) (Tabela 6).

No Cadernos de Atenção Básica n. 21 do Ministério da Saúde, entre as seis doenças incluídas, está a Hanseníase elencada e as atribuições da equipe da ESF. Destaca-se como responsabilidade de todos os membros da equipe identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde, sendo exclusivo do médico e enfermeiro a atribuição de avaliar os casos suspeitos encaminhados. Constata-se também como competência de ambos (médico e enfermeiro) entre inúmeras outras atividades, realizar avaliação dermatoneurológica dos suspeitos, avaliar e registrar o grau de incapacidade física dos casos novos, realizar atividades burocráticas e de educação permanente dos membros da equipe e

ações educativas e de mobilização social relacionadas a doença e combate ao estigma, (BRASIL, 2008).

No entanto, no estudo de Lanza e Lana (2011), se observou que a organização do serviço é estruturada pelo modelo clínico, que visa o atendimento individual do doente, sendo que as práticas de saúde voltadas para a abordagem coletiva do problema (educação para a comunidade, busca de contatos, vigilância epidemiológica) são bastante pontuais. Destacando a participação dos enfermeiros e médicos realizando basicamente ações de diagnóstico e tratamento.

Em nosso estudo o trabalho conjunto do médico, enfermeiro e ACS no diagnóstico precoce, mostrando a importância das ações que vão além das práticas assistenciais, valorizando o papel do ACS como ponte entre o serviço de saúde e a comunidade. Convém destacar a participação do fisioterapeuta, em conformidade com a literatura, que destaca a formação ampla deste profissional, podendo atuar além da reabilitação, incluindo cuidados gerais e orientações a comunidade (DIAS; CYRINO; LASTÓRIA, 2007).

Tabela 6 – Distribuição das categorias profissionais das US/ESF que realizam ações de diagnóstico precoce da hanseníase em Mato Grosso do Sul (n=60)

VARIÁVES	N	%
São realizadas ações para o diagnóstico precoce da hanseníase na US/ESF?		
Sim	39	65,0%
Não	21	35,0%
Quais profissionais participam destas ações		
Médico, Enfermeiro, ACS	11	28,2
Médico, Enfermeiro, Técnico em enfermagem, ACS	7	17,9
Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta , Téc. enfermagem, ACS	6	15,4
Médico, Enfermeiro	4	10,3
Enfermeiro	3	7,7
Médico	2	5,1
Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta , ACS	2	5,1
Médico, Enfermeiro, Técnico em enfermagem	2	5,1
Enfermeiro, ACS	1	2,6
Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta	1	2,6
Total	39	100,0

Dentre os que assistiram aos casos suspeitos ou confirmados de hanseníase, esta foi realizada com a presença de pelo menos o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, mencionada por 42 profissionais (70,0%). A presença do fisioterapeuta na equipe foi referida por 21 profissionais (35,0%) (Tabela 7).

A Atenção Básica (AB) como eixo de reorganização da atenção, pode optar pela Estratégia Saúde Família (ESF), garantindo atenção integral aos portadores de hanseníase e vigilância epidemiológica da doença (BRASIL, 2010).

Em nosso estudo foi verificada a participação de diferentes categorias profissionais na assistência a esses pacientes, inclusive a dos ACS. A semelhança do estudo realizado por Lanza e Lana (2011) confirmaram a participação dos ACS na atenção à hanseníase, nas práticas de orientações ao doente.

Convém ressaltar também que nas US/ESF participantes, 6 fisioterapeutas estavam na equipe, fato que favorece a avaliação física e funcional, relativas à presença de alterações de sensibilidade, força e demais avaliações atribuídas ao profissional (SERRANO-COLL *et al.*, 2016). O estudo de Borges *et al.* (2010), demonstrou a relevância da atuação do Fisioterapeuta no contexto da saúde pública, sobretudo na promoção e prevenção da saúde, tendo em vista a integralidade da atenção e da assistência nas US/ESF.

Tabela 7 - Distribuição das categorias profissionais das US/ESF que assistiram os casos suspeitos ou confirmados de hanseníase em Mato Grosso do Sul.

VARIÁVES	N	%
Profissionais que participam da assistência aos suspeitos ou confirmados		
Médico, enfermeiro, téc. de enfermagem e ACS	21	35,0
Médico, enfermeiro, téc. de enfermagem, ACS e fisioterapeuta	20	33,3
Médico e enfermeiro	11	18,3
Médico, enfermeiro e outro profissional	5	8,3
Médico, enfermeiro e ACS.	1	1,7
Médico, enfermeiro e téc. de enfermagem	1	1,7
Fisioterapeuta	1	1,7
Total	60	100,0

Entre as três categorias profissionais alvo da pesquisa, a avaliação da sensibilidade em áreas suspeitas se destacou entre os três principais procedimentos realizados pelo enfermeiro enquanto os procedimentos menos frequentes foram:

identificação e classificação do GIF e prescrição de medicação PQT. Entre o médico e o fisioterapeuta a avaliação da sensibilidade em áreas suspeitas ficou classificada em quinto lugar. Os menores percentuais de avaliação de comprometimento neurológico da doença realizado pelo médico, por ordem decrescente, foram: avaliação da força motora, palpação de nervos periféricos, identificação e classificação do grau de incapacidade física, teste da sensibilidade das mãos, pés e olhos e avaliação da acuidade visual. Enquanto para o fisioterapeuta as quatro atividades com frequência acima de 80% foram: avaliação da força motora, anamnese, palpação de nervos periféricos, teste da sensibilidade das mãos, pés e olhos. E, a identificação e classificação do GIF pelo fisioterapeuta não atingiu 80,00% (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos procedimentos realizados pelos profissionais na rede de assistência (US/ESF e serviços de referência) aos casos suspeitos de hanseníase em Mato Grosso do Sul.

VARIÁVEIS	Enfermeiro(a)		Medico(a)		Fisioterapeuta	
	n=54	%	n=9	%	n=19	%
Anamnese	50	92,59	8	88,89	17	89,47
Exame físico geral	45	83,33	9	100,00	13	68,42
Avaliação da sensibilidade em áreas suspeitas	43	79,63	5	55,56	15	78,95
Orientações sobre hanseníase	42	77,78	7	77,78	12	63,16
Investigação da fonte de infecção e exame de contatos	37	68,52	5	55,56	4	21,05
Solicitação de baciloscopia	36	66,67	8	88,89	3	15,79
Administração da dose supervisionada	34	62,96	4	44,44	1	5,26
Solicitação de outros exames	20	37,04	6	66,67	2	10,53
Teste da sensibilidade das mãos, pés e olhos	18	33,33	1	11,11	16	84,21
Avaliação da força motora	16	29,63	3	33,33	18	94,73
Palpação de nervos periféricos	14	25,92	2	22,22	17	89,47
Avaliação da acuidade visual	10	18,52	-	-	12	63,16
Identificação e classificação do GIF	6	11,11	1	11,11	15	78,95
Prescrição de medicação PQT	6	11,11	5	55,56	2	10,53

Segundo o Ministério da Saúde, em uma suspeita clínica, deve-se inicialmente fazer anamnese do suspeito, colher informações sobre sua história clínica e epidemiológica, seguida do exame físico, uma avaliação dermatoneurológica, identificando a presença ou não de lesões de pele e/ou nervos periféricos (BRASIL,

2002). A confirmação do diagnóstico deve ser realizada por um médico (BRASIL, 2008).

Em nosso estudo os procedimentos realizados pelos enfermeiros que mais apareceram foram: anamnese, exame físico geral e avaliação da sensibilidade nas áreas suspeitas, contudo notou-se que estes profissionais participam da realização de todos os procedimentos, e, entre metade dos procedimentos citados, mais de 60% dos enfermeiros estão participando. Entre os procedimentos realizados pelos médicos, 100% disseram realizar o exame físico geral dos pacientes e 88,89% realizam anamnese e solicitam a baciloscopia, e entre os menos realizados foram: o teste da sensibilidade das mãos, pés e olhos, identificação e classificação do GIF e palpação dos nervos periféricos, possivelmente pela maior participação do fisioterapeuta na execução destas ações.

Lanza e Lana (2011) em Minas Gerais, verificaram que o processo de trabalho dos médicos, nas ações de controle da hanseníase, continua mantendo uma assistência curativa e individual, enfatizando o diagnóstico e a terapêutica, com relato da maioria afirmar não participar de atividades de sensibilização da comunidade e treinamento da equipe. Já o enfermeiro é o responsável pelo planejamento e execução das ações de assistência e controle dos pacientes e contatos, além da avaliação dermatoneurológica, prevenção de incapacidades e administração da dose supervisionada.

Os fisioterapeutas recebem formação generalista, sendo capacitados para atuarem em todos os níveis de atenção à saúde. Na hanseníase participam na orientação sobre a doença, ao comunicante e à população em geral, na prevenção de novos casos, na realização de diagnóstico funcional, na avaliação, no tratamento e reabilitação de incapacidades físicas e, na reintegração social (BRASIL, 2015).

Em nosso estudo os fisioterapeutas realizam principalmente avaliação da força motora (94,73%), palpação dos nervos periféricos e anamnese (89,47%). Quanto as orientações sobre hanseníase, 63,16% responderam que as realizam. No entanto, considera-se baixo este percentual por se tratar de uma informação básicas sobre a doença, seguramente recebida por este profissional durante a graduação. Ademais, há plataformas online como o UNASUS, coordenada pelo Ministério da Saúde, para capacitação e educação continuada dos profissionais que atuam no SUS, com disponibilidade de cursos gratuitos sobre diversos temas, incluindo a hanseníase. Cabe também destacar a prescrição de medicação PQT por dois fisioterapeutas

(10,53%), procedimento proibido a este profissional, segundo o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Cap. II, art.8- IV). Tal resposta pode ter sido registrada de forma equivocada ou por falta de conhecimento desses profissionais sobre as atribuições inerentes a sua formação ou de cada profissional que compõe a equipe no serviço de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978).

Quanto a avaliação do grau de incapacidade física (GIF), a maioria dos profissionais de US/ESF (55,00%) respondeu que esta avaliação não é realizada na US e nas Outras US 27,27% também disseram não realizar. Os materiais disponíveis com maior frequência nas US/ESF são aqueles que permitem avaliar a sensibilidade dolorosa, seguido da sensibilidade tátil e da sensibilidade térmica, enquanto para Outras US os percentuais não ultrapassaram 55,00%. Os demais materiais tiveram frequência inferior a 50,00%, cabendo ressaltar a baixa frequência do estesiômetro (44,44%) e da tabela de Snellen (40,70%) nas US/ESF, enquanto nas Outras US o material disponível com maior frequência foi o estesiômetro (68,18%) e fio dental e algodão (55,00%). Em relação aos pacientes que apresentam reações hansênicas e são encaminhados para os serviços de referência, a frequência dos que afirmaram que a US/ESF continua acompanhando em parceria com a referência alcançou 86,70%, enquanto 40,90% dos profissionais de Outras US desconhecem esta rotina (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação do GIF segundo local de atuação dos profissionais, materiais disponíveis e acompanhamento das reações hansênicas

VARIÁVEIS	US/ESF (n=60)		Outras US (n=22)	
	n.	%	n.	%
Realizam avaliação do grau de incapacidade física				
Não	33	55,00	6	27,27
Sim	27	45,00	16	72,72
Materiais disponíveis para avaliação do GIF				
Agulha para testar a sensibilidade dolorosa	23	85,20	9	40,90
Algodão para testar a sensibilidade tátil	23	85,20	11	55,00
Água quente e fria para avaliar sensibilidade térmica	21	77,70	9	40,90
Fio dental para avaliar sensibilidade dos olhos	13	48,10	11	55,00
Estesiômetro	12	44,40	15	68,18
Tubo de vidro para avaliar sensibilidade térmica	12	44,40	5	25,00
Tabela de Snellen	11	40,70	4	18,18
Reações hansênicas são encaminhadas para referência e acompanhadas também pela ESF?				
Sim	52	86,70	12	54,54
Não	4	6,70	1	4,54
Desconhece essa rotina	4	6,70	9	40,90

O principal problema decorrente da hanseníase são as incapacidades físicas. A avaliação do GIF é essencial para prevenção, controle e tratamento das incapacidades e deformidades advindas da doença. Além disso a avaliação do GIF constitui um indicador epidemiológico que permite estimar indiretamente a efetividade das ações de detecção precoce da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Deste modo, a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) padronizada pelo Ministério da Saúde tem por objetivo uma maior precisão na classificação do GIF. Esta avaliação consiste em uma série de procedimentos que envolvem palpação de nervos, teste de sensibilidade e testes de força muscular, nos quais o profissional pode observar com exatidão se há algum tipo de déficit presente. Esta avaliação deve ser realizada no início do tratamento, a cada três meses, quando houver queixas, estados reacionais e na alta do tratamento (BRASIL, 2016).

Em nosso estudo a maioria dos profissionais respondeu que a avaliação do GIF não é realizada nas US/ESF e mesmo nas Outras Unidades 27,27% também não a realizam, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde (2002), ou seja, o acompanhamento dos pacientes diagnosticados com hanseníase deve ser realizado nas UBS e só deve ser encaminhado para uma Unidade de referência, quando houver necessidade de cuidados especiais. E, após a realização do procedimento indicado, o paciente deve retornar a sua UBS para dar continuidade ao tratamento.

Alguns estudos sugerem que muitos profissionais da Atenção Básica, não realizam a ANS e a classificação do GIF por falta de conhecimento ou insegurança na sua realização. O estudo de Santana *et al.* (2022), observou que cerca da metade dos profissionais (50,8%) conhecia o formulário de ANS, indicado para avaliar a integridade da função neural e determinar o GIF dos doentes. Dentre os profissionais que afirmaram conhecer o formulário de ANS, o nível de conhecimento sobre avaliação do GIF entre estes foi muito baixo, destacado que apenas 39,3% acertaram como avaliar sensibilidade das mãos e pés, 18% avaliar a sensibilidade dos olhos e apenas 4,9% como avaliar os nervos periféricos. Também foi observado no referido estudo, que a crença ou sentimento de incapacidade para realizar a avaliação representava uma barreira para a maioria dos participantes.

O estudo de Omena (2021), realizado em Maceió/AL, verificou que os profissionais da AB não possuem o domínio tanto para realizar a ANS, quanto para a avaliação do GIF, sendo que 53,48% relataram não saber como realizar tal avaliação.

E dentre os que afirmaram saber, 66,67% não a realizam com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde.

A literatura demonstra que as ações de educação em saúde são de suma importância e que treinamentos e capacitações *in loco* aos profissionais de saúde, são estratégias efetivas para potencializar as ações de diagnóstico e controle da hanseníase (MARQUES *et al.*, 2013; MONTEIRO *et al.*, 2018).

Quanto aos materiais disponíveis nas US/ESF para a avaliação do GIF, os mais simples como agulha (avaliar sensibilidade dolorosa) e algodão (avaliar sensibilidade tátil), são os encontrados com maior frequência, visto que são materiais utilizados em outros procedimentos. Os materiais citados com menor frequência foram o estesiômetro (44,44%) e a tabela de Snellen (40,70%), e a exceção do estesiômetro, os demais materiais foram menos frequentes nas Outras US, a despeito de serem serviços de referência em fisioterapia.

Para que a ANS seja realizada com maior precisão e o GIF classificado corretamente, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do estesiômetro e escala visual (BRASIL, 2016). Na hanseníase, a primeira sensibilidade a ser alterada é a térmica, seguida pela dolorosa e finalmente, a tátil. Para testar a sensibilidade tátil com maior precisão utiliza-se o estesiômetro, instrumento composto por monofilamentos de náilon, aplicado sobre a pele. A utilização dos monofilamentos de Semmes-Weinstein, cujo kit é composto por 6 monofilamentos, de cores variadas, cujas pressões aplicadas sobre a pele variam de 0,05 g a 300 g (BRASIL, 2016). Os monofilamentos são essenciais em todas as US, visto que podem ser utilizados para avaliação sensitiva de diferentes patologias, como na hanseníase e diabetes (QUAGGIO; SOARES; LIMA, 2016).

Em nosso estudo apenas 12/27 profissionais (44,4%) de 9/15 municípios (60%) afirmaram ter estesiômetro disponível em sua US/ESF. Semelhante ao encontrado no estudo de Omena (2021), onde 31,39% responderam afirmativamente.

E em relação a tabela de Snellen, 74,4% afirmaram não dispor deste recurso em sua UBS e 12,79% não souberam responder, ou seja, aproximadamente 86% dos profissionais não encontram a escala visual disponível nos seus respectivos locais de trabalho para que a acuidade visual seja avaliada com precisão (OMENA, 2021).

Em relação aos pacientes com reações hansênicas encaminhados para os serviços de referência, 86,70% dos entrevistados afirmaram que a US/ESF continua

o acompanhamento em parceria com a referência, enquanto nas Outras US (que são referências) 40,90% dos profissionais disseram desconhecer esta rotina.

As reações hansênicas são consideradas emergência médica e, se não ocorrer uma intervenção rápida e adequada, pode-se desenvolver rapidamente lesões nos nervos afetados, com conseqüente perda da sensibilidade, paralisias e deformidades (BRASIL, 2016).

A rotina de preenchimento dos impressos, está apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 – Rotina dos profissionais sobre preenchimento dos impressos padronizados pelo Programa de Controle da Hanseníase (n=60)

VARIÁVEIS	N.	%
Ficha de Notificação/Investigação		
Enfermeira	42	70,00
Enfermeira, Médico	6	10,00
Enfermeira e Técnico de Enfermagem	2	3,33
Enfermeira, Médico e Técnico de Enfermagem	1	1,66
Médico	1	1,66
Desconhece	1	1,66
Resposta Inadequada	7	11,66
Boletim de Acompanhamento		
Enfermeira	36	60,00
Enfermeira, Médico	5	8,33
Agente Comunitário de Saúde, Fisioterapeuta	1	1,66
Enfermeira, Fisioterapeuta	1	1,66
Enfermeira, Médico, Técnico de Enfermagem	1	1,66
Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde	1	1,66
Fisioterapeuta, Agente Comunitário de Saúde	1	1,66
Desconhece	6	10,00
Resposta Inadequada	8	13,33
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica em < de 15 anos		
Enfermeira	23	38,33
Médico	6	10,00
Enfermeira, Médico	3	5,00
Fisioterapeuta	2	3,33
Enfermeira, Médico, Técnico de Enfermagem	1	1,66
Desconhece	19	31,66
Resposta Inadequada	6	10,00
Formulário de Avaliação do GIF no Diagnóstico e na Alta		
Fisioterapeuta	21	35,00
Médico	8	13,33
Enfermeira	6	10,00
Enfermeira, Médico	3	5,00
Fisioterapeuta, Médico	2	3,33
Enfermeira, Fisioterapeuta	1	1,66
Desconhece	11	18,33
Resposta Inadequada	8	13,33
Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada		
Fisioterapeuta	20	33,33
Médico	8	13,33
Enfermeira	6	10,00
Fisioterapeuta, Médico	4	6,66
Enfermeira, Médico	3	5,00
Infectologista	1	1,66
Desconhece	10	16,66
Resposta Inadequada	8	13,33

O preenchimento dos respectivos impressos, nas US/ESF, foram predominantemente assumidos pelo enfermeiro, ou deste com a ajuda do médico no preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação, do Boletim de Acompanhamento e do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica (PCID) em < de 15 anos. Enquanto o preenchimento pelo fisioterapeuta predominou para o Formulário de Avaliação do GIF no Diagnóstico e na Alta e para o Formulário de ANS. Cabe destacar que 31,66% desconhecem quem deve preencher o PCID em menores de 15 anos e 16,66% o Formulário para ANS (Tabela 10).

5.4 Participação do fisioterapeuta das US/ESF e dos serviços de referência na assistência ao paciente com hanseníase em relação aos protocolos de assistência e de registros

Dos 19 fisioterapeutas que participaram da pesquisa, predominou o sexo feminino, com idade acima de 30 anos (84,21%), com mais de 10 anos de formado e 52,94% com pelo menos uma pós-graduação.

Entre os pós-graduados, 88,24% tem até duas, sendo elas: Fisioterapia Ortopedia/Traumatologia/Reumatologia e Fisioterapia Hospitalar/Terapia Intensiva/Respiratória (29,41% cada).

O tempo de atuação acima de 5 anos foi mencionado por 68,42%, os dois principais locais de atuação foram: Serviço Especializado em Fisioterapia (36,84%) e na Estratégia Saúde da Família (31,58%). Aproximadamente 90% referiram ter atendido pacientes com hanseníase nos últimos cinco anos (Tabela 11).

Souza *et al.* 2019, demonstraram em seu estudo que os fisioterapeutas atuam desde a prevenção até a reabilitação do paciente.

Outras literaturas também confirmam a importância da participação do fisioterapeuta na atenção aos pacientes com hanseníase, especialmente nos atendimentos realizados nas referências em fisioterapia, onde este profissional participa das ações de diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas. Este profissional utiliza recursos específicos e manobras em sua reabilitação, reduzindo o grau de incapacidade física dos pacientes (CALDAS *et al*, 2017), como também na atenção nas unidades de APS.

Tabela 11 - Caracterização dos fisioterapeutas que participaram da pesquisa (N=19)

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	14	73,68
Masculino	5	26,32
Faixa etária		
18 a 30 anos	3	15,79
31 a 40 anos	13	68,42
41 a 50 anos	3	15,79
Tempo de formação na graduação		
Acima de 10 anos	13	68,42
Entre 5 e 10 anos	5	26,32
Entre 2 e 4 anos	1	5,26
Menos de 2 anos	0	0,00
Têm pós-graduação?		
Sim	17	89,47
1 pós	9	52,94
2 pós	6	35,29
3 pós	1	5,88
4 pós	1	5,88
Área da pós-graduação		
Fisioterapia Ortopedia/Traumatologia/Reumatologia	5	29,41
Fisioterapia Hospitalar/Terapia Intensiva/Respiratória	5	29,41
Saúde da Família ou Home Care ou Dermato Funcional ou Terapia Manual	4	21,06
Fisioterapia Neurofuncional	3	17,65
Fisioterapia Oncológica ou Gerontologia ou do Esporte	3	17,65
Saúde Pública	2	11,76
Fisioterapia do trabalho/ergonomia	2	11,76
Tempo de trabalho na US		
Acima de 10 anos	6	31,58
Entre 5 e 10 anos	7	36,84
Entre 2 e 4 anos	3	15,79
Menos de 2 anos	3	15,79
Tipo de US		
Serviço Especializado em Fisioterapia	7	36,84
Estratégia Saúde da Família (ESF)	6	31,58
Unidade Básica de Saúde (UBS)	3	15,79
CER/APAE	1	5,26
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	1	5,26
Serviço de Referência em Hanseníase	1	5,26
Atendeu pacientes com hanseníase nos últimos 5 anos?		
Sim	17	89,47
Não	2	10,53

Borges *et al.* (2010), observaram que, apesar da presença limitada de fisioterapeutas nas US com ESF, onde estão presentes, há grande satisfação quanto aos serviços prestados por este profissional, que enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde com a população.

Sobre capacitação/treinamento dos fisioterapeutas e nível de conhecimento sobre hanseníase, as respostas estão ilustradas na Tabela 12.

Tabela 12 – Capacitações ou treinamento recebido e nível de conhecimento dos fisioterapeutas sobre a hanseníase (n=19)

VARIÁVEIS	N.	%
Participou de capacitação/treinamentos em hanseníase		
Sim	12	63,16
Em que ano recebeu o último treinamento		
Entre 2010 e 2013	2	16,67
Entre 2014 e 2018	6	50,00
Entre 2019 e 2022	3	25,00
Não lembra	1	8,33
Não respondeu	7	36,84
Abordagem do treinamento recebido (n=12)		
Manejo clínico do paciente	4	33,33
Prevenção e reabilitação de incapacidade física	3	25,00
Outros: Avaliação física/avaliação sensibilidade	3	25,00
Rotina do serviço de hanseníase	1	8,33
Todas as opções	1	8,33
Tipo de treinamento recebido (n=12)		
Teórico e prático	10	83,33
Apenas Teórico	1	8,33
Apenas Prático	1	8,33
Tem interesse em realizar treinamento sobre hanseníase (n=16)		
Sim	16	84,21
Prevenção e reabilitação de incapacidade física	13	81,25
Rotina do serviço ou Manejo clínico do paciente	2	12,50
Todos	1	6,25
Conhecimento sobre modo de transmissão da hanseníase		
Ótimo	5	26,32
Bom	12	63,16
Regular	2	10,53
Conhecimento sobre diagnóstico da hanseníase		
Ótimo	3	15,79
Bom	12	63,16
Regular	4	21,05
Conhecimento sobre tratamento da hanseníase		
Ótimo	4	21,05
Bom	12	63,16
Regular	2	10,53
Insuficiente	1	5,26
Conhecimento sobre avaliação e classificação de incapacidade física		
Ótimo	6	31,58
Bom	9	47,37
Regular	4	21,05
Conhecimento sobre diagnóstico, classificação e manejo das reações hansênicas		
Ótimo	2	10,53
Bom	9	47,37
Regular	7	36,84
Insuficiente	1	5,26

Constatou-se que 36,84% nunca fizeram treinamento ou capacitação sobre hanseníase. Dos que realizaram, 50,00% participaram entre 2014 e 2018, predominando o treinamento teórico e prático (83,33%), onde o principal tema foi o manejo clínico do paciente (33,33%). Dos participantes, 84,21% tem interesse em realizar capacitação, principalmente sobre prevenção e reabilitação de incapacidade física na pessoa hanseníase. Quanto ao nível de conhecimento sobre modo de transmissão, diagnóstico e tratamento da hanseníase, 63,16% consideram como bom, sobre a avaliação e classificação do GIF, 78,95% classificaram com bom ou ótimo e o conhecimento sobre reações hansênicas, 47,37% consideraram bom e 42,1% consideraram regular ou insuficiente (Tabela 12).

Apesar da maioria dos fisioterapeutas considerar bom seu nível de conhecimentos sobre hanseníase, ainda há uma parcela expressiva de profissionais que o consideram regular ou insuficiente. Estudos demonstram a necessidade de investimento no conhecimento profissional sobre hanseníase a todos os profissionais de saúde, sobretudo aos fisioterapeutas atuantes na Atenção Primária a Saúde (APS), visto que alguns possuem limitações de conhecimento em protocolos específicos da avaliação da doença. Também há deficiência de conhecimento que pode ser decorrente de lacuna na formação do fisioterapeuta, pela falta de abordagem deste tema na graduação, o que acaba por fazerem optar pela não realização da avaliação do usuário na APS e o encaminharem para outros níveis de assistência (COSTA *et al.*, 2022; ALVAREZ; HANZ FILHO, 2019; LOPES, 2016).

Destacamos que o presente estudo apresenta uma importante limitação: ausência de participação dos profissionais dos maiores municípios do estado (Campo Grande, Dourados, Corumbá, Paranaíba e Três Lagoas), que registraram 42,27% dos casos notificados no período. A falta de dados destas localidades enviesou a análise, não permitindo extrapolar os achados para o estado, proposta inicial do estudo. A não participação a despeito de inúmeros contatos da pesquisadora, levanta a suspeita da não descentralização das ações para a AB nos respectivos municípios, ou falta de interesse com a pesquisa ou mesmo, desinteresse pelo tema.

6 CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo demonstram que a avaliação do GIF no momento do diagnóstico foi considerada regular (acima de 80%) e a presença de GIF 2 em 12,85% dos casos novos é considerado alto, enquanto na alta por cura esta avaliação foi permanentemente precária, e com GIF 2 diagnosticado em 6,17% dos pacientes, valor subestimado pela investigação insuficiente.

A ausência de avaliação de todos os doentes e/ou do registro do GIF encontrado no momento do diagnóstico, ao longo da série histórica, interferem no conhecimento sobre diagnóstico precoce dos doentes, enquanto as taxas de avaliação inferiores a 75% no momento da alta por cura, enviam a análise e são desaconselhadas pela gerência do programa. No entanto, quando feitas dentro dos limites aceitáveis, fornecem dados sobre a qualidade da assistência na prevenção de incapacidades físicas no transcorrer do tratamento. A ausência desta avaliação ao término do tratamento representa negligência dos serviços, impedindo o conhecimento do contingente de casos com incapacidade física que utilizarão os serviços de saúde, de forma permanente, no tratamento das sequelas.

Nossos achados destacam as ações de diagnóstico precoce em hanseníase sendo realizadas nas US/ESF pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACS e fisioterapeutas, evidenciando a importância das ações, que não se limitam a práticas assistenciais.

Mesmo com a presença do fisioterapeuta na equipe de ESF predominou a resposta negativa sobre a avaliação do GIF, enquanto nas Outras US que recebem os pacientes encaminhados para tal avaliação, aproximadamente 27% também não a realizam. Nas equipes de ESF o estesiômetro foi o material menos citado, enquanto nas Outras Unidades, com exceção do estesiômetro, há falta de materiais básicos para os fisioterapeutas avaliarem adequadamente os pacientes de hanseníase.

A falta de materiais para avaliar a sensibilidade dolorosa, tátil e térmica, para avaliar a acuidade visual, para identificar perda da sensibilidade e classificar o GIF apresentado, seja por ocasião do diagnóstico, durante o tratamento, ao final do tratamento e por ocasião dos surtos hanseníacos, dificulta a assistência qualificada ao paciente, tanto pelas equipes de ESF quanto pelos serviços de referência em fisioterapia.

Constatamos também que os impressos padronizados de notificação e investigação da hanseníase, são preenchidos principalmente pelo enfermeiro enquanto aqueles relativos à avaliação neurológica, são preenchidos pelo fisioterapeuta, evidenciando a participação deste profissional nos registros protocolares na hanseníase.

A despeito dos fisioterapeutas participantes da pesquisa apresentarem mais de 10 anos de graduação, mais de uma especialização, de estarem atuando a mais de cinco anos no referido serviço, e predominantemente atuarem no Serviço Especializado em Fisioterapia, ficou evidente a necessidade de treinamento, visto que a maioria referiu ter sido treinado em data anterior a 2018, além de outros 36,84% não terem recebido nenhum treinamento sobre a doença, havendo necessidade em abordar prioritariamente a avaliação e classificação de incapacidade física e manejo das reações hansênicas.

Para tanto, a educação continuada em saúde deve ser fortalecida e levada a todos os profissionais, que manifestaram a necessidade de treinamentos e capacitações teóricas e práticas, potencializando o aprendizado e corrigindo fragilidades na prevenção de incapacidades físicas, em vista da sua magnitude em nosso meio.

7 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A hanseníase no estado apresenta níveis altos de endemia e a taxa registrada de incapacidade física no momento do diagnóstico se encontra acima do aceitável. Estes pacientes, a partir do diagnóstico, necessitam de ações de assistência com foco na recuperação das incapacidades físicas instaladas. Além de que, as taxas de incapacidade física no momento da alta por cura estão subdiagnosticadas. Tal fragilidade dos serviços deve ser interpretadas como baixa qualidade da assistência, que além de deixar o paciente desassistido, impede o conhecimento da real demanda de assistência àqueles com sequelas, após o encerramento do tratamento da doença. **Impacto:** ampliar as fronteiras do conhecimento sobre possíveis causas que geram elevadas taxas de incapacidade física, evidenciando a necessidade da assistência de qualidade que possam reduzir a presença dessas incapacidades entre os casos atendidos nas áreas cobertas com ESF. Tal assistência precisa atender aos protocolos estabelecidos, que assegurem também assistência integral e de qualidade, focadas no diagnóstico precoce, tratamento, cura, avaliação de incapacidade física no diagnóstico, durante o tratamento e na alta e reabilitação aos casos com incapacidade física instalada.

Estes resultados nos convidam a refletir sobre a necessidade em fortalecer a atenção básica nas ações voltadas ao controle da hanseníase, com o fornecimento por parte dos gestores, dos recursos materiais necessários e suficientes para a assistência aos pacientes e para a realização de treinamentos/capacitações dos profissionais de saúde a partir das necessidades identificadas na pesquisa, potencializando o aprendizado e corrigindo as deficiências da assistência nas ESF.

REFERÊNCIAS

- ÁLVAREZ, C.C.S.; HANS FILHO, G. Leprosy and Physiotherapy: a necessary approach. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 3, p. 416-426, 2019. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9541>
- ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília (DF): Nesprom, 2014.
- ARAÚJO, A. E. R. A.; AQUINO, D. M. C.; GOULART, I. M. B.; PEREIRA, S. R. F.; FIGUEIREDO, I. A.; SERRA, H. O.; FONSECA, P. C. A.; CALDAS, A. J. M. Complicações neurais e incapacidades físicas na hanseníase em uma capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 899-910, dez. 2014.
- ARAUJO, M. M. P.; SILVA, C. G. A importância do sistema de informação de agravos de notificação - SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, Piauí, v. 2, n. 3, 2015.
- ARAUJO, S.; FREITAS, L. O.; GOULART, L. R.; GOULART, I. M. Molecular Evidence for the Aerial Route of Infection of Mycobacterium leprae and the Role of Asymptomatic Carriers in the Persistence of Leprosy. **Clinical infectious diseases**, vol. 63, n. 11, p. 1412-1420, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw570>.
- BARRETO, M. L.; PEREIRA, S. M.; FERREIRA, A. A. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 45-54, jul. 2006. DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1499>.
- BATISTA, E. S.; CAMPOS, R. X.; QUEIROZ, R. C. G.; SIQUEIRA, S. L.; PEREIRA, S. M.; PACHECO, T. J.; PESSANHA, T. O.; FERNANDES, T. G.; PELLEGRINI, E.; MENDONÇA, S. B. Perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-106, mar./abr. 2011.
- BERNARDES, C. A.; SANTOS, A. F.; PADOVANI, C. T. J.; SANTOS, L. F.; HANS FILHO, G. Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. **Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 17–25, nov. 2009. DOI: <https://doi.org/10.47878/hi.2009.v34.35160>.
- BORGES, A. M. P.; SALÍCIO, V. A. M. M.; GONÇALVES, M. A. N. B.; LOVATO, M. A. Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. **Uniciências**, v. 14, n.1, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Lepra. **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro, 1960.
- BRASIL. Decreto n. 968, de 7 de maio de 1962. Dispõe sobre as normas técnicas para o tratamento da lepra. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 5113, 7 maio 1962.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: Prevenção e Tratamento das Incapacidades físicas, mediante técnicas simples**. Rio de Janeiro, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 20 E, p. 23, 29 jan. 2001. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=29/01/2001>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª edição revisada, Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7ª edição. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Acesso em nov/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Serviço Público Federal. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 11ª Região - DF e GO. **Protocolo de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para prevenção de incapacidades físicas e reabilitação em hanseníase recomendado pelo CREFFITO 11**. Brasília, DF, 2015.

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, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação Unidade Técnica do SINAN. **Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET para hanseníase**: Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de hanseníase**. Número especial, Brasília, DF, jan. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022**. Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica no 16/2021/CGDE/DCCI/SVS/MS**. Orientações a Estados e Municípios para a implementação da “ampliação de uso da clofazimina para o tratamento da hanseníase paucibacilar, no âmbito do Sistema Único de Saúde”, conforme o determinado na Portaria SCTIE/MS N. 71, de 11 de dezembro de 2018. Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de hanseníase**. Número especial, Brasília, DF, jan. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de hanseníase**. Número especial. Brasília, DF, jan. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5ª edição revisada e atualizada, Brasília, DF, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria SCTIE/MS N.67, de 07 de julho de 2022**. Brasília, DF, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Roteiro para uso do Sinan Net Hanseníase e Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase**. Brasília, DF, 2022d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de hanseníase**. Número especial. Brasília, DF, jan. 2023.

BRITO, L. S. F. Sistema de informações de agravos de notificação – Sinan. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília, DF.

Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p.145-146.

CALDAS, A.M.; AQUINO, D. M. C.; CALDAS, A. J. M. C.; SILVA, R. S. O.; SILVA, S. M. F. Atuação da fisioterapia na equipe multidisciplinar no acompanhamento de pacientes com hanseníase. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v. 8, n. 2, p. 17-22, 2017.

CHACHA, J. J.; SOTTO, M.N.; PETERS, L.; LOURENÇO, S.; RIVITTI, E. A.; MELNIKOV, P. Sistema nervoso periférico e pressupostos da agressão neural na hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5 p. 495-500, out. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000500008>.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução n. 10. Aprova o código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, parte II, Brasília, DF, p. 5265-5268, 22 set. 1978.

COSTA, I. M.; MORAIS, A. T. N.; NASCIMENTO, R. G.; LIMA, J. P. M.; SANTOS, M. E. M. A.; DIAS, G. A. S.; DIAS, B. A. C. Conhecimento do fisioterapeuta da atenção primária à saúde sobre a atuação profissional em pacientes com hanseníase. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10998.2022>

CRESPO, M. J. I.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes? **Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 47, n.1, p. 43-50, 2014.

DIAS A.; CYRINO, E.G.; LASTÓRIA, J.C. Conhecimentos e Necessidades de Aprendizagem de Estudantes de Fisioterapia sobre a Hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 9-18, 2007.

DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. **Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase.** Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro Souza Lima, São Paulo, ALM Internacional, 1997.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>.

FREITAS, C.A.S.L.; SILVA, A.V.N.; XIMENES, F.R.G.N.; ALBULQUERQUE, I.M.A.N.; CUNHA, I.C.K.O. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 61, n. especial, p. 757-63, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a17v61esp.pdf>.

GIRÃO NETA, O. A.; ARRUDA, G. M. M. S.; CARVALHO, M. M. B. de; GADELHA, R. R. M. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção Da Saúde**, Ceará, v. 30, n. 2, p. 239-248, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p239>

GOIABEIRA, Y. N. L. A.; ROLIM, I. L. T. P.; AQUINO, D. M. C.; SANTOS, L. H.; LIMA, A. B. S.; SOEIRO, V. M. S. Programa de controle da hanseníase em capital hiperendêmica: uma avaliação operacional. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25144>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Municípios da faixa de fronteira e cidades gêmeas**, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=sobre>.

KESSELS, A. M. S.; TAVARES, C. M.; SANTOS, T. S.; SANTOS, K.S.; CARVALHO, L. W. T.; FIGUEIREDO, J. C. G. Série histórica dos casos de Hanseníase em menores de 15 anos em um estado do nordeste brasileiro. **Hansenologia Internationalis**, v. 41 n. 1-2, p. 4-13, 2016.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100009>.

LANZA, Fernanda Moura. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase**: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ANDO-9MBGZ8>.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 238-246, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500030>.

LAURINDO, C. R.; VIDAL, S. L.; GAMA, B. M. B. M.; LOURES, L. F.; FERNANDES, G. A. B.; COELHO, A. C. O. Trajetória de casos de hanseníase e fatores relacionados. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 3, 2018. DOI: [10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.42275](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.42275).

LIMA, E. O.; SILVA, M. R. F.; MARINHO, M. N. A. S. B.; ALENCAR, O. M.; PEREIRA, T. M.; OLIVEIRA, L. C.; ANJOS, S. J. S. B. Therapeutic itinerary of people with leprosy: paths, struggles, and challenges in the search for care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0532>

LONGO, J.D.M.; CUNHA, R.V. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no Hospital Universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. **Hansenologia Internationalis**, v. 31, n. 1, p. 03-18, 2006. DOI: <https://doi.org/10.47878/hi.2006.v31.35210>.

LOPES, J.P. Conhecimento de alunos sobre hanseníase. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 16, n. 42, p. 1-10, jan-abr. 2016.

LUNA, I. C. F.; MOURA, L. T. R. de; VIEIRA, M. C. A. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. **Revista Brasileira em Promoção Da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 2, p. 208–215, abr/jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5020/2906>.

LYON, S.; GROSSI, M. A. F. **Hanseníase**. 1. ed. MedBook, 2013.

MAGALHÃES, M.C.C.; ROJAS, .LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 75-84, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000200002>.

MARQUES, M.; CUNHA, E. A. T.; BARRETO, J. A.; ANDRADE, S. M. O. Nova Estratégia de Treinamento em hanseníase para Profissionais de Saúde de Mato Grosso do Sul. *In*: CONSAD- Congresso de Gestão Pública, 6., 2013, Brasília/DF. Painel 39/147, **Gestão de Pessoas no SUS e no SUAS**. Brasília, DF, 2013. v. Ed Esp. p. 01-13.

MARTINS, P. V.; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, suppl 1, p. 1047-1054, 2010.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020 – Campo Grande: SES, 2020. 301 p.

MENDONÇA, I. M. S.; ELERES, F. B.; SILVA, E. M. S.; FERREIRA, S. M. B.; SOUSA, G. S. DE. 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, 2022.

MONTEIRO, L. D.; LOPES, L. S. O.; SANTOS, P. R.; RODRIGUES, A. L. M.; BASTOS, W. M.; BARRETO, J. A. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00007818>.

MOSCHIONI, C.; ANTUNES, C. M. F.; GROSSI, M. A. F.; LAMBERTUCCI, J. R. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19.283 new cases of leprosy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 19-22, Feb. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000100005>.

OLIART-GUZMAN, H.; MARTINS, A.C.; MANTOVANI, S.A.S.; PAREIRA, T.M.; DELFINO, B.M.; BRANCO, F.L.C.C.; BRAÑA, A.M.; CAMPOS, R.G., OLIVEIRA, C.S.M.; SILVA-NUNES, M. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Assis Brasil, Acre, no período de 2003 a 2010. **Hansenologia Internationalis**, v. 36, n. 1, p. 39-45, 2011.

OLIVEIRA, D. T.; SHERLOCK, J.; MELO, E.V.; ROLLEMBERG, K. C. V.; PAIXÃO, T.R.S.; ABUAWAD, Y.G.; SIMON, M.V.; DUTHIE, M.; JESUS, A. R. Clinical variables associated with leprosy reactions and persistence of physical impairment. **Revista da**

Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 46, n. 5, p. 600-604, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0100-2013>.

OLIVEIRA, G. P.; SOUZA, C. A. A.; LUNARDI, H. M.V.; BRANDÃO, G. C.; ARRUDA, L. D. C. Diagnóstico de hanseníase na população indígena de Mato Grosso do Sul durante o Projeto Roda-Hans. *In: Simpósio Brasileiro de Hansenologia*, 10., 2019, Pernambuco. **Resumos** [...]. *Hansenologia Internationalis*, 2019, v. 44, n. supl. 2019, e- 2696.

OMENA, Charles Petterson Andrade de. **Análise do conhecimento de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas da atenção básica em saúde de uma capital do nordeste brasileiro sobre a avaliação do grau de incapacidade física em pacientes com hanseníase**. Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Maceió, 2021. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/8947>.

PAZ, W. S.; SOUZA, M. R.; TAVARES, D. S.; JESUS, A. R.; SANTOS, A. D.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. F.; BEZERRA-SANTOS, M. Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of leprosy in Brazil: An ecological and population-based study. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 9, 100181, mai.2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100181>.

PENNA, M.L.F.; OLIVEIRA, M.L.W.; CARMO, E.H.; PENNA, G.O.; TEMPORÃO, J.G. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.41, supl. II, p. 6-10, 2008.

PERES, A. S.; AQUINO, A. F.; MIRA, B. C.; ROCHA, H. S.; CRUZ, K. M.; AVIZ, P. C. L.; MARTINS, A. C. S.; SÁ, A. M. M. Monitoramento do Programa de Controle da Hanseníase em uma unidade de saúde. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 1, n. 2, p:91-99, ago./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4322/ijhe.v1i2.108>.

PERES, L. C. A.; OLIVEIRA, L. B. M.; OLIVEIRA, I. D. F.; COTIAN, L. H. M.; MACHADO, L. C. S. Physical disabilities in leprosy: from diagnosis to post-discharge. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, mar./apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-204>.

QUAGGIO, C.M.P.; SOARES, F.A.M.S.; LIMA, M.A.X.C. Uso dos Monofilamentos de Semmes Weinstein nos últimos cinco anos: revisão bibliográfica. **Revista Salusvita**, v. 35, n. 1, p. 129-142, 2016.

ROCHA, M. S.; PINHEIRO, R. S. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2019017, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100009>.

RODRIGUES, F. F.; CALOU, C. G.; LEANDRO, T. A.; ANTEZANA, F. J.; PINHEIRO, A. K.; SILVA, V. M.; ALVES, M. D. Knowledge and practice of the nurse about

leprosy: actions of control and elimination. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 297-304, mar./abr. 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680216i.

ROSA, G. R.; LIMA, M. M.; BRITO, W. I.; MOREIRA, A. M. Análise da completude do grau de incapacidade em hanseníase da Regional de Saúde de Rondonópolis/MT. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 82-95, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3390>. Acesso em: 20 maio 2021.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3.ed. Artes Médicas. São Paulo, 2007.

SANCHEZ, M.N.; NERY, J.S.; PESCARINI, J.M.; MESNDES, A.A.; ICHIHARA, M.Y.; TEIXEIRA, C.S.S.; PENNA, M.L.F.; SMEETH, L.; RODRIGUES, L.C.; BARRETO, M.L.; BRICKLEY, E.B.; PENNA, G.O. Physical disabilities caused by leprosy in 100 million cohort in Brazil. **BMC Infectious Diseases**, v. 21, n. 290, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-05846-w>.

SANTANA, E.M.F.; BRITO, K.K.G.; NÓBREGA, M.M.; ANTAS, E.M.V.; SOUZA, A.T.O.; OLIVEITA, S.H.S. Knowledge and attitude about disabilities in leprosy: Effects of an intervention grounded on the Meaningful Learning Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, n. e20210474, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0474>.

SANTOS, A. R.; IGNOTTI, E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30262018>.

SANTOS, T. P. P.; BOTELHO, T. A.; SANTOS, G. P. de O.; OLIVEIRA, R. F.; MENDES, T. B. B.; ANDRADE, K. O. L.; ZANONI, C.; BASTOS, L. P. Os impactos do estigma e preconceito nos portadores de hanseníase: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. e10148, 14 abr. 2022.

SAVASSI, L. C. M.; MODENA, C. M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansenologia Internationalis**, v. 40, n. 2, p. 2-16, 2015.

SERRANO-COLL, H.; VÉLEZ, J.D.; TROCHEZ, D.; BELTRÁN, J.C.; SUANCA, D.; MONSALVE, F., CARDONA-CASTRO, N. Effectiveness of an individual physical rehabilitation programme in a group of patients with Hansen's disease. **Leprosy Review**, v. 87, n. 3, p. 355-367, 2016. DOI: 10.47276/lr.87.3.355.

SILVA, J. S.R.; PALMEIRA, I. P.; SÁ, A. M. M.; NOGUEIRA, L. M. V.; FERREIRA, A. M. R. Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, Colombia, v. 10, n.1, e618, jan./abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.618>.

SOUSA, G. S.; FERREIRA DA SILVA, R. L.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 230-242, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711219>.

SOUSA, P. P.; SOUSA, A. L. M.; TURCHI, M. D. Reviewing the therapeutic management of leprosy in primary care: demand case series referred to a University

Hospital in the Midwest region of Brazil. **Anais Brasileiros Dermatologia**, v. 96, n. 3, p. 301-308, mai./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.09.005>.

SOUZA, A. F. S.; SILVA, A. M. A.; SOUSA, A. S.; NUNES JUNIOR, A. C. L.; ARAÚJO, C. I.S.; CRUZ, E. M.; CAMPOS, E. L. P. S.; MENDES, J. C. C.; SILVA, H.D. P.; SOUZA, M. C.; RIBEIRO, M. V. D.; ALENCAR, M. F. B.; RODRIGUES, M. C.; SOUSA, R. C.; ARAÚJO, W. P. G.; SOUZA, E. S. Atuação do enfermeiro e fisioterapeuta na prevenção e tratamento da hanseníase: um enfoque na atenção básica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 26, n. 3, p. 96-102, mar- mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Leprosy global situation. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, n 34, p. 289-296, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards Zero Leprosy. **Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021–2030**. New Delhi: Regional Office for South-East Asia, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, v. 95, n. 36, p. 417-438, 2020.

APÊNCICE A

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

- 1- Município onde atua:
.....
- 2- Qual o tipo de unidade de saúde onde atua?
 Unidade Básica de Saúde
 Estratégia Saúde da Família (ESF)
 Serviço de Referência em Hanseníase
 Serviço Especializado em Fisioterapia
 Núcleo de Apoio a Saúde da Família
 Outros
- 3- Qual a sua graduação?
 Medicina
 Enfermagem
 Fisioterapia
 Terapia Ocupacional
 Assistência Social
 Outros
- 4- Qual seu gênero?
 Feminino
 Masculino
 Prefiro não dizer
- 5- Qual a sua faixa etária?
 18 a 30 anos
 31 a 40 anos
 41 a 50 anos
 51 a 60 anos
 61 anos ou mais
- 6- Há quanto tempo você formou na graduação?
 Menos de 2 anos
 Entre 2 e 4 anos
 Entre 5 e 10 anos
 Acima de 10 anos
- 7- Você tem alguma pós-graduação?
 Não
 Sim
- 8- Quantas pós-graduações você possui?
.....
- 9- Em que área é (são) a(s) pós-graduação(ões)?
.....

- 10- Há quanto tempo você trabalha na sua unidade de saúde?
 Menos de 2 anos
 Entre 2 e 4 anos
 Entre 5 e 10 anos
 Acima de 10 anos
- 11- Você atendeu pacientes com Hanseníase nos últimos 5 anos?
 Sim
 Não
- 12- Já participou de capacitação ou treinamentos para atender pacientes com hanseníase?
 Não
 Sim
- 13- Em que ano recebeu o ultimo treinamento?
.....
- 14- O treinamento recebido abordou:
 Rotina do serviço de hanseníase
 Manejo clínico de pacientes com hanseníase
 Prevenção e reabilitação de incapacidade física em paciente com hanseníase
 Outros
- 15- O treinamento realizado foi:
 Apenas teórico
 Apenas prático
 Teórico e Prático
 Não se aplica
- 16- Você tem interesse em participar de algum treinamento sobre hanseníase?
 Sim
 Não
- 17- Em qual treinamento você tem o maior interesse?
 Rotina do serviço de hanseníase
 Manejo clínico de pacientes com hanseníase
 Prevenção e reabilitação de incapacidade física em paciente com hanseníase
 Outros

Como você julga seu conhecimento sobre os seguintes temas?

- 18- Modo de transmissão da hanseníase
 Ótimo Bom Regular Insuficiente
- 19- Como se faz o diagnostico da hanseníase
 Ótimo Bom Regular Insuficiente
- 20- Tratamento da hanseníase
 Ótimo Bom Regular Insuficiente

- 21- Avaliação e classificação do grau de incapacidade física na hanseníase
 Ótimo Bom Regular Insuficiente
- 22- Diagnóstico, classificação e manejo das reações hansênicas
 Ótimo Bom Regular Insuficiente
- 23- Quais profissionais participam da assistência aos suspeitos/confirmados de hanseníase em sua Unidade de Saúde?
 Médico e enfermeiro
 Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem
 Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS
 Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e fisioterapeuta/terapeuta ocupacional
 Médico, enfermeiro e outro profissional
 Outros
- 24- Em seu atendimento a casos suspeitos de hanseníase qual (quais) procedimentos você realiza?
 Anamnese (história do paciente)
 Exame físico geral
 Avaliação da sensibilidade em áreas suspeitas (térmica, dolorosa e tátil)
 Palpação de nervos periféricos
 Avaliação da força motora
 Teste de sensibilidade das mãos, pés e olhos
 Avaliação da acuidade visual
 Identificação e classificação do grau de incapacidade física
 Solicitação de baciloscopia
 solicitação de outros exames
 Prescrição de medicação PQT
 Administração da dose supervisionada
 Orientações sobre hanseníase
 Investigação da fonte de infecção e exame de contatos
- 25- Em sua unidade de saúde são realizadas ações para diagnóstico precoce de hanseníase (exames da coletividade, busca ativa de casos, avaliação dos contatos, palestras na sala de espera, palestra/atividades na comunidade)?
 Não
 Sim
- 26- Quem, da sua Unidade de Saúde, participa das ações para diagnóstico precoce de hanseníase (exames da coletividade, busca ativa de novos casos, avaliação dos contatos e ações educativas)?
 Médico
 Enfermeiro
 Fisioterapeuta
 Terapeuta Ocupacional
 Técnico em enfermagem

- Agente Comunitário de Saúde
- Outros

27- Quando os pacientes apresentam reações hansênicas (Tipo I ou Tipo II) e são encaminhados para serviço de referência municipal, a ESF acompanha em conjunto?

- Sim
- Não
- Desconheço esta rotina

28- Para a avaliação do grau de incapacidade física (GIF), força muscular e sensibilidade dos olhos, mãos e pés do paciente, devem ser avaliadas e registradas no Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada. Sua Unidade de Saúde realiza esta avaliação?

- Sim
- Não

29- Assinale os materiais disponíveis na sua unidade de saúde para esta avaliação:

- Estesiômetro
- Tubo de vidro para avaliação da sensibilidade térmica
- Acesso à água quente e fria para avaliar sensibilidade térmica
- Fio dental para avaliar a sensibilidade dos olhos
- Agulha para testar a sensibilidade dolorosa
- Algodão para testar a sensibilidade tátil
- Tabela de Snellen

O prontuário do paciente de hanseníase deve ser o mesmo usado para os demais atendimentos realizados na UBS/ESF. Mas também são necessários outros instrumentos (padronizados pelo Ministério da Saúde) que sistematizam a assistência e monitoram o serviço e a doença.

Na unidade de saúde onde atua, quem preenche os impressos listados abaixo?

30- Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase:

.....

31- Boletim de acompanhamento de hanseníase:

.....

32- Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos:

.....

33- Formulário de avaliação de GIF no diagnóstico e na alta:

.....

34- Formulário para avaliação neurológica simplificada:

.....

APÊNDICE B

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "INCAPACIDADE FÍSICA NA HANSENÍASE E A ASSISTÊNCIA DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DO SUL" desenvolvida pelos pesquisadores Ana Paula Ribeiro Mijolaro Lagemann e Marli Marques.

O objetivo central do estudo é analisar a rotina das equipes de estratégia saúde da família em relação ao diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, dos casos novos de hanseníase e da participação do fisioterapeuta/terapeuta ocupacional na assistência em atenção aos protocolos estabelecidos.

O convite a você se deve à importância de conhecer como as equipes de saúde da família assistem os pacientes em relação a incapacidade física causada pela hanseníase. Sua participação é voluntária, não obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder um questionário com 17 questões, em pouco mais de 20', de forma online, via aplicativo de WhatsApp, utilizando o aplicativo Google Forms.



Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados. Este banco de dados será armazenados em arquivos digitais e ficarão sob guarda e responsabilidade do pesquisador principal, por pelo menos 5 anos (Resolução CNS nº 466/2012).

O pesquisador se compromete, ao término da pesquisa, em enviar a cada participante o endereço eletrônico de acesso as produções oriundas da pesquisa.

Esta pesquisa trará benefícios indiretos a longo prazo aos participantes e a população. Os benefícios advirão de investimentos para a qualificação da assistência, evitando sequelas permanentes aos doentes, além de inestimáveis contribuições ao conhecimento científico.

Deixamos explícito que não haverá qualquer despesa a você em decorrência da sua participação na pesquisa. No entanto, caso haja e seja COMPROVADA, você será ressarcido pela pesquisadora, no momento da entrevista ou posteriormente.

Consideramos riscos mínimos aos participantes, configurando-se ocasionalmente em indisposição em responder questões desconfortáveis ou que possam lhes causar algum constrangimento. Tal constrangimento pode ser amenizado, pela garantia do acesso **exclusivo** dos pesquisadores aos respectivos dados e sigilo da identidade do respondente, mesmo quando os

	
Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

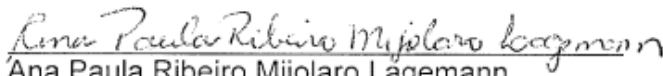
resultados forem apresentados em eventos técnicos e científicos. E diante de qualquer evento danoso não previsto, o fato será informado às instituições promotoras participantes e ao Comitê de Ética em Pesquisa para medidas cabíveis e/ou indenizações definidas conjuntamente de acordo com o tipo de dano, e garantidas pela pesquisadora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre o andamento da pesquisa, o que poderá ser feito através do e-mail ana_paula212@hotmail.com, telefones: pessoal (67) 99969-7135 ou profissional (67) 3318-1838 ou no endereço rua da Assembleia, 234, bairro Cidade Jardim, Campo Grande, MS.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30 às 11:30 e 13:30 às 17:30 horas.

Você tem o direito a uma via desse termo, e você pode salvar em seu dispositivo móvel ou no seu computador. Se estiver esclarecido (a) sobre a finalidade desse estudo e concordar em participar, por favor, assinale a opção: **ACEITO**.

Link para arquivo em PDF (TCLE) e questionário:
<https://forms.gle/XynA8N8F3uzw6kVVA>


Ana Paula Ribeiro Mijolaro Lagemann
Pesquisador principal

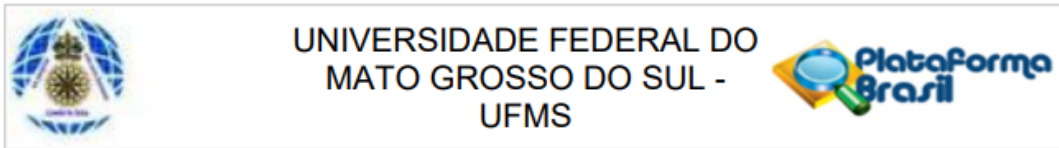
Campo Grande, MS , 29 de outubro de 2021

Nome e assinatura

Participante da pesquisa

Local e data, ,de de

APÊNDICE C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCAPACIDADE FÍSICA NA HANSENÍASE E A ASSISTÊNCIA DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51733521.9.0000.0021

Instituição Proponente: INISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.128.501

Apresentação do Projeto:

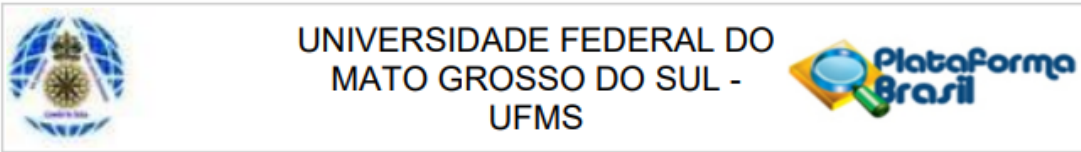
Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando dados primários e secundários sobre incapacidade física e assistência na hanseníase, realizada em Mato Grosso do Sul, no período de 2016 a 2020. A coleta dos dados primários será realizada aplicando um questionário com 17 questões, para médicos e enfermeiros das ESF que notificaram casos de hanseníase e aos fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais que atenderam casos encaminhados pelas ESF, no período de 2018 a 2020. O questionário será respondido de forma online, via aplicativo WhatsApp pela plataforma Google Forms®. A coleta de dados secundários será realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), incluindo informações sobre incapacidade física em casos novos, de residentes sul-mato-grossenses, notificados nos anos de 2016 a 2020, que evoluíram para cura. Os dados sobre incapacidade física serão avaliados usando parâmetros do programa nacional e os dados coletados através do questionário serão tabulados, analisados e apresentados de forma descritivamente e graficamente. (Texto do pesquisador)

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar incapacidade física na hanseníase e a assistência das equipes de Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.128.501

a) avaliar a completitude dos registros sobre incapacidade física e o grau de incapacidade física em casos novos no momento do diagnóstico e da alta por cura; b) analisar a rotina das equipes de estratégia saúde da família em relação ao diagnóstico, acompanhamento, prevenção e recuperação de incapacidade física, na rotina da assistência dos casos novos de hanseníase; c) identificar a participação do fisioterapeuta/terapeuta ocupacional na assistência ao paciente com hanseníase em relação aos protocolos de assistência e registros das informações. (Texto do pesquisador)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente explicitados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as solicitações foram devidamente atendidas pelo pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

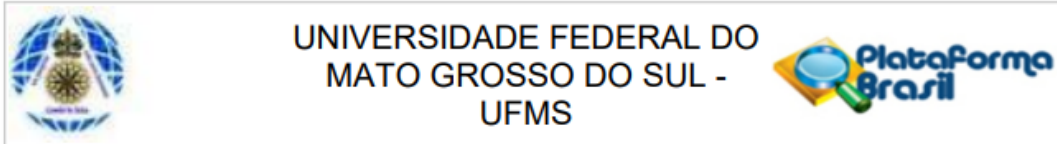
Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.128.501

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1818564.pdf	03/11/2021 18:33:33		Aceito
Outros	APENDICEC.pdf	03/11/2021 15:59:17	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Parecer Anterior	CARTARESPOSTA.pdf	03/11/2021 15:43:44	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocorrigido.pdf	03/11/2021 15:40:08	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/11/2021 14:08:37	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Outros	anuencia.pdf	03/11/2021 14:06:00	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/11/2021 14:03:43	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Outros	questionario.pdf	01/09/2021 12:20:35	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Outros	autorizacaosecretariasmunicipais.pdf	01/09/2021 12:19:18	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Outros	termobancodedados.pdf	01/09/2021 12:18:18	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	01/09/2021 12:15:39	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/09/2021 12:14:17	ANA PAULA RIBEIRO MIJOLARO LAGEMANN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¸ Prédio das Pró-Reitorias ¸ Hércules Maymone¸ ¸ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.128.501

CAMPO GRANDE, 25 de Novembro de 2021

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br