



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JHONNY RICHARD DE MELO GOMES

**FATORES ASSOCIADOS AO DIAGNÓSTICO DA  
HANSENÍASE NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO  
DAS AÇÕES DE CONTROLE PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

JHONNY RICHARD DE MELO GOMES

**FATORES ASSOCIADOS AO DIAGNÓSTICO DA  
HANSENÍASE NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO  
DAS AÇÕES DE CONTROLE PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elma Mathias Dessunti.

Coorientadora: Profa. Dra. Flávia Meneguetti Pieri.

Londrina  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Gomes, Jhonny Richard de Melo .

Fatores associados ao diagnóstico da hanseníase no processo de descentralização das ações de controle para a Atenção Primária à Saúde / Jhonny Richard de Melo Gomes. - Londrina, 2018.  
61 f. : il.

Orientador: Elma Mathias Dessunti.

Coorientador: Flávia Meneguetti Pieri.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.  
Inclui bibliografia.

1. Hanseníase - Tese. 2. Descentralização - Tese. 3. Atenção Primária à Saúde - Tese. 4. Ações de controle da hanseníase - Tese. I. Dessunti, Elma Mathias. II. Pieri, Flávia Meneguetti. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

JHONNY RICHARD DE MELO GOMES

**FATORES ASSOCIADOS AO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NO  
PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE  
PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Elma Mathias Dessunti  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio  
Universidade de São Paulo - USP

---

Profa. Dra. Eleine Aparecida Penha Martins  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 25 de setembro de 2018.

**DEDICO**

Dedico a todos que venceram comigo essa  
batalha.

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada somos.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Elma Mathias Dessunti, para quem não há agradecimentos que cheguem. Estou grato pela liberdade de ação que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal. Como professora foi o expoente máximo, abriu-me horizontes. Tenho absoluta certeza que é e sempre será modelo de docente para mim e tantos outros orientandos.

À minha coorientadora Profa. Dra. Flávia Meneguetti Pieri pelo projeto e pelo incentivo à pesquisa da Hanseníase.

Aos professores Dra. Eleine Aparecida Penha Martins e Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio que constituíram a banca examinadora. Agradeço pelas contribuições e desafios proporcionados.

Aos colegas de turma do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, sou grato pela amizade e companheirismo.

A Seção de Pós-Graduação que sempre estiveram solícitos. Agradeço pelo apoio.

À minha família, pela sólida formação dada até a minha juventude, que me proporcionou a continuidade nos estudos até à chegada a este mestrado, os meus eternos agradecimentos. Também aos meus amigos que nunca estiveram ausentes, agradeço a amizade e o carinho que sempre me disponibilizaram.

“Dar o exemplo não é a melhor maneira de  
influenciar os outros. É a única.”

**Albert Schweitzer**

GOMES, Jhonny Richard de Melo. **Fatores associados ao diagnóstico da hanseníase no processo de descentralização das ações de controle para a Atenção Primária à Saúde.** 2018. 61 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## RESUMO

A descentralização das Ações de Controle da Hanseníase é essencial para melhorar o acesso ao serviço de saúde, possibilitando assim, o diagnóstico precoce da doença. Entretanto, existem, ainda, problemas de questão prática, observando-se lacunas nas evidências científicas que abordem o processo de descentralização. Nesse contexto, foram desenvolvidos os dois estudos que compõem esta dissertação. O primeiro foi elaborado em forma de revisão integrativa, com o objetivo de analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para a Atenção Primária à Saúde. A busca totalizou 502 artigos, dos quais 12 responderam aos objetivos da pesquisa e aos critérios de inclusão. Os estudos mostraram benefícios desse processo tais como aumento da taxa de detecção e do diagnóstico precoce, além de retaguarda adequada dos centros de referência. Entretanto, apontam fragilidades como rede básica desestruturada, desinteresse dos gestores e dos profissionais bem como a desqualificação profissional. Conclui-se que a descentralização é capaz de enfrentar a endemia hanseníase, contudo, essa integração não vem ocorrendo de forma adequada, pois o processo foi desencadeado com a simples transferência das ações para os serviços e profissionais. Com base na relação entre o processo de descentralização e o diagnóstico precoce, elaborou-se o segundo estudo com o objetivo de analisar os fatores sociodemográficos e clínico-epidemiológicos associados ao momento do diagnóstico da hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença. Estudo transversal, realizado no município de Londrina, por meio da análise das fichas de notificação da doença e dos prontuários de 1.383 indivíduos com hanseníase no período entre 1996 a 2016. Os dados foram analisados pelo programa SPSS e, para verificar associação entre as variáveis de interesse, utilizou-se a Razão de Chances (Odds Ratio - OR) e Intervalos de Confiança de 95% calculados por meio da regressão logística binária, com nível de significância estatística de 0,05. As variáveis com p-valor < 0,20 nas análises bivariada foram incluídas em modelo de regressão bivariado ajustado por variáveis com potencial de confusão. A média de detecção foi menor ( $p < 0,001$ ) no período pós-descentralização e houve uma diminuição da ocorrência da hanseníase em menores de 15 anos de 3,80% para 2,80%. Verificou-se maior chance de ser diagnosticado tardiamente, ou seja, na forma virchowiana, classificação operacional multibacilar e incapacidade física grau 1 e 2 no período pós descentralização. 95,9% dos diagnósticos feitos no período posterior ao processo foram realizados em serviços especializados. Concluiu-se que o cuidado de saúde da família tem um longo caminho a percorrer para alcançar uma descentralização efetiva. No período de estudo, houve um aumento no diagnóstico tardio da hanseníase no período pós descentralização quando comparado o período pré.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Descentralização. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Epidemiologia.

GOMES, Jhonny Richard de Melo. **Factors associated with diagnosis of leprosy in the process of decentralization of control actions for Primary Health Care.** 2018. 61 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## ABSTRACT

Decentralization of Leprosy Control Actions is essential to improve access to the health service, thus enabling the early diagnosis of the disease. However, there are still practical issues, with gaps in scientific evidence addressing the decentralization process. In this context, the two studies that compose this dissertation were developed. The first one was prepared as an integrative review, with the objective of analyzing the scientific evidence available in the literature on the decentralization of leprosy control actions for Primary Health Care. The search totaled 502 articles, of which 12 responded to the research's objectives and inclusion criteria. Studies have shown benefits of this process such as increased detection rate and early diagnosis, as well as the reference centers appropriate support. However, they point out fragilities as a basic unstructured network, lack of interest of managers and professionals as well as professional disqualification. It is concluded that decentralization is capable of coping with the leprosy endemic, however, this integration has not been occurring adequately, since the process was triggered by the simple transfer of actions to the services and professionals. Based on the relationship between the decentralization process and the early diagnosis, the second study was developed with the objective of analyzing the sociodemographic and clinical-epidemiological factors associated with the moment of diagnosis of leprosy in the pre- and post-decentralization periods of control actions of the disease. Cross-sectional study, carried out in the city of Londrina, through the analysis of the records of disease notification and medical records of 1,383 individuals with leprosy in the period between 1996 and 2016. The data were analyzed by the SPSS program and, to verify the association between the variables of interest, we used the Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Intervals, calculated using binary logistic regression, with level of statistical significance of 0.05. Variables with p-value <0.20 in the bivariate analyzes were included in a bivariate regression model adjusted for variables with potential the confusion. The mean of detection was lower ( $p < 0.001$ ) in the post-decentralization period and there was a decrease in the occurrence of leprosy in children under 15 from 3.80% to 2.80%. There was a greater chance of being diagnosed late, that is, in the Virchowian form, multibacillary operational classification and physical disability grade 1 and 2. 95.9% of the diagnoses made in the post-process period were performed in specialized services. It was concluded that family health care has a long way to go in order to achieve effective decentralization. During the study period, there was an increase in the late diagnosis of leprosy in the post decentralization period when compared to the pre.

**Keywords:** Leprosy. Decentralization. Primary Health Care. Health Services Research. Epidemiology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Estudo 1**

**Figura 1** – Fluxograma da seleção dos estudos. Londrina - PR, 2018 .....20

## LISTA DE QUADROS

### Estudo 1

<b>Quadro 1</b> – Apresentação dos estudos incluídos de acordo com a identificação do estudo/periódico, título, autores, ano/idioma, método e amostra. Londrina - PR, 2018.....	22
---	----

## LISTA DE TABELAS

### Estudo 1

<b>Tabela 1</b> – Resultados agrupados conforme benefícios e fragilidades provenientes da descentralização das ações de controle da hanseníase. Londrina - PR, 2018. ....	25
---	----

### Estudo 2

<b>Tabela 1</b> – Análise comparativa do perfil sociodemográfico dos indivíduos diagnosticados com hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença. Londrina - PR, 2018.....	37
<b>Tabela 2</b> – Análise comparativa das características clínico-epidemiológicas dos indivíduos diagnosticados com hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença. Londrina - PR, 2018.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH	Ações de Controle da Hanseníase
APS	Atenção Primária à Saúde
CIDI	Centro Integrado de Doenças Infecciosas
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
Cismepar	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IF	Incapacidade Física
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MB	Multibacilar
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MH	Mal de Hansen
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	<b>16</b>
2.1	INTRODUÇÃO .....	17
2.2	MÉTODO .....	18
2.3	RESULTADOS .....	21
2.4	DISCUSSÃO .....	26
2.5	CONCLUSÃO .....	29
2.6	REFERÊNCIAS .....	30
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-DESCENTRALIZAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL</b> .....	<b>32</b>
3.1	INTRODUÇÃO .....	33
3.2	MÉTODO.....	35
3.3	RESULTADOS .....	37
3.4	DISCUSSÃO .....	41
3.5	CONCLUSÃO .....	44
3.6	REFERÊNCIAS .....	45
<b>4</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>50</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>52</b>
	ANEXO A – Formulário de pesquisa: perfil epidemiológico da hanseníase no município de Londrina - PR, no período de 1996 a 2005 .....	53
	ANEXO B – Formulário de pesquisa: perfil epidemiológico da hanseníase no município de londrina - PR, no período de 2013 a 2016 .....	58
	ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....	61

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) para a atenção primária à saúde (APS), principal estratégia de saúde pública para o controle da infecção, tem como objetivo a detecção precoce da doença, evitando as incapacidades físicas (IF) e eventuais ônus que possam influenciar na qualidade de vida do indivíduo e da comunidade.

A integração das ACH tem ocorrido de modo gradual e progressivo, embora lento, desde os anos 70. Porém, somente nas duas últimas décadas a descentralização dessas ações tem ocorrido de modo mais consistente devido ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (LYON; GROSSI, 2014).

A Hanseníase, também conhecida como Mal de Hansen (MH), é considerada uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, tendo como agente causador o *Mycobacterium leprae*. Sua transmissão se dá, principalmente, por via aérea superior, tem um período de incubação de 2 a 7 anos afetando pessoas de ambos os sexos e de todas as idades. A manifestação ocorre por meio de sintomas dermatoneurológicos: manchas, placas, nódulos e lesões de nervos periféricos (LYON; GROSSI, 2014; MEDEIROS et al., 2015), sendo a principal causa não-traumática de neuropatia, levando a deficiências que provocam limitações de atividades e restrição social (MONTEIRO et al., 2013; RAPOSO, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), entende-se como portador da doença todo indivíduo que apresenta uma ou mais das características a seguir: lesão de pele com alteração de sensibilidade, e/ou espessamento neural, e/ou baciloscopia positiva. São classificados operacionalmente em Paucibacilar (PB), casos com até cinco lesões de pele, e Multibacilar (MB) aqueles com mais de cinco lesões (BRASIL, 2016).

A prevalência do MH no Brasil tem sofrido um declínio progressivo que vai de 2,11 casos por 10.000 habitantes em 2007, 1,56 em 2010 para 1,27 em 2014 e observou-se nos mesmos anos uma diminuição no coeficiente de detecção de 21,19 por 100 mil habitantes para 18,22 e sequentemente para 15,32 (BRASIL, 2015). Para Barbosa, Almeida e Santos (2014), o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranque de países com maior incidência e o segundo de maior prevalência, atrás somente da Índia.

A doença ainda é um problema de saúde pública no país, a cada ano são diagnosticados cerca de 40.000 casos novos (MONTEIRO et al., 2013; QUEIROZ et al., 2015). Sua notificação é compulsória e a investigação obrigatória em todo território brasileiro, os casos devem ser notificados utilizando-se a Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (OLIVEIRA, 2014).

Por muito tempo, os portadores da hanseníase foram atendidos sob a forma centralizada e verticalizada, porém esse tipo de estratégia possui limites, como a cobertura insuficiente e carência da assistência integral e contínua. A descentralização das ACH e a sua integração na APS são pré-requisitos para a eliminação da doença (RAPOSO; NEMES, 2012).

A descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, objetiva prestar serviços com maior qualidade à população, além de garantir o controle e a fiscalização desses serviços pelos cidadãos (CUNHA; CUNHA, 1998). A poliquimioterapia (PQT) introduzida na década de 80 mostrou-se um tratamento eficaz, e contribuiu para que se pudesse pensar na descentralização das ACH, aumentando a cobertura e facilitando o acesso ao seu diagnóstico e tratamento. As ACH passam a ser incluídas nos esforços de descentralização no Brasil, culminando com a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS 01/2001), que descreve as ACH a serem desenvolvidas pelos serviços de atenção básica no país. Existe, no entanto, controvérsia quanto à qualidade da assistência às pessoas com hanseníase após processo de descentralização, e pouca evidência científica que contribua para solvê-la (KALK; FLEISCHER, 2004).

A descentralização seria uma forma de superar barreiras físicas, administrativas e institucionais, assegurando melhor resposta às necessidades locais, bem como melhor gerenciamento de recursos e maior motivação, o que contribuiria para a implementação de ações, aumento da cobertura de programas e promoção da coordenação intersetorial (NEWELL et al, 2005).

O modelo de atenção à doença precisa ser baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos pela APS, com suporte da atenção secundária e terciária, o que garantirá a redução dos níveis endêmicos da patologia e garantia da qualidade da assistência (BRASIL, 2010).

Essa qualidade pode ser avaliada por meio de indicadores epidemiológicos, como “a redução de casos de incapacidades físicas, redução do

percentual de casos diagnosticados em menores de 15 anos, redução da proporção de casos multibacilares e aumento do percentual de cura” como citado por Lanza e Lana (2011, p. 3).

As pesquisas que existem sobre a descentralização das ACH, em sua maioria, dizem respeito à cobertura dos serviços ou a dados de detecção e prevalência, porém vê-se uma carência de trabalhos acerca do impacto da descentralização sobre os indicadores sociodemográficos e clínicos, por meio de uma comparação entre os períodos anteriores e posteriores à descentralização das ações de controle à APS.

Esse estudo espera trazer contribuições para o desenvolvimento dos serviços de saúde no controle do MH, subsidiar a definição de políticas efetivas para a eliminação da doença e estimular a reflexão sobre as ações de descentralização no país.

O presente relatório de pesquisa está dividido em dois estudos, sendo o primeiro intitulado “Descentralização das ações de controle da hanseníase: revisão integrativa” e, objetivou analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para a Atenção Primária à Saúde. O segundo estudo intitulado “Diagnóstico da hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização para a Atenção Primária à Saúde em um município da região sul do Brasil”, teve como objetivo analisar os fatores sociodemográficos e clínico-epidemiológicos associados ao momento do diagnóstico da hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença.

## 2 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA

### Resumo

**Objetivo:** Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para a Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura realizada entre março e maio de 2017, com busca nas bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL e *Web of Science* utilizando-se os descritores: hanseníase, descentralização e atenção primária à saúde. **Resultado:** 12 artigos atenderam aos critérios de inclusão. A síntese dos dados foi apresentada em um quadro sinóptico e a análise gerou duas categorias de resultados relevantes: benefícios, como aumento da taxa de detecção precoce e cura e apoio dos centros de referência; fragilidades, como rede básica desestruturada, desinteresse dos gestores e dos profissionais bem como a desqualificação profissional. Todos os estudos possuem o nível 6 de evidência científica. **Conclusão:** A hanseníase é uma doença que agrega uma série de complexidades em todo o seu processo de determinação e deve ser tratada de forma comprometida. A descentralização é essencial para melhorar o acesso da população ao serviço de saúde, entretanto, essa descentralização vem ocorrendo de forma inadequada, pois o processo foi desencadeado com a simples transferência das ações para atenção primária.

**Descritores:** Hanseníase; Descentralização; Atenção Primária à Saúde; Revisão

### Abstract

**Objective:** To analyze the scientific evidence available in the literature on the decentralization of leprosy control actions to Primary Health Care. **Method:** Integrative review of the literature conducted between March and May 2017, with a search in the databases LILACS, PubMed, CINAHL and Web of Science using the descriptors: leprosy, decentralization and Primary Health Care. **Result:** 12 articles met the inclusion criteria. The synthesis of the data was presented in a synoptic table and the analysis generated two categories of relevant results: benefits, such as increased early detection rate and cure and support of referral centers; weaknesses, as a basic unstructured network, disinterestedness of managers and professionals as well as professional disqualification. All studies have level 6 of scientific evidence. **Conclusion:** Leprosy is a disease that adds a number of complexities throughout its determination process and should be treated in a committed manner. Decentralization is essential to improve the population's access to health services, however, this decentralization has been occurring inadequately, since the process was triggered by the simple transfer of actions to primary care. **Descriptors:** Leprosy; Decentralization; Primary Health Care; Review.

## 2.1 INTRODUÇÃO

O debate sobre a descentralização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) no Brasil teve início na década de 80, concomitantemente com a reformulação do sistema de saúde, com a finalidade de aumentar a cobertura e a melhoria da atenção ao portador da hanseníase (BARBIERI et al., 2016). A assistência a esse grupo de pessoas, até então, era ofertada pelas unidades estaduais de saúde e centros de referência presentes em alguns municípios (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

Entretanto essa política iniciou-se no país apenas em 1998, como parte do compromisso da “Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase”. O Ministério da Saúde (MS) determina que as ACH devem ser conduzidas na Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser encaminhadas à referência somente casos de complicações graves, bem como as correções cirúrgicas (MENDES et al., 2008; PIMENTEL; ANDRADE, 2004).

O termo descentralização foi introduzido com o intuito de deslocar a responsabilidade e poder para os entes federativos, visando o seu fortalecimento para a gestão dos sistemas de saúde (MENDES, 2001; TEIXEIRA, 1991). Ao mesmo tempo a APS, como estratégia de organização dos sistemas de saúde, é capaz de responder às condições crônicas e agudas, direcionada para uma atenção mais integrada, que consegue abarcar e resolver parte dos problemas da população, de forma digna e humanizada (OPAS, 2007).

No âmbito da hanseníase a descentralização das ações de controle é essencial para melhorar o acesso do doente ao serviço de saúde, e para isso, APS precisa aliar em suas atividades a disponibilização de informações relacionadas aos sinais e sintomas, ao diagnóstico, ao tratamento poliquimioterápico, à avaliação e à prevenção de incapacidades físicas, à busca ativa e o controle de contatos (BRASIL, 2001). Os centros de referência devem ser reorganizados para proporcionarem assistência às complicações que forem referenciadas pela atenção básica, assim como motivarem a educação continuada das equipes de saúde (CORREIA et al., 2008; FERREIRA et al., 2008).

O sucesso da implantação das ações de controle na APS pode ser avaliado a partir dos indicadores epidemiológicos, como a redução de casos diagnosticados com incapacidades físicas, de casos diagnosticados em menores de

15 anos, da proporção de casos multibacilares (MB) e o aumento da proporção de cura (FREITAS; CORTELA; FERREIRA, 2017; LANZA; LANA, 2011).

Para se alcançar a meta de eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, ou seja, menos de um caso por 10.000 habitantes (BRASIL, 2015), é preciso um aglomerado de ações de ordem política, gerencial e técnica, que possam buscar todos os casos da doença, quebrando a cadeia de transmissão e tendo como consequência, a redução do número de casos (BARBIERI et al., 2016; BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, o percentual de casos novos de Hanseníase diagnosticados no Brasil com alguma incapacidade física vem aumentando discretamente nos últimos anos. Em 2016, 33% dos novos casos de Hanseníase foram diagnosticados com alguma incapacidade física (25,1% com grau 1 e 7,9% com grau 2) (BRASIL, 2018).

Esses dados sugerem que o processo de descentralização parece não ter alcançado as expectativas do controle da doença, pois é visto o aumento de casos de diagnóstico tardio evidenciado pela percentagem significativa de casos de incapacidade física. Aliado a este fato, encontram-se lacunas nas evidências científicas que detalhem o processo de descentralização das ACH no Brasil. Neste sentido, a presente revisão integrativa teve como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para a Atenção Primária à Saúde.

## 2.2 MÉTODO

Revisão integrativa que versa em método de pesquisa capaz de sintetizar resultados de estudos anteriores sobre determinado fenômeno, por meio de um processo de análise criteriosa da literatura. Por meio dela, é possível identificar lacunas no conhecimento em relação ao tema em estudo e a necessidade de estudos futuros na área (CROSSETTI, 2012). De acordo com o método, a pesquisa adotou as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura dos estudos primários com base nos critérios de inclusão e exclusão; organização dos estudos pré-selecionados (extração dos dados dos estudos primários); análise crítica dos estudos primários selecionados; análise e síntese dos

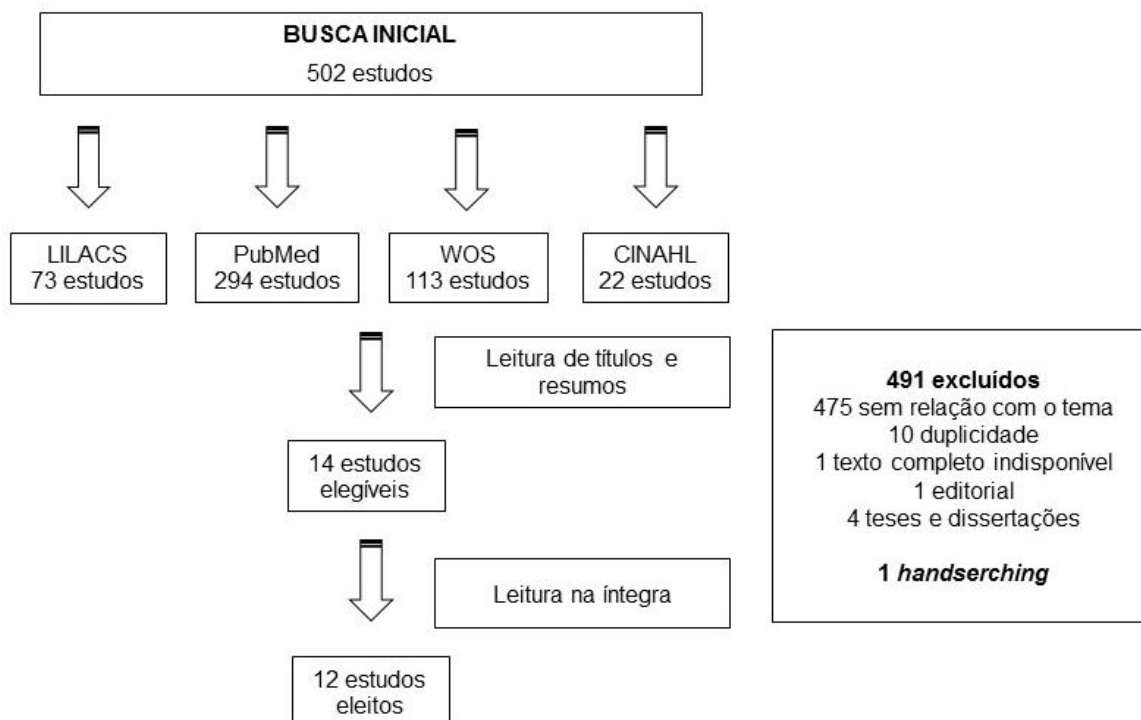
resultados avaliados e apresentação da revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi realizada a busca de artigos a fim de responder a seguinte questão norteadora: “Qual o conhecimento científico disponível na literatura sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para a atenção primária à saúde?” A busca foi realizada no período de março a maio de 2017, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e a *Web of Science* (WOS). Os descritores foram utilizados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MESH), empregados em combinações com operadores booleanos (*AND* e *OR*): Hanseníase (*Leprosy*), Descentralização (*Decentralization*) e Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*). Considerando a escassez de artigos indexados nessas bases, foram realizadas combinações na tentativa de localizar estudos acerca da temática, sendo mantido o termo “hanseníase” como principal descritor para a busca.

A partir da combinação desses descritores, foram localizadas 502 referências, conforme Figura 1.

A primeira seleção foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos, além de uma breve leitura de alguns textos, para verificar se contemplavam o objetivo da pesquisa e atendiam os critérios de inclusão e exclusão. Foram aplicados critérios de inclusão: textos completos disponíveis nas bases de dados pesquisadas, publicados em português, inglês e/ou espanhol e que respondessem à questão norteadora. Os artigos excluídos foram: os estudos em duplicidade, editoriais, dissertações e teses. Não houve limitação de data de publicações dos estudos devido à escassa produção científica sobre o assunto.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção dos estudos. Londrina, 2018.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2018.

Em seguida foi feita a leitura analítica dos estudos, que foram encontrados e numerados segundo a ordem de localização; os dados foram organizados a partir das informações extraídas das publicações eleitas. Essa análise foi realizada por dois pesquisadores independentes, e quando houve discordância entre eles na seleção, um terceiro pesquisador foi solicitado.

Baseado nos níveis de evidências (NE), os estudos foram classificados de forma hierárquica, contribuindo para a tomada de decisões na área da saúde. Nesta pesquisa, lançou-se mão da proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que classifica como nível 1, as evidências são obtidas de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, vindas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, oriundas de opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

### 2.3 RESULTADOS

Em relação ao ano de publicação, dos 12 artigos integrantes do estudo apresentados no Quadro 1, verificou-se maior produção no ano de 2008, com três artigos (25,0%). Nos anos 2005, 2006, 2009, 2013 e 2014 não foram identificados estudos relacionados à temática.

Quanto à caracterização dos estudos que compuseram a seleção, destaca-se que as publicações estão distribuídas em revistas de saúde coletiva (36,4%) e específicas de hanseníase (36,4%), sendo que o número de estudos escritos na língua inglesa e portuguesa foram iguais e, por fim 11 eram produções nacionais (91,7%). Identificou-se que os autores dos estudos pertencem à área de enfermagem, medicina e fisioterapia.

Em relação à abordagem metodológica, os estudos eram de abordagem quantitativa (50%), qualitativa (41,7%) e método misto (8,3%). Quanto ao delineamento mencionado nos artigos, oito eram estudos descritivos (66,8%), um analítico, um transversal, um exploratório e um observacional (8,3% cada). Quanto ao nível de evidência dos artigos selecionados, todos foram categorizados como nível 6.

**Quadro 1** – Apresentação dos estudos incluídos de acordo com a identificação do estudo/periódico, título, autores, ano/idioma, método e amostra. Londrina, 2018.

<b>Estudo Periódico Ano Idioma</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método NE</b>	<b>Amostra</b>
E1 Cad. Saúde Colet. 2008 Português	A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? (FERREIRA et al., 2008)	Ferreira MLLT, Pontes MAA, Silveira MIS, Araújo LF, Kerr LRS	Investigar os fatores associados à demanda excessiva de casos em nível secundário de atenção representado por um centro de referência.	Transversal Quantitativo Nível 6	600 portadores de hanseníase
E2 Cad. Saúde Colet. 2008 Português	Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores (MENDES et al., 2008)	Mendes MS, Trindade LC, Cantídio MM, Aquino JAP, Campos GP et al.	Identificar a visão dos gestores da área de saúde estadual e do município de João Pessoa/PB em relação às ações de controle da hanseníase.	Descritivo Qualitativo Nível 6	3 gestores envolvidos com as Ações de Controle da Hanseníase
E3 Lepr Rev. 2004 Inglês	<i>The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact in leprosy control</i> (KALK; FLEISCHER, 2004)	Kalk A, Fleischer K.	Avaliar o impacto da descentralização das ações de controle da hanseníase em um centro de referência na Colômbia e um no Brasil.	Descritivo Método misto Nível 6	Análise documental; Indicadores epidemiológicos desde o início da estratégia; 39 entrevistas semiestruturadas.
E4 Hansen. Int 2004 Português	Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: Avanços e Problemas (PIMENTEL; ANDRADE, 2004)	Pimentel MIF, Andrade M, Paiva e Valle CL, Xavier AGM, Bittencourt ALP, Macedo LFS	Demonstrar a evolução temporal da descentralização das ações programáticas de hanseníase no Estado do Rio de Janeiro.	Descritivo Quantitativo Nível 6	Treinados 4790 profissionais; 372 supervisões; Indicadores epidemiológicos de 92 municípios do Estado do Rio

					de Janeiro
E5 Cad. Saúde Pública 2007 Português	Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil (CUNHA et al., 2007)	Cunha MD, Cavaliere FAM, Hércules FM, Duraes SMB, Oliveira MLW, Matos HJ	Caracterizar a situação epidemiológica da hanseníase em Duque de Caxias, município endêmico no Estado do Rio de Janeiro.	Ecológico exploratório Quantitativo Nível 6	Casos notificados entre 1990 a 2003
E6 Rev enferm UFPE on line 2015 Português	Integração das ações de controle da hanseníase sob a perspectiva dos profissionais da saúde. (CARVALHO et al., 2014)	Carvalho APM, Fabri ACOC, Lanza FM, Lopes FN, Lana FCF	Analisar os fatores que influenciam a integração das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária à Saúde.	Descritivo Qualitativo Nível 6	43 profissionais da saúde
E7 Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 Inglês	<i>Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais</i> (LANZA; LANA, 2011)	Lanza FM, Lana FCF	Analisar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase, para as unidades da Estratégia de Saúde da Família, em municípios da microrregião de Almenara, Minas Gerais	Descritivo Qualitativo Nível 6	45 profissionais da saúde
E8 Lepr Rev 2010 Inglês	<i>Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil</i> (FUZIKAWA et al., 2010b)	Fuzikawa PL, Acúrcio FAA, Velema JP, Cherchiglia ML.	Avaliar a descentralização do controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais, Brasil.	Analítico Quantitativo Nível 6	435 novos casos de hanseníase
E9 PLoS Negl Trop Dis 2016 Inglês	<i>Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil</i> (BARBIERI et al., 2016)	Barbieri RR, Sales AM, Hacker MA, Nery JAC, Duppre NC, Machado AM et al	Avaliar o perfil dos pacientes encaminhados ao ambulatório da Fiocruz e analisar as origens e os resultados dessas referências	Observacional retrospectivo Quantitativo Nível 6	1.845 casos suspeitos
E10	Fatores associados à alta	Correia CMF,	Identificar fatores que	Descritivo	Três grupos

Cad. Saúde Colet. 2008 Português	demanda de pacientes com hanseníase em centro e referência em Manaus, Amazonas (CORREIA et al., 2008)	Pimental NSN, Fialho VML, Oliveira RML, Gomide M, Heukelbach J	contribuem com a alta demanda de indivíduos com hanseníase no centro de referência Fundação Alfredo da Matta em Manaus	Qualitativo Nível 6	focais e 25 entrevistas semiestruturadas
E11 Lepr Rev. 2010 Inglês	<i>Factors which influenced the decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil</i> (FUZIKAWA et al., 2010a)	Fuzikawa PL, Acúrcio FA, Velema JP, Cherching ML	Identificar os fatores que impediram ou facilitaram a descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Betim e avaliar a qualidade do atendimento após a descentralização	Descritivo Qualitativo Nível 6	Grupo focal com 10 profissionais que atuaram no processo de descentralização
E12 Rev Soc Bras Med Trop 2012 Inglês	<i>Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil</i> (RAPOSO; NEMES, 2012)	Raposo, TM, Nemes, MI	Analisar os indicadores epidemiológicos e as características clínico-epidemiológicas da hanseníase durante os períodos de pré-integração e pós-integração da ACH nas unidades de saúde da família no município de Aracaju.	Descritivo Quantitativo Nível 6	2.249 casos de hanseníase.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Os resultados da presente pesquisa foram organizados em benefícios e fragilidades de acordo as ações advindas do processo de descentralização das ACH. A Tabela 1 mostra os artigos subdivididos de acordo com as ações.

**Tabela 1** – Resultados agrupados conforme benefícios e fragilidades provenientes da descentralização das ações de controle da hanseníase. Londrina, 2018.

<b>Categorias</b>	<b>Ações</b>	<b>Total de artigos</b>	<b>Código do estudo</b>
<b>Benefícios</b>	Aumento da taxa de detecção	2	5,12
	Diagnóstico precoce	2	5, 8
	Aumento da taxa de cura	1	8
	Aumento do acesso	1	12
	Retaguarda do centro de referência	2	7, 11
	Diminuição do abandono	1	12
<b>Fragilidades</b>	Diagnóstico tardio	2	9,12
	Rede básica desestruturada	7	1,3, 4, 6, 9, 10, 11
	Desqualificação profissional	3	2, 9, 10
	Desinteresse dos profissionais	3	4, 6, 7
	Desinteresse dos gestores	5	2, 3, 7, 10, 11
	Alta rotatividade dos profissionais	2	4, 6
	Despreparo da comunidade	2	3, 10
	Falta de recursos financeiros	1	3

**Fonte:** Adaptado de Borges, Ferreira (2016).

Dentre as ações encontradas nos estudos, 9 (26,5%) mostram algum tipo de benefício, sendo os principais o aumento do número de casos diagnosticados após a descentralização, o diagnóstico realizado precocemente e o auxílio do serviço especializado ou centro de referência. Ao passo que em 25 menções (73,5%) apontaram fragilidades, em sua maioria: rede básica desestruturada, desinteresse dos gestores e profissionais e a sua desqualificação.

## 2.4 DISCUSSÃO

O estudo teve como propósito analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para a Atenção Primária à Saúde. A pesquisa selecionou 12 artigos científicos publicados, todos com nível de evidência seis, constatando-se a carência de estudos com outros delineamentos. Ressalta-se a expressiva quantidade de estudos qualitativos, o que reflete a preocupação dos profissionais de saúde no estudo do fenômeno, de forma a gerar reflexões sobre a descentralização das ações para o controle da hanseníase.

A população de estudo envolvida nos artigos analisados foi de profissionais de saúde que estão na assistência, gestores e indivíduos com hanseníase e seus prontuários ou fichas de notificação, contemplando os vários pontos de referência na análise do processo de descentralização.

Os resultados obtidos pelos autores mostram benefícios e fragilidades para sua efetivação.

### BENEFÍCIOS

A descentralização das ACH é essencial para melhorar o acesso da população ao serviço e também considerada estratégia capaz de enfrentar a epidemia hanseníase (LANZA; LANA, 2011) por facilitar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento (MENDES et al., 2008). Uma das vantagens atribuídas à integração do diagnóstico e tratamento da hanseníase em unidades básicas de saúde (UBS) é o aumento do acesso da população em geral a esses serviços (BARBIERI et al., 2016; CUNHA et al., 2007; RAPOSO; NEMES, 2012).

Uma efetiva descentralização das ações de controle da doença somente acontecerá quando o programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF) atingir 100% da população de um município; assim sendo, o controle da hanseníase será fortalecido e estruturado. Os profissionais da ESF farão a busca ativa, diagnóstico e tratamento precoce, exames de contato e prevenção de incapacidades físicas (LANZA; LANA, 2011).

Antes da descentralização, somente os casos diagnosticados mais

tardiamente se deslocavam por longas distâncias até a unidade de saúde mais próxima para obter tratamento, em função da sua maior gravidade. Após a descentralização passou-se a detectar casos mais precoces e, portanto, menos graves do ponto de vista da incapacidade física (CUNHA et al., 2007).

Estudo aponta diminuição na porcentagem de casos diagnosticados com deformidades após a descentralização, bem como aumento no número de casos detectados através de autor relato. Mais pacientes foram notificados próximos de suas residências após a descentralização (FUZIKAWA et al., 2010b).

Foi possível verificar uma influência positiva da estratégia de descentralização relacionada ao incremento da detecção de casos novos, apontando acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, ampliando a precocidade do diagnóstico e, conseqüentemente, reduzindo o número de pacientes com incapacidades (CUNHA et al., 2007).

Alguns estudos mostram que o impacto das políticas descentralizadoras apontou taxas de prevalência reduzidas, um aumento na detecção precoce, manutenção da qualidade dos cuidados e redução do abandono (BARBIERI et al., 2016; LANZA; LANA, 2011; RAPOSO; NEMES, 2012).

Teoricamente, a estratégia de integração deve contribuir com o controle efetivo da doença, pois aumentaria as chances de diagnóstico precoce, evitaria a ocorrência de sequelas, quebraria a cadeia de transmissão e aumentaria a adesão do paciente ao tratamento. Para que a integração seja verdadeiramente bem-sucedida, os profissionais de saúde devem receber constante treinamento teórico e prático (BARBIERI et al., 2016).

Os serviços especializados são necessários para fornecer apoio significativo às UBS para o diagnóstico e controle da doença. É um elemento importante no processo de descentralização como um local de treinamento para os profissionais da rede, facilitando acesso aos mesmos e aos pacientes (FUZIKAWA et al., 2010a).

## FRAGILIDADES

Um processo de descentralização necessita de um sistema de atenção primária funcionando adequadamente, capacitado e qualificado para

desenvolver ações de controle da doença, como prevenção, identificação, tratamento e reabilitação dos casos (FERREIRA et al., 2008).

A oferta das ações de controle da hanseníase nas UBS é influenciada pela presença de profissionais tecnicamente capacitados e comprometidos com a doença. A atitude daqueles que se recusam a se envolver em atividades de controle da doença foi considerada como um fator que dificulta o processo de descentralização (CARVALHO et al., 2014). O conhecimento de nada adiantará se o profissional não estiver sensibilizado em relação ao papel que representa dentro do serviço, estando essa sensibilização não só relacionada à capacitação, mas também ao compromisso pessoal (MENDES et al., 2008).

Além dos profissionais despreparados para o manejo da enfermidade, ressalta-se a falta de recursos mínimos e o comprometimento das autoridades locais com a saúde pública (KALK; FLEISCHER, 2004; LANZA; LANA, 2011; PIMENTEL; ANDRADE, 2004). Desta forma, a rede básica municipal torna-se impossibilitada de assumir adequadamente a demanda dos casos de hanseníase da sua área de abrangência (FERREIRA et al., 2008).

A alta taxa de rotatividade profissional nas unidades de saúde de cuidados primários, juntamente com as dificuldades encontradas na obtenção de recursos financeiros suficientes para treinar adequadamente os profissionais novos, são questões que afetam negativamente a eficácia das medidas de controle da hanseníase (BARBIERI et al., 2016; PIMENTEL; ANDRADE, 2004). Por isso, são necessários mais treinamentos para que os profissionais se sintam capazes das novas responsabilidades e, assim, permitir a implantação do processo (LANZA; LANA, 2011).

Um dos fatores que dificultou o fortalecimento da descentralização das ACH foi a resistência da equipe médica da referência, por receio de como seria o acompanhamento do cliente na UBS, devido a possibilidade de evolução para um surto reacional e os profissionais não saberem conduzir o caso (CORREIA et al., 2008; LANA et al., 2011). Recomenda-se que o treinamento de profissionais seja um processo contínuo que pode e deve ser feito dentro do município usando conhecimentos existentes, contando com o apoio do próprio serviço especializado (FUZIKAWA et al., 2010a).

Outra fragilidade para a efetiva descentralização relaciona-se aos usuários que mostram resistência em aceitar uma nova cultura assistencial, balizada

na ESF (MENDES et al., 2008). O estigma e o preconceito ainda são obstáculos importantes para a descentralização e para o cuidado de pacientes com hanseníase em toda a rede de saúde (FUZIKAWA et al., 2010a).

O desconhecimento dos usuários sobre os serviços ofertados na APS e a menor acessibilidade origina um atraso no diagnóstico, podendo reduzir, também, a adesão ao tratamento (CORREIA et al., 2008).

A implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades de saúde da atenção básica é a principal diretriz para o alcance do controle da epidemia como problema de saúde pública, sendo essencial que esteja preparada para a descoberta de casos e tratamento integral. Entretanto, essa descentralização não vem ocorrendo de forma adequada, pois, apesar de sua importância, esse processo foi desencadeado frequentemente, com a simples transferência das ações para os serviços e profissionais (FERREIRA et al., 2008).

## 2.5 CONCLUSÃO

A hanseníase é uma doença que agrega uma série de complexidades em todo o seu processo de determinação, diagnóstico, tratamento e controle e deve ser tratada de forma compromissada por parte dos gestores e dos profissionais de saúde.

Conclui-se que a descentralização é essencial para melhorar o acesso da população ao serviço de saúde, entretanto, essa descentralização vem ocorrendo de forma inadequada, pois o processo foi desencadeado com a simples transferência das ações para atenção primária. Existe, até hoje, certa verticalidade nessas ações que muitas vezes não são vistas como responsabilidade da unidade básica de saúde, mas sim do centro de referência em hanseníase.

Para melhor compreensão do processo de descentralização das ACH para atenção primária é necessário a produção de estudos com maior força de evidência, o quê, possivelmente, auxiliará na melhora da estratégia de controle da doença, ou até mesmo, a construção de novas políticas voltadas ao atendimento ao portador da hanseníase.

## 2.6 REFERÊNCIAS

BARBIERI, R. R. et al. Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 10, p. 1–11, 2016.

BORGES, E. S.; FERREIRA, S.C.M. Ações no controle das infecções do sítio cirúrgico em em neurocirurgia: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 4, p. 735, 30 dez. 2016.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. D. A.; MACEDO, M. O Método Da Revisão Integrativa Nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 1–16, 2011.

BRASIL. **Eliminar a hanseníase é possível**: um guia para os municípios. v. unico, p. 12, 2015.

\_\_\_\_\_. Hanseníase. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 4, p. 0–11, 2018.

\_\_\_\_\_. **Controle da Hanseníase na Atenção Básica**. Guia Prático Para Profissionais da Equipe de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica., p. 1–86, 2001.

CARVALHO, A. P. M. et al. Integração das ações de controle da hanseníase sob a perspectiva dos profissionais da saúde. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 1, p. 114–120, 2014.

CORREIA, C. M. F. et al. Fatores associados à alta demanda de pacientes com Hanseníase em centro de referência em Manaus, Amazonas. **Caderno de Saude Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 169–179, 2008.

CROSSETTI, M. DA G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 8–9, jun. 2012.

CUNHA, M. D. DA et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1187–1197, 2007.

FERREIRA, M. L. L. T. et al. Demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes ? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 243–256, 2008.

FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C.; GARCIA, L. P. Trends of main indicators of leprosy in Brazilian municipalities with high risk of leprosy transmission, 2001–2012. **BMC Infectious Diseases**, v. 16, n. 1, Article 472, 5 set. 2016.

FUZIKAWA, P. L. et al. Factors which influenced the decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Lepr Rev**, v. 81, n. April 2017, p. 196–205, 2010a.

FUZIKAWA, P. L. et al. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Leprosy review**, v. 81, n. 3, p. 184–195, set. 2010b.

KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. **Leprosy review**, v. 75, n. 1, p. 67–78, 2004.

LANA, F. C. F. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de araçuaí e sua relação com ações de controle. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 62–67, mar. 2011.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 187–194, 2011.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice**. [s.l.] Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MENDES, M. DA S. et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 16, n. 2, p. 217–230, 2008.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan – Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS). Washington: [s.n.] 2007.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 195–203, fev. 2011.

PIMENTEL, M.; ANDRADE, M. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: avanços e problemas. **Hansenologia**, p. 87–93, 2004.

RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 2, p. 203–208, abr. 2012.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p. 10–15, mar. 1991.

### 3 DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-DESCENTRALIZAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

#### Resumo

**Objetivo:** Analisar os fatores sociodemográficos e clínico-epidemiológicos associados ao momento do diagnóstico da hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença em um município da região sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal realizado no município de Londrina, por meio da análise das fichas de notificação da doença e dos prontuários dos pacientes atendidos em período pré descentralização (1996 a 2005, n = 983) e pós descentralização (2009 a 2016, n = 400). Os dados foram analisados pelo programa SPSS e, para verificar associação entre as variáveis de interesse, utilizou-se a Razão de Chances (Odds Ratio - OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) calculados por meio da regressão logística binária, com nível de significância estatística de 0,05. As variáveis com p-valor < 0,20 nas análises bivariada foram incluídas em modelo de regressão bivariado ajustado por variáveis com potencial de confusão. **Resultado:** Foram analisados 1.383 casos de hanseníase, observando-se média de detecção menor (p<0,001) no período pós-descentralização e diminuição da ocorrência da hanseníase em menores de 15 anos de 3,80% para 2,80%. Mais chance de ser diagnosticado na forma virchowiana, classificação operacional multibacilar e incapacidade física para aquelas de grau 1 e 2 no período de 2009 à 2016, todos com significância estatística (p<0,001). 95,9% dos casos diagnosticados no período posterior ao processo foram realizados em serviços especializados. **Conclusão:** Concluiu-se que o cuidado oferecido pela Atenção Primária a Saúde tem um longo caminho a percorrer para alcançar uma descentralização efetiva. O diagnóstico da hanseníase foi considerado tardio no período pós em comparação ao período pré-descentralização.

**Descritores:** Hanseníase. Descentralização. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Epidemiologia.

#### Abstract

**Objective:** To analyze the sociodemographic and clinical-epidemiological factors associated with the diagnosis of leprosy in the pre and post-decentralization periods of disease control actions in a municipality in the southern region of Brazil. **Method:** A cross-sectional study carried out in the city of Londrina, by means of the analysis of the records of disease notification and the medical records of patients attended in the pre-decentralization period (1996 to 2005, n = 983) and post decentralization (2009 to 2016, n = 400 ). The data were analyzed by the SPSS program and, to verify the association between the variables of interest, we used the Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Intervals (95% CI) calculated using binary logistic regression, with a level of statistical significance of 0.05. Variables with p-value <0.20 in the bivariate analyzes were included in a bivariate regression model adjusted for variables with potential for confusion. **Results:** A total of 1,383 cases of leprosy were analyzed,

with a mean lower detection ( $p < 0.001$ ) in the post-decentralization period and a decrease in the occurrence of leprosy in children under 15 from 3.80% to 2.80%. More chance of being diagnosed in Virchowian form, multibacillary operational classification and physical incapacity for those of grade 1 and 2 in the period from 2009 to 2016, all with statistical significance ( $p < 0.001$ ). 95.9% of the cases diagnosed in the period after the process were performed in specialized services. **Conclusion:** It was concluded that the care offered by Primary Health Care has a long way to go in order to achieve effective decentralization. The diagnosis of leprosy was considered late in the post-period compared to the pre-decentralization period. **Descriptors:** Leprosy. Decentralization. Primary Health Care. Health Services Research. Epidemiology.

### 3.1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, também conhecida como Mal de Hansen (MH), afeta ainda um grande número de pessoas no Brasil, podendo levar a incapacidades permanentes no indivíduo, além de ser permeada por preconceito e discriminação. O diagnóstico precoce favorece o controle da endemia e impede o aparecimento de incapacidades, o que pode ser facilitado pela incorporação das ações para a Atenção Primária da Saúde (APS).

Todos os anos, mais de 210 mil novos casos são detectados em todo o mundo. Após a Índia, o Brasil tem o segundo maior número de pacientes com hanseníase detectados (DE MATOS et al., 2016; LEON et al., 2016; SILVA et al., 2015), representando quase 93% dos casos nas Américas (BARBIERI et al., 2016; FREITAS; DUARTE; GARCIA, 2014; RAPOSO; NEMES, 2012). Estudo realizado em 64 países mostrou que é provável que haja um número de casos ocultos de hanseníase oito vezes maior do que a prevalência divulgada e pessoas que podem estar vivendo sem diagnóstico, desenvolvendo deficiências e disseminando a doença (SALGADO et al., 2018).

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o objetivo de eliminar o MH como problema de saúde pública em todo o mundo até o ano 2000. A eliminação foi definida como a obtenção de uma taxa de prevalência inferior a 1/10.000 habitantes (BRASIL, 2015). Desde o advento da reforma dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e, com a implementação inicial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi decidido descentralizar as estratégias de controle do MH em todo o Brasil. Houve uma mudança de modelo vertical associado a serviços dermatológicos gerais a um em que o diagnóstico e o tratamento da doença seriam

integrados nas instalações do nível de APS (BARBIERI et al., 2016; CARVALHO et al., 2014; LANZA; LANA, 2011; OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

O sucesso da implantação das ações de controle na APS pode ser avaliado a partir dos indicadores epidemiológicos, como a redução de casos diagnosticados com incapacidades físicas, de casos diagnosticados em menores de 15 anos, da proporção de casos multibacilares (MB) e o aumento da proporção de cura (FREITAS; CORTELA; FERREIRA, 2017; LANZA; LANA, 2011).

No município de Londrina, a taxa de detecção em 2016 foi de 6,32 casos por 100.000 habitantes, para a população geral, e de 0,36, para os diagnosticados com incapacidade física (IF) de grau 2 (BRASIL, 2018), o que se refere à presença de uma deformidade visível ou dano físico aparente e quando a visão está gravemente comprometida (BRASIL, 2016). A taxa de detecção é considerada média, segundo critérios do Ministério da Saúde (MS), o que configura risco relativo de transmissão do bacilo (REDE, 2008).

Alguns estudos têm analisado o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para a APS, apontando dificuldades de ordem estrutural (BARBIERI et al., 2016; CORREIA et al., 2008; FERREIRA et al., 2008; FUZIKAWA et al., 2010a; MEDEIROS et al., 2015) e de capacitação de recursos humanos (CARVALHO et al., 2014; LANZA; LANA, 2011; MENDES et al., 2008). Outros analisam indicadores do período pós-descentralização, mostrando a manutenção de problemas da pré-descentralização, como, por exemplo, o diagnóstico tardio (BARBIERI et al., 2016; BRITO et al., 2015) e a baixa cobertura de controle dos contatos (PIERI et al., 2014). Estudo realizado por Raposo e Nemes (2012) avalia a integração dessas ações na APS, comparando os períodos pré e pós-integração num município do nordeste brasileiro, mostrando um aumento na taxa de detecção geral, na proporção de casos com grau de incapacidade e diminuição do abandono do tratamento.

Considerando-se as dificuldades que ainda se mantêm para a incorporação das ações pela APS dos diversos municípios brasileiros e, considerando-se que a literatura ainda é restrita em relação à estudos que comparem os períodos pré e pós-descentralização, propôs-se esta investigação, com foco no momento do diagnóstico. O objetivo do estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e clínico-epidemiológicos associados ao momento do diagnóstico

da hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença em um município da região sul do Brasil.

### 3.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal (PEREIRA, 2014) realizado no município de Londrina, Paraná, Brasil. A cidade está localizada na região sul do país, tem uma população estimada de 558.439 habitantes com uma expectativa de vida de 71,37 anos em 2008 e um índice de desenvolvimento humano de 0,778 (IBGE, 2010).

O Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI), atualmente chamado Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, era o local onde se prestava atendimento ambulatorial aos pacientes portadores de algumas doenças infecciosas, incluindo a hanseníase. Atendia esses indivíduos encaminhados pelas 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e era referência para os 21 municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde.

Com a proposta de descentralizar as ações, o atendimento à hanseníase sofreu uma reorganização no município a partir de 2009. Em meio as UBSs, cinco unidades localizadas nas regiões norte, sul, leste, oeste e centro, foram destinadas para identificar, acompanhar e encaminhar, se necessário, os pacientes aos serviços especializados (Policlínica ou Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema - Cismepar).

A coleta de dados ocorreu por meio da análise das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e dos prontuários. Participaram da pesquisa casos de MH notificados entre 1 janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2016, residentes na área urbana do município.

Os dados relacionados ao período anterior à descentralização referem-se aos casos atendidos no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2005, tendo como fonte o banco de dados da pesquisa “Aspectos epidemiológicos da hanseníase no município de Londrina-PR nos últimos dez anos: possibilidade de controle da endemia?”. Para o período pós-descentralização foram utilizados os dados do período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, cuja coleta ocorreu de 01 de julho de 2016 a 28 de fevereiro de 2017.

Os critérios de inclusão utilizados para participar da pesquisa foram: todos os sujeitos que tiveram diagnóstico de hanseníase confirmado no período do estudo, devidamente notificados no Sinan e residentes na área urbana de Londrina.

Em 2002, o MS implantou a atual classificação dos graus de incapacidade, unindo os casos anteriormente classificados como grau 3 ao grau 2 de incapacidade com o objetivo de facilitar a avaliação nos centros de atenção básica (BRASIL, 2002), conduta igualmente adotada no presente estudo para o banco de dados do período pré-descentralização.

Para análise dos dados inicialmente procedeu-se a análise univariada com descrição de medidas de posição (média) e de dispersão (desvio-padrão-DP).

As informações sobre taxa anual de detecção e percentual de cura foram obtidas por meio de dados disponibilizados pelo MS (BRASIL, 2017) e analisadas no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para verificação da normalidade dos dados, sendo as variáveis normais avaliadas pelo teste de diferença t de *student* e os dados não paramétricos pelo teste de Mann-Whitney.

Para verificar associação entre as variáveis de interesse utilizou-se a Razão de Chances (*Odds Ratio* - OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) calculados por meio da regressão logística binária, com nível de significância estatística de 0,05. O período de descentralização foi considerado como variável independente, analisado na forma de variável categórica dicotômica, pré-descentralização (1996 a 2005) e pós-descentralização (2009 a 2016), e as demais variáveis como variáveis dependentes, tais como sexo (masculino e feminino), idade (<15, 15-24, 25-60 e >60 anos), anos de estudo (<3, 4-11 e  $\geq$ 12 anos), raça/cor (dicotomizadas em branca e não branca), bem como características clínicas e dados epidemiológicos.

As variáveis com p-valor < 0,20 nas análises bivariada foram incluídas em modelo de regressão bivariado ajustado por variáveis com potencial de confusão (sociodemográficas e clínico-epidemiológicas). Para verificar a adequação dos modelos de regressão foi utilizado o teste Hosmer-Lemeshow com a estratégia de *stepwise* manual *backward-forward*. Em todos os testes foi fixado o erro tipo I em 5% ( $p < 0,05$ ).

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “A efetividade do sistema de saúde de Londrina no controle da hanseníase no período pré e pós-descentralização das ações para a Atenção Primária à Saúde” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, com parecer de n.º 930.220.

### 3.3 RESULTADOS

Foram analisados 983 casos de hanseníase no período pré-descentralização e 400 casos no período posterior ao processo.

Os dados do município, referentes a taxa anual de detecção e cura apresentaram distribuição normal ( $p > 0,05$ ). A média de detecção no período pré-descentralização (2001-2008), segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) foi de 12,53 casos por 100.000 habitantes, enquanto que no período pós-descentralização (2009-2016) foi de 6,16 ( $p < 0,001$ ). O percentual de cura médio no período pré-descentralização foi de 90,78% enquanto que no período pós-descentralização foi de 85,69% ( $p < 0,001$ ) (Dados não apresentados em tabela).

A média de idade nos períodos pré e pós foi de 45,45 (DP 16,95) e 48,63 (DP 17,08) anos, respectivamente, com diferença significativa ( $p = 0,002$  – Teste de Mann-Whitney).

A tabela 1 apresenta as características dos indivíduos com hanseníase no momento do diagnóstico nos períodos pré e pós-descentralização. O modelo de ajuste foi adequado, conforme o teste de Hosmer e Lemeshow  $\chi^2 = 3,41$ ;  $p = 0,845$ . Os testes de Cox e Snell e Nagelkerke com 6,3% e 8,5%, respectivamente, das variações registradas na variável “período de coleta”.

**Tabela 1** - Análise comparativa do perfil sociodemográfico dos indivíduos diagnosticados com hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença. Londrina - PR, 2018.

VARIÁVEIS	PERÍODOS							
	1996 – 2005		2009-2016		OR BRUTO (IC 95%)	P- VALOR	OR AJUSTADO (IC 95%)	P- VALOR
	N= 983		N=400					
	N	%	N	%				

<b>FAIXA ETÁRIA (N= 1352*)</b>								
<15	37	3,8	11	2,8	0,54 (0,26-1,10)	0,092	0,21 (0,05-0,83)	0,026
15 a 24	90	9,2	19	4,8	0,38 (0,22-0,67)	0,001	0,46 (0,14-1,56)	0,093
25 a 60	662	67,3	234	66,0	0,73 (0,55-0,96)	0,023	0,23 (0,13-1,64)	0,232
>60	193	19,7	106	26,4	1,00		1,00	
<b>Sexo</b>								
Masculino	518	52,7	223	55,8	1,00			
Feminino	465	47,3	177	44,2	0,88 (0,70-1,12)	0,302		
<b>RAÇA/COR (N= 580*)</b>								
Branco	173	78,3	224	62,4	1,00		1,00	
Não branco	48	21,7	135	37,6	2,17 (1,48-3,19)	<0,001	2,86 (1,89-4,32)	<0,001
<b>ESCOLARIDADE** (N= 1240*)</b>								
0 a 3	461	49,1	102	34,0	0,44 (0,26-0,75)	0,002	1,33 (0,87-2,03)	0,190
4 a 11	429	45,6	173	57,7	0,81 (0,48-1,35)	0,410	0,94 (0,48-1,85)	0,852
12 ou mais	50	5,3	25	8,3	1,00		1,00	

\*Excluídos os casos ignorados/faltantes.

\*\*Anos de estudo.

Modelo ajustado controlado por sexo, escolaridade, faixa etária e raça/cor.

Fonte: O autor (2018)

Observou-se uma diminuição da ocorrência da hanseníase em menores de 15 anos com 3,80% no período pré-descentralização para 2,80% no período posterior (OR ajustado = 0,21; IC95% 0,05 - 0,83). Não houve diferença entre os sexos, e a chance do diagnóstico ter sido realizado nos não branco foi maior no período pós-descentralização (OR ajustado = 2,86; IC95% 1,89 – 4,32). Quanto a escolaridade, não foi observado diferença no modelo ajustado entre os anos de estudo (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra as características clínicas e epidemiológicas dos sujeitos com hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença no município de Londrina – PR. De acordo com a função de verossimilhança, tal modelo se mostrou adequado ( $p < 0,001$ ), apresentando boa adequação conforme o teste de Hosmer-Lemeshow ( $\chi^2 = 4,37$ ;  $p = 0,822$ ). Os

testes de Cox e Snell e Nagelkerke consideram que o modelo foi capaz de explicar, respectivamente, 20,0% e 28,6% das variações registradas nas variáveis clínicas-epidemiológicas.

**Tabela 2** – Análise comparativa das características clínico-epidemiológicas dos indivíduos diagnosticados com hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença. Londrina - PR, 2018.

VARIÁVEIS	PERÍODOS							
	1996 – 2005		2009-2016		OR BRUTO (IC 95%)	P-VALOR	OR AJUSTADO (IC 95%)	P-VALOR
	N	%	N	%				
<b>CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL (N= 1379*)</b>								
Paucibacilar	513	52,2	83	20,9	1,00		1,00	
Multibacilar	469	47,8	314	79,1	4,14 (3,15-5,43)	<0,001	2,29 (1,53-3,45)	<0,001
<b>FORMA CLÍNICA (N= 1364*)</b>								
Indeterminada	171	17,6	35	8,9	1,00		1,00	
Tuberculóide	338	34,9	46	11,7	0,66 (0,41-1,07)	0,093	0,39 (0,19-0,79)	0,083
Dimorfa	203	20,9	192	48,7	4,62 (3,05-6,99)	<0,001	1,77 (0,93-3,39)	0,083
Virchowiana	258	26,6	121	30,7	2,29 (1,50-3,49)	<0,001	2,29 (1,50-3,49)	<0,001
<b>INCAPACIDADE FÍSICA (N= 1184*)</b>								
Grau 0	605	75,4	91	23,8	1,00		1,00	
Grau 1	156	19,5	246	64,4	10,48 (7,78-14,12)	<0,001	5,86 (3,76-9,12)	<0,001
Grau 2	41	5,1	45	11,8	7,29 (4,53-11,76)	<0,001	5,46 (2,63-11,32)	<0,001
<b>Baciloscopia (N= 1314*)</b>								
Negativa	510	55,6	220	55,6	1,00		1,00	
Positiva	281	30,6	151	38,1	1,25 (0,97-1,60)	0,089	0,71 (0,48-1,06)	0,097
Não realizada	127	13,8	25	6,3	0,46 (0,29-0,72)	0,001	0,35 (0,12-1,00)	0,050
<b>MODO DE ENTRADA (N= 1372*)</b>								
Caso novo	911	93,5	281	70,8	1,00		1,00	
Transferências	40	4,1	39	9,8	3,16 (1,99-5,01)	<0,001	2,83 (1,23-6,52)	0,015

Recidiva	18	1,8	47	11,8	8,46 (4,84-14,81)	<0,001	7,51 (2,56-21,97)	<0,001
Outro ingresso	6	0,6	30	7,6	16,21 (6,68-39,34)	<0,001	22,00 (2,92-166,00)	0,003
<b>LOCAL DO DIAGNÓSTICO (N= 1278*)</b>								
Atenção Primária	35	3,8	5	1,4	1,00		1,00	
Serviço Especializado	600	64,6	335	95,9	4,12 (1,59-10,61)	0,003	2,98 (0,94-9,49)	0,064
Rede Hospitalar	74	8,0	4	1,1	0,38 (0,09-1,49)	0,378	0,27 (0,05-1,46)	0,129
Privado	116	12,5	3	0,8	0,18 (0,04-0,79)	0,024	0,19 (0,03-1,20)	0,078
Outros	103	11,1	3	0,8	0,20 (0,05-0,89)	0,035	0,18 (0,03-1,14)	0,069
<b>CASOS ANTERIOR NA FAMÍLIA (N= 739*)</b>								
Sim	219	35,4	46	38,0	1,12 (0,75-1,67)	0,589		
Não	399	64,6	75	62,0	1,00			
<b>COMUNICANTES (N= 461*)</b>								
Cônjuge/filhos/pais/irmãos	139	73,2	212	78,2	1,00			
Outros	51	26,8	59	21,8	0,76 (0,49-1,17)	0,209		

\*Excluídos os casos ignorados/faltantes.

Modelo ajustado controlado por sexo, escolaridade, faixa etária e raça/cor.

Fonte: O autor (2018)

No que tange à classificação operacional da doença, observou-se maior chance de ser diagnosticada na forma multibacilar (OR ajustado = 2,29; IC95% 1,53 – 3,45) no período posterior a descentralização. A forma clínica virchowiana se apresenta com maior chance de diagnóstico no período pós-descentralização em relação à forma indeterminada (OR ajustado = 2,29; IC95% 1,50 – 3,49). Pode-se observar também que as chances de diagnosticar a hanseníase com IF grau 1 (OR ajustado = 5,86; IC95% 3,76 – 9,12) ou grau 2 (OR ajustado = 5,86; IC95% 2,63 – 11,32) foram maiores no período pós-descentralização (Tabela 2).

As transferências (OR ajustado = 2,83; IC95% 1,23 – 6,52), recidivas (OR ajustado = 7,51; IC95% 2,56 – 21,97) e outras formas de ingresso (OR ajustado = 22,00; IC95% 2,92 – 166,00) se mostraram com mais chance de ocorrerem no

período pós-descentralização em relação aos casos novos. Embora não se observou diferença significativa no modelo ajustado, ressalta-se que o diagnóstico da hanseníase ainda continua sendo realizado em serviço especializado no período pós-descentralização (Tabela 2).

No momento do diagnóstico, a maioria informou que não possuía caso anterior na família nos dois períodos de estudo, não se observando diferença significativa em relação à essa variável. O mesmo se aplica aos comunicantes.

### 3.4 DISCUSSÃO

Propôs-se com este estudo analisar os fatores sociodemográficos e clínico-epidemiológicos associados ao momento do diagnóstico da hanseníase nos períodos pré e pós-descentralização das ações de controle da doença. Alguns indicadores como a diminuição do coeficiente de detecção, relevante percentagem de casos em menores de 15 anos e o aumento de casos MB e incapacidades físicas mostram a vigência da doença no cenário de estudo.

Os coeficientes de detecção são importantes indicadores de transmissibilidade da hanseníase, eles proporcionam subsídio para que os serviços de saúde busquem estratégias para a realização do processo de detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas e famílias atingidas pelo MH (BRITO et al., 2015; SILVA SOBRINHO; MATHIAS, 2008). Contudo, quando houver redução desse indicador, como observado neste estudo no período pós-descentralização, deve-se analisar criteriosamente essa diminuição, pois pode tratar-se de um efeito da substituição da busca ativa de casos pela detecção passiva (silêncio epidemiológico), geralmente por falta de conscientização dos profissionais e da comunidade (FUZIKAWA et al., 2010b; RAPOSO; NEMES, 2012; SILVA SOBRINHO; MATHIAS, 2008).

A taxa de cura é um indicador útil para subsidiar a avaliação da efetividade do tratamento; tal taxa apontou dificuldades na capacidade das Ações de Controle da Hanseníase de Londrina para melhorar ou manter o número de casos curados. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado em Foz de Iguaçu - PR, onde se verificou redução de casos com desfecho de cura no município. Isso, possivelmente, decorre de serviços de saúde despreparados para

assegurar adesão ao tratamento até a alta ou qualidade precária no acompanhamento dos casos registrados, ou ambos (OLIVEIRA et al., 2015).

Em relação à faixa etária mais afetada (25 a 60 anos) nos dois períodos do presente estudo, os resultados são semelhantes aos encontrados na literatura (BRITO et al., 2016; PINHEIRO et al., 2016; LEON et al., 2016; SILVA et al., 2015), que demonstram que a hanseníase é considerada uma doença de adultos, com média de idade de aproximadamente 42 anos (LEON et al., 2016; SILVA et al., 2015), devido ao longo período de incubação. Fato que possivelmente também pode ser explicado pela maior mobilidade social que os indivíduos desses intervalos de idade estão expostos, permitindo o contato com várias pessoas em vários lugares, facilitando assim a infecção pelo bacilo de Hansen (SILVA et al., 2015).

À despeito da redução da taxa de detecção em menores de 15 anos no período pós descentralização, a hanseníase ainda continua a acometer esses indivíduos. Isso indica exposição precoce ao bacilo, possivelmente por existir importante transmissibilidade da doença e sugere também a presença intensa de casos bacilíferos entre as populações (BRITO et al., 2016; DE CASTRO et al., 2016; RAPOSO; NEMES, 2012). A presença da doença em menores de 15 anos é utilizada como indicador do grau de transmissibilidade da hanseníase e mostra também a relação entre a proporção de casos nesta faixa etária e a gravidade da endemia em uma localidade (FREITAS; DUARTE; GARCIA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Na presente pesquisa, o sexo masculino prevaleceu com um maior número de casos nos dois períodos, o que corrobora com alguns estudos que mostram que a hanseníase afeta mais homens que mulheres (FRANCO et al., 2014; MELO et al., 2017; OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014). Quanto à escolaridade, observou-se um maior percentual de acometidos entre 4 e 11 anos de estudo e 0 a 3 anos, sem diferença entre os períodos após a análise multivariada. Menor nível de escolaridade acarreta menos chance de contato com informações coerentes e confiáveis sobre a doença (ROCHA et al., 2015).

Investigação realizada em várias cidades brasileiras, por solicitação da Organização Panamericana de Saúde, incluindo o município de Londrina, foi encontrado uma maior quantidade de casos graves da doença, exemplificado pela maior detecção de formas multibacilares (OPAS, 2004), conforme identificado

também neste estudo no período pós descentralização. Esse dado é semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros (MONTEIRO et al., 2013; QUEIROZ et al., 2015; SILVA SOBRINHO; MATHIAS, 2008), assegurando que o diagnóstico e tratamento são feitos tardiamente.

Corroborando com os casos multibacilares, observou-se neste estudo a presença de elevado número de casos virchowianos e dimorfos, mais predomínio da primeira no modelo ajustado (formas clínicas polares, que não foram detectadas oportunamente) no período pós-descentralização, o que caracteriza a lentidão do diagnóstico, fato confirmado também em outros estudos (ARANTES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2015).

É reconhecido que o grau de incapacidade está relacionado diretamente com o tempo de evolução da doença (ALVES et al., 2010; MONTEIRO et al., 2013; PINHEIRO et al., 2016), e foi identificado maior chance de diagnóstico de casos com grau 1 e 2 no período pós-descentralização, semelhante ao estudo realizado em uma capital do nordeste brasileiro (RAPOSO; NEMES, 2012). As pessoas acometidas pela hanseníase podem sofrer prejuízo na sua capacidade de trabalho por ocasião dessas deformidades e, conseqüentemente, no autossustento da família, gerando repercussões de ordem psicológica, social e física (MEDEIROS et al., 2015).

O aumento dos casos de recidiva verificado neste estudo no período pós-descentralização merece atenção, visto que esta se manifesta quando o indivíduo apresenta formas clínicas mais avançadas ou graves da doença. Alguns fatores podem influenciar o intervalo de tempo até a recidiva como a forma clínica, o esquema terapêutico, episódios reacionais, tratamento irregular e a carga bacilar (FERREIRA; IGNOTTI; GAMBÁ, 2012). Recomenda-se maior atenção à confirmação diagnóstica de recidiva por meio de exames baciloscópicos, em especial nos multibacilares, e da avaliação neurológica sistemática de todos os pacientes de hanseníase (FERREIRA; IGNOTTI; GAMBÁ, 2012).

Em relação ao expressivo número de casos diagnosticados em serviços especializados observados neste estudo nos dois períodos (pré e pós - descentralização), possivelmente mostra fragilidade nas ACH na APS. Isto corrobora com levantamento realizado em João Pessoa, Paraíba (pós-descentralização) que também apontou um maior índice de realização do diagnóstico nos centros de referência (MENDES et al., 2008). Os autores acreditam que a alta concentração de

diagnósticos nos serviços especializados esteja relacionada à baixa resolubilidade da Rede Básica e o despreparo dos profissionais da atenção primária, o que dificulta a real descentralização das ACH.

A oferta das ACH nas UBS é influenciada pela presença de profissionais tecnicamente capacitados e comprometidos com a doença. Experiências de outros países revelaram que um elemento fundamental para o sucesso da descentralização consiste no treinamento e motivação dos profissionais da saúde para aceitarem as novas responsabilidades com o processo de atenção a hanseníase.

Em se tratando de contatos domiciliares, um estudo realizado em Londrina, Paraná no período pré-descentralização concluiu que havia falhas no acompanhamento dos comunicantes, porém daqueles que foram avaliados, em sua maioria eram de contatos intradomiciliares, reforçando a ideia que a população de maior risco de infecção são aqueles de convívio constante com o indivíduo com hanseníase (DESSUNTI et al., 2008), fato ainda presente no período posterior a descentralização. Considera-se o controle dos contatos realizado pelas equipes das ESF como um dos pilares para o controle da hanseníase (FREITAS; CORTELA; FERREIRA, 2017; MOURA; PEREIRA; VELOSO, 2015).

As limitações desse estudo são inerentes às encontradas em pesquisas com dados secundários, como a ausência de algumas informações por falha no preenchimento e/ou digitação das fichas de notificação e dados incompletos nos prontuários, possível dificuldade de entendimento dos termos utilizados entre os usuários e falta de padronização entre os profissionais.

Considera-se também a possibilidade de subnotificação dos casos, que podem ocorrer por problemas no fluxo do recebimento das informações, possibilidade de erros durante a transferência dos dados, além da falta de preenchimento das fichas de investigação e de notificação, isso aumentaria ainda mais a dimensão da doença no município. Entretanto, os dados apresentados mostram fatores associados ao diagnóstico tardio, o que pode subsidiar as políticas públicas para ações mais impactantes visando o controle da hanseníase.

### 3.5 CONCLUSÃO

O perfil de desempenho do programa de hanseníase observado neste estudo assemelha-se ao de outros municípios brasileiros estudados, mostrando que a atenção primária tem um longo caminho a percorrer para alcançar uma descentralização efetiva.

Durante o período de estudo, verificou-se por meio das variáveis clínicas (classificação operacional, forma clínica e incapacidade física) que o diagnóstico da hanseníase está sendo feito tardiamente em relação ao período anterior ao processo de descentralização das ACH. A maioria absoluta dos casos continuam sendo diagnosticados no serviço especializado, em detrimento da Atenção Primária.

A preparação do profissional possivelmente é a mola-mestra para a efetivação do processo de descentralização e da melhoria das ACH. No entanto, o conhecimento de nada adiantará se o profissional não estiver sensibilizado em relação ao papel que representa dentro do serviço, estando essa sensibilização não só relacionada à capacitação, mas também ao compromisso pessoal.

Aumentar a difusão, nos meios de comunicação, dos sinais e sintomas da doença, de modo a aumentar o nível de conhecimento da população, objetivando o diagnóstico precoce dos casos e a diminuição do estigma relacionado à enfermidade, podem ser estratégias de ajuda para se conseguir eliminar a doença do cenário brasileiro.

### 3.6 REFERÊNCIAS

ALVES, C. J. M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 4, p. 460–461, ago. 2010.

ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155–164, 2010.

BARBIERI, R. R. et al. Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 10, p. 1–11, 2016.

BRASIL. **Eliminar a hanseníase é possível: um guia para os municípios.** v. unico, p. 12, 2015.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional.** 2016.

\_\_\_\_\_. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica.** Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Hanseníase. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 4, p. 0–11, 2018.

BRITO, A. L. et al. Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 194–204, 2016.

BRITO, K. K. G. DE et al. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 24–30, 2015.

CARVALHO, A. P. M. et al. Integração das ações de controle da hanseníase sob a perspectiva dos profissionais da saúde. **Revista de enfermagem UFPE on line- ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 1, p. 114–120, 2014.

CORREIA, C. M. F. et al. Fatores Associados À Alta Demanda De Pacientes Com Hanseníase Em Centro De Referência Em Manaus, Amazonas. **Caderno de Saude Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 169–179, 2008.

DE CASTRO, S. S. et al. Leprosy incidence, characterization of cases and correlation with household and cases variables of the Brazilian states in 2010. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 91, n. 1, p. 28–33, 2016.

DE MATOS, H. J. et al. Leprosy New Case Detection Trends and the Future Effect of Preventive Interventions in Pará State, Brazil: A Modelling Study. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 3, p. 1–10, 2016.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. spe, p. 689–693, 2008.

FERREIRA, M. L. L. T. et al. Demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes ? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 243–256, 2008.

FERREIRA, S. M. B.; IGNOTTI, E.; GAMBA, M. A. Characteristics in the Retreatment of Leprosy Relapse. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 573–581, 2012.

FRANCO, M. C. A. et al. Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. **Rev. Para. Med.** v. 28, n. 4, p. 29-40, 2014.

FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C.; GARCIA, L. P. Trends of main indicators of leprosy in Brazilian municipalities with high risk of leprosy transmission, 2001–2012.

**BMC Infectious Diseases**, v. 16, n. 1, p. 472, 5 dez. 2016.

FREITAS, B. H. B. M. DE; CORTELA, D. DA C. B.; FERREIRA, S. M. B. Trend of leprosy in individuals under the age of 15 in Mato Grosso (Brazil), 2001-2013.

**Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 28, 2017.

FUZIKAWA, P. L. et al. Factors which influenced the decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Lepr Rev**, v. 81, n. April 2017, p. 196–205, 2010a.

FUZIKAWA, P. L. et al. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Leprosy review**, v. 81, n. 3, p. 184–195, set. 2010b.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 187–194, 2011.

LEON, K. E. et al. Delayed diagnosis, leprosy reactions, and nerve injury among individuals with Hansen's disease seen at a United States clinic. **Open Forum Infectious Diseases**, v. 3, n. 2, p. 1–4, 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.

MEDEIROS, A. P. S. DE et al. Perfil de pessoas com e sem comorbidades acometidas por reações hansênicas. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2015.

MELO, J. P. DE et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de uma unidade de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 29, 2017.

MENDES, M. DA S. et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 16, n. 2, p. 217–230, 2008.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MONTEIRO, L. D. et al. Physical disabilities in leprosy patients after discharge from multidrug therapy in Northern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 909–920, 2013.

MONTEIRO, L. D. et al. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 971–980, 2015.

MOURA, L. M. A.; PEREIRA, M. A.; VELOSO, L. C. Estratégias utilizadas pelos serviços de saúde na detecção precoce da hanseníase: uma revisão integrativa. **Saúde em Foco**, v. 2, n. 1, p. 130–150, 2015.

OLIVEIRA J. C. F.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil

epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 6, p. 815-21, 2014.

OLIVEIRA, K. S. DE et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 507–516, 2015.

OPAS. **Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM)**. 2004

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 195–203, fev. 2011.

PEREIRA, M. G. **Artigos científicos**: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PIMENTEL, M.; ANDRADE, M. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: avanços e problemas. **Hansenologia**, p. 87–93, 2004.

RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 2, p. 203–208, abr. 2012.

ROCHA, M. C. N. et al. Óbitos registrados com causa básica hanseníase no Brasil: uso do relacionamento de bases de dados para melhoria da informação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1017-1026, Apr. 2015.

SALGADO, C. G. et al. Are leprosy case numbers reliable? **Lancet Infect Dis**. v. 18, n. 2, p. 135-7, feb. 2018.

SILVA, M. E. G. DA C. et al. Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 90, n. 6, p. 799–805, 2015.

SILVA SOBRINHO, R. A. DA; MATHIAS, T. A. DE F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 303–314, fev. 2008

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p. 10–15, mar. 1991.

## 4 CONCLUSÕES

A hanseníase é uma doença que agrega uma série de complexidades em todo o seu processo de determinação, diagnóstico, tratamento e controle e deve ser tratada de forma compromissada por parte dos gestores e dos profissionais de saúde.

Conclui-se no primeiro estudo que a descentralização é essencial para melhorar o acesso da população ao serviço de saúde, entretanto, essa descentralização vem ocorrendo de forma inadequada, pois o processo foi desencadeado com a simples transferência das ações para atenção primária. Existe, até hoje, certa verticalidade nessas ações que muitas vezes não são vistas como responsabilidade da unidade básica de saúde, mas sim do centro de referência em hanseníase.

Para melhor compreensão do processo de descentralização das ACH para a APS é necessário a produção de estudos com maior força de evidência, o quê, possivelmente, auxiliará na melhora da estratégia de controle da doença, ou até mesmo, a construção de novas políticas voltadas ao atendimento ao portador da hanseníase.

No segundo estudo verificou-se por meio das variáveis clínicas (classificação operacional, forma clínica e incapacidade física) que o diagnóstico da hanseníase está sendo feito tardiamente em relação ao período anterior ao processo de descentralização das ACH. E que a maioria absoluta dos diagnósticos não são realizados na atenção primária.

O perfil de desempenho do programa de hanseníase observado neste estudo aponta piora de indicadores epidemiológicos no período pós-descentralização, com a maioria dos casos sendo diagnosticados em serviço de referência. Esses resultados demonstram que a atenção primária tem um longo caminho a percorrer para alcançar uma descentralização efetiva.

## 5 REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. R. M; ALMEIDA, M. G; SANTOS, A. G. dos. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 4, p.347-56, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 7 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 44, n. 11, 2015. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2014/Jul/23/2013\\_009\\_boletim\\_hanseníase.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2014/Jul/23/2013_009_boletim_hanseníase.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. 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, 2016.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E. et al. **Caderno Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998, p.11-26.

KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. **Lepr. Rev.**, Londres, v. 75, n. 1, p. 67-78, Mar. 2004.

LANZA, F.M; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011.

LYON, S. GROSSI, M. A. F. Diagnóstico e tratamento da Hanseníase. In: ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; FERREIRA, I.N. **Hanseníase: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: NESPROM, 2014. p. 141-69.

MEDEIROS, A. P. S. de et al. Perfil de Pessoas com e sem comorbidades acometidas por reações hansênicas. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 281-8, abr./jun. 2015.

MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p.909-20, maio 2013.

NEWELL, J. N. et al. Decentralization and TB control in Nepal: understanding the views of TB control staff. **Health Policy**, Amsterdam, v. 73, n. 2, p. 212-227, Aug. 2005.

OLIVEIRA, M. L. W. de. Estratégias de prevenção e controle da Hanseníase. In: ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; FERREIRA, I.N. **Hanseníase: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: NESPROM, 2014. p. 401-18.

QUEIROZ, T. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, p. 185-91, 2015.

RAPOSO, M. T. Prevenção de Incapacidades: Hanseníase e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF: Progressos e Desafios. In: ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; FERREIRA, I.N. **Hanseníase: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: NESPROM, 2014. p. 283-86.

RAPOSO, M. T; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the Leprosy Program into primary health care in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 45, n. 2, p.203-08, mar./abr. 2012.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

FORMULÁRIO DE PESQUISA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO  
MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR, NO PERÍODO DE 1996 A 2005

Nº \_\_\_\_\_ Caso Novo ( ) Recidiva ( )

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Nº da Notificação \_\_\_\_\_

Data da Notificação \_\_\_\_\_ Data do 1º atendimento no CIDI \_\_\_\_\_

Data da última consulta no CIDI \_\_\_\_\_

### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO NO DIAGNÓSTICO

**Sexo:** (M) Masculino (F) Feminino (I) Ignorado

**Idade** (em anos):  Data de Nascimento \_\_\_\_\_

**Raça/Cor:** 1. Branca; 2. Preta; 3. Amarela; 4. Parda; 5. Indígena; 9. Ignorado

**Escolaridade** (em anos de estudo concluídos): 1. Nenhum; 2. De 1 a 3; 3. De 4 a 7;   
4. De 8 a 11; 5. De 12 e mais; 6. Não se aplica; 9. Ignorado

**Procedência:** 1. Zona Urbana 2. Zona Rural; 3. Urbana/rural; 9. Ignorado

Bairro: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

**Ocupação/Ramo de atividade econômica:** \_\_\_\_\_

### II - DADOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO, LABORATORIAL E CLÍNICO

**Caso anterior na família?** 1. Sim; (Quem \_\_\_\_\_) 2. Não; 9. Ignorado

**Comunicantes:** 1. Sim; 2. Não; 9. Ignorado

Se SIM, preencha o quadro utilizando o mesmo código.

	Idade	Grau de Parentesco	1ª dose BCG*	2ª dose BCG*	Examinado	Observação
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Nº de contatos

Quantos contatos não vieram

**Modo de entrada:**

1. Caso Novo; 2. Transferência do mesmo Município; 3. Transferência de outro Município  
 4. Transferência de outro Estado; 5. Transferência de outro País;   
 6. Recidiva; 7. Outros reingressos 9. Ignorado

**Modo de detecção do caso novo:**

1. Encaminhamento 2. Demanda espontânea 3. Exame de coletividade   
 4. Exame de contatos 5. Outros modos 9. Ignorado

**Doença relacionada ao trabalho:**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

**Baciloscopia:** 1. positiva; 2. negativa; 3. não realizada 9. Ignorado

**Biópsia:**

- Período entre o primeiro sinal e o diagnóstico:** ( ) até 6 meses  
 ( ) de 7 a 12 meses  
 ( ) de 13 a 18 meses  
 ( ) de 19 a 24 meses  
 ( ) 25 meses a mais  
 ( ) dado não disponível

- Local de realização do diagnóstico:** (1) Londrina UBS  
 (2) Londrina CIDI   
 (3) Londrina outro local \_\_\_\_\_  
 (4) Outro município \_\_\_\_\_  
 (9) Ignorado

**Número de Lesões Cutâneas**  **Número de Troncos Nervosos acometidos**

- Forma clínica:** (1) Indeterminada (2) Tuberculoide (3) Dimorfa   
 (4) Virchowiana (5) Não Classificada

- Avaliação de Incapacidade no Diagnóstico:**   
 (1) Grau Zero; (2) Grau 1; (3) Grau 2; (4) Grau 3; (5) Não Avaliado; (9) Ignorado

- Avaliação de Incapacidade na Alta:**   
 (1) Grau Zero; (2) Grau 1; (3) Grau 2; (4) Grau 3; (5) Não Avaliado; (9) Ignorado  
 (10) em tratamento

- Classificação Operacional:**   
 (1) PB; (2) MB; (9) Ignorado

**III - DADOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO****Data do início do Tratamento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**Esquema Terapêutico:**

(1) PQT/PB/6 doses; (2) PQT/MB/12 doses; (3) PQT/MB/24 doses (4) ROM

(5) Outros esquemas alternativos; (9) Ignorado

**Inicial**  \_\_\_\_\_ **Atual**  \_\_\_\_\_ **Na alta**  \_\_\_\_\_  
(data \_\_\_\_\_ ou

observação)

**Efeitos colaterais:** (1) Sim.; (2) Não 

Quais: \_\_\_\_\_

**Conduta diante dos efeitos colaterais:** \_\_\_\_\_**IV – EPISÓDIOS REACIONAIS:** (1) Sim. (2) Não (9) Ignorado 

Tipo de episódio Dio 1 ou 2	Período do tratamento em que apareceu	Características clínicas	Conduta terapêutica	Período de uso dessa terapêutica (em meses)	Resposta ao tratamento	Observação

## V - AVALIAÇÃO CLÍNICA E NEUROLÓGICA

### Alterações/comprometimentos mais comuns:

DATA							
Alteração/ Localização	Início do trata- mento	Alta	Pós alta				
<b>Sensitiva</b>	1. Sim 2. Não 9. Ignorado						
Mão							
Pé							
<b>Dor à palpação (nervo)</b>	1. Sim 2. Não 9. Ignorado						
Facial							
Retroauricular							
Radial							
Radial cutâneo							
Ulnar							
Mediano							
Fibular comum							
Tibial							
<b>Espessamento (nervo)</b>	1. Sim 2. Não 9. Ignorado						
Facial							
Retroauricular							
Radial							
Radial cutâneo							
Ulnar							
Mediano							
Fibular comum							
Tibial							
<b>Motora (força muscular):</b>	1(sem contração muscular) até 5 (faz o movimento vencendo resistência) ; 9 Ignorado						
	<b>Início do trata- mento</b>	<b>Alta</b>	<b>Pós alta</b>				
Olhos	Orbicular						
	Sensibilidade corneana						
Mãos	Abdutor do 1º dedo						
	Adutor do 5º dedo						
	Dorsiflexores do punho						
	Extensor do hálux						

Pés	Extensor dos dedos							
	Tibial anterior ou dorsiflexão pé							

**Incapacidades/seqüelas:** (1. Sim; 2. Não; 9. Ignorado)

MÃO	E	D	PÉ	E	D	OLHO	E	D
Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas		
Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase		
Anestesia			Anestesia			Sensibilidade corneana diminuída ou ausente		
Úlceras e lesões traumáticas			Úlceras tróficas			Lagofalmo e/ou ectrópio		
Garra móvel da mão			Garra dos artelhos			Triquíase		
Reabsorção discreta			Reabsorção discreta					
Mão caída			Pé caído					
Articulações anquilosadas (garra fixa)			Contratura					
Reabsorção intensa			Reabsorção intensa					
Soma								

Desabamento de Nariz (1. Sim; 2. Não; 3. Ignorado)

Paralisia Facial (1. Sim; 2. Não; 3. Ignorado)

Casos subentrantes: Neurite (1. Sim; 2. Não; 3. Ignorado)

OBSERVAÇÕES:

Nome do responsável pela coleta

---

## ANEXO B

## FORMULÁRIO DE PESQUISA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR, NO PERÍODO DE 2013 A 2016.

Nº da Notificação \_\_\_\_\_

Data da Notificação \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) \_\_\_\_\_

Data do Diagnóstico \_\_\_\_\_

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO NO DIAGNÓSTICO****Sexo:** (M) Masculino (F) Feminino (I) Ignorado **Idade** (em anos):  **Data de Nascimento** \_\_\_\_\_**Raça/Cor:** 1. Branca; 2. Preta; 3. Amarela; 4. Parda; 5. Indígena; 9. Ignorado **Gestante:** 1. 1º Trimestre; 2. 2º Trimestre; 3. 3º Trimestre; 4. Idade gestacional Ignorada; 5. Não; 6. Não se aplica; 7. Ignorado.

1. 1º Trimestre; 2. 2º Trimestre; 3. 3º Trimestre; 4. Idade gestacional Ignorada; 5. Não; 6. Não se aplica; 7. Ignorado.

2. 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau); 3. 5ª à 8ª série incompleta do EF

(antigo ginásio ou 1º grau); 4. 5ª à 8ª série completa do EF (antigo ginásio ou 1º grau); 5. Ensino médio

incompleto (antigo colegial ou 2º grau); 6. Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau); 7. Superior

Incompleto; 8. Superior Completo; 9. Ignorado; 10. Não se aplica **Município de Residência:** \_\_\_\_\_**Procedência:** 1. Zona Urbana 2. Zona Rural; 3. Urbana/rural; 

9. Ignorado

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Zona:** \_\_\_\_\_ **Ocupação/Ramo de atividade econômica:** \_\_\_\_\_ **II - DADOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO, LABORATORIAL E CLÍNICO****Caso anterior na família?** 1. Sim; (Quem \_\_\_\_\_) 2. Não; 9. Ignorado**Número de Lesões Cutâneas** **Forma clínica:** (1) Indeterminada (2) Tuberculoide (3) Dimorfa   
(4) Virchowiana (5) Não Classificada**Classificação Operacional:** (1) PB; (2) MB **Número de Nervos afetados:** \_\_\_\_\_**Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico:** 

(0) Grau zero; (1) Grau I; (2) Grau II; (3) Não avaliado

**Modo de Entrada:** 

(1) Caso Novo; (2) Transferência do mesmo Município (outra unidade);

(3) Transferência de outro Município (mesma UF); (4) Transferência de outro Estado; (5) Transferência de outro País; (6) Recidiva; (7) Outros reingressos; (9) Ignorado

**Modo de Detecção do Caso Novo:**

(1) Encaminhamento; (2) Demanda espontânea; (3) Exame de coletividade; (4) Exame de contatos; (5) Outros modos; (9) Ignorado

**Baciloscopia:**

(0) Positiva; (2) Negativa; (3) Não realizada; (4) Ignorado

**Data do Início do Tratamento:** \_\_\_\_\_

**Esquema Terapêutico Inicial:**

(1) PQT/PB/6 doses; (2) PQT/MB/12 doses; (3) Outros Esquemas Substitutos

**Número de Contatos Registrados:** \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

Função do responsável pela coleta: \_\_\_\_\_

Município/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Número de troncos nervosos acometidos: \_\_\_\_\_

( 5 ) Se tratamento substitutivo: \_\_\_\_ doses.

( 6 ) Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Sintomatologia Atual:**

( 1 ) Lesões cutâneas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( 2 ) Sintomas Neurais:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( 3 ) Localização das Lesões:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Agravos Associados:**

( 1 ) Agrotóxico

( 2 ) Doença mental

( 3 ) HIV/aids

( 4 ) Hipertensão

( 5 ) Tuberculose

( 6 ) Alcoolismo

( 7 ) Glaucoma

( 8 ) Hepatite

( 9 ) Sífilis

( 10 ) Osteoporose

Investigação Epidemiológica:

( 1 ) Parentesco: mãe, pai, filho, irmão, tios, avós

( 2 ) Idade: \_\_\_\_\_

( 3 ) Resultado exame DN: \_\_\_\_\_

Residências anteriores:

( 1 ) De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

( 2 ) De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

( 3 ) De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Investigação Epidemiológica:

( 1 ) Parentesco: mãe, pai, filho, irmão, tios, avós

( 2 ) Idade: \_\_\_\_\_

( 3 ) Resultado exame DN: \_\_\_\_\_

Residências anteriores:

( 1 ) De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

( 2 ) De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

( 3 ) De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

Avaliação do Grau de Incapacidade Física:

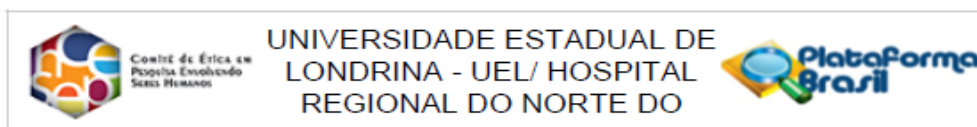
MÃO	E	D	PÉ	E	D	OLHO	E	D
Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas		
Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase		
Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Sensibilidade corneana diminuída ou ausente		
Lesão trófica e/ou traumática			Lesão trófica e/ou traumática			Lagoftalmo e/ou ectrópio		
Garra de mão			Garra de artelho			Triquíase		
Reabsorção			Reabsorção			Opacidade corneana central		
Mão caída			Pé caído			Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros		
			Contratura de Tornozelo					

(1) Grau Zero; (2) Grau 1; (3) Grau 2; (4) Não Avaliado; (5) Ignorado

Nome do responsável pela coleta \_\_\_\_\_

## ANEXO C

## Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A EFETIVIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA NO CONTROLE DA HANSENIASE NO PERÍODO PRÉ E PÓS-DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** Flavia Meneguetti Pieri

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 38642514.3.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 930.220

**Data da Relatoria:** 21/12/2014

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Autorização - OK

> Declaração - Ok

> Termo de sigilo - OK

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atende as determinações da Resolução 466/2012.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 88.057-970

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br