



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RÔMULO RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**COVID-19 E HANSENÍASE EM SERGIPE, BRASIL, 2020: IMPACTO DA
PANDEMIA E INTERVENÇÃO DE ENFRENTAMENTO À PREVALÊNCIA
OCULTA DA DOENÇA POR UMA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

MACEIÓ

2021

RÔMULO RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**COVID-19 E HANSENÍASE EM SERGIPE, BRASIL, 2020: IMPACTO DA
PANDEMIA E INTERVENÇÃO DE ENFRENTAMENTO À PREVALÊNCIA
OCULTA DA DOENÇA POR UMA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação vinculada ao Curso mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Alagoas/Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de Souza

Co-orientador: Prof. Dr. Michael Ferreira Machado

MACEIÓ

2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central Divisão de
Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586c Silva, Rômulo Rodrigues de Souza.
COVID-19 e hanseníase em Sergipe, Brasil, 2020 : impacto da pandemia e
intervenção de enfrentamento à prevalência oculta da doença por uma equipe de
atenção primária à saúde / Rômulo Rodrigues de Souza Silva. – 2021.
113 f. : il.

Orientador: Carlos Dornels Freire de Souza.

Co-orientador: Michael Ferreira Machado.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de
Alagoas. Faculdade de Medicina. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 88-108.

ces: f. 109-111

; f. 112-113.

1. Epidemiologia. 2. Hanseníase. 3. Doenças endêmicas. 4. COVID-19. 5.
Pandemias. I. Título.

CDU: 614:616-002.73

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu Deus, que tem um propósito especial em minha vida e esteve ao meu lado durante esse tempo do Mestrado, me dando forças para prosseguir e fechar essa etapa;

Agradeço também a minha esposa, amiga, namorada, parceira e confidente, Joely que suportou meu stress e foi muito compreensiva pelas madrugadas em claro devido aos estudos do mestrado e à confecção desse Trabalho de Conclusão de Mestrado;

Agradeço a meus pais, Natanael e Ivonete, por terem investido em minha educação durante minha infância e adolescência, sem esse investimento, talvez não teria essa oportunidade de estar fazendo e concluindo esse Mestrado;

Sou grato também aos meus irmãos Raquel e Rafael, demais parentes e amigos pela compreensão com relação a um certo afastamento do convívio devido aos estudos do mestrado;

Agradeço aos professores do Mestrado pelos ensinamentos transmitidos e pela dedicação a este curso, algumas vezes abdicando do convívio familiar para estar nos ensinando, além do incentivo dado a nós, discentes, nos momentos de desânimo e de stress;

Agradeço também aos meus orientadores professores Carlos Dornels e Michael Ferreira pelo excelente acompanhamento e orientações do referido Trabalho de Conclusão de Mestrado; estavam sempre disponíveis e não negaram nenhuma dúvida a ser tirada, além dos excelentes ensinamentos no tocante ao tema do referido trabalho;

Sou grato à Thais Matos, pelo apoio no referido Trabalho de Conclusão de Mestrado;

Enfim, agradeço a todos os colegas do mestrado pela parceria, pelo apoio e suporte, somos uma equipe onde todos se ajudaram para concluirmos esse mestrado.

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 implicou em mudanças substanciais nas rotinas dos serviços de saúde, com provável impacto no enfrentamento as outras doenças endêmicas no Brasil, dentre as quais se destaca a Hanseníase. O Brasil figura como o único país que ainda não alcançou a meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública. Sergipe, em 2019, apresentou um coeficiente de detecção geral de 14,1 casos/100 mil habitantes (n=325 casos) prevalência de 1,41/10 mil habitantes e uma taxa de detecção em menores de 15 anos de 4,2/100 mil (n=22) indicando a sua presença e a força de transmissão recente da endemia no estado.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo analisar o impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à hanseníase em Sergipe, Brasil no ano de 2020 e relatar experiência de redução da prevalência oculta da doença por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado durante a pandemia.

Métodos: Este estudo foi estruturado em duas partes: A primeira, de natureza ecológica e, a segunda, relato de experiência. Para o componente ecológico de série temporal, a área de estudo foi o estado de Sergipe e considerado o período janeiro de 2017 a dezembro de 2020. Nessa etapa, foram analisados os indicadores epidemiológicos de monitoramento e avaliação da hanseníase e variáveis clínicas/epidemiológicas. A segunda etapa consistiu em relato de experiência realizado no município de Estância, situado a 67 km da capital do estado (Aracaju). No município, a ação foi realizada na Unidade de Saúde da Família Leonor Barreto Franco, situada no Bairro Cidade Nova. A experiência consistiu na oferta de exame aos pacientes que frequentaram a unidade de saúde nos meses de setembro de 2020 a janeiro de 2021.

Resultados: Em 2020, observou-se uma redução de 22,2% no número de casos novos de hanseníase na população geral (325 em 2019; 253 em 2020) e de 44,4% no coeficiente de detecção geral (14,1/100 mil em 2019; 7,9 casos/100 mil em 2020). Em menores de 15 anos, houve queda de 50% nos registros (22 casos em 2019; 11 casos em 2020) e de 49,8% no coeficiente de detecção (4,2/100 mil em 2019; 2,1/100 mil em 2020). O número de municípios sem registro da doença elevou-se tanto na população geral, passou de 25 (33,3%) municípios em 2019 para 29 (38,6%) em 2020, quanto em menores de 15 anos, de 63 (84,0%) para 68 (90,7%). No que concerne à ação de enfrentamento, foram avaliados 235 indivíduos, sendo feito 06 diagnósticos clínicos de hanseníase (2,5%), dentre os quais, um em menor de 15 anos de idade. No município, durante todo o ano de 2020, registrou-se um total de nove casos novos de hanseníase. Sem o projeto, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase no município seria de 4,3/100 mil habitantes e, com o projeto, esse coeficiente foi três vezes superior (12,9/ 100 mil habitantes).

Conclusão: A pandemia de COVID-19 resultou em impacto negativo no enfrentamento à hanseníase no estado de Sergipe, impondo desafios ainda mais acentuados no processo de enfrentamento da doença. A oferta de exame dermatoneurológico durante consultas médicas de rotina em áreas vulneráveis, permitiu evidenciar a prevalência oculta de hanseníase no bairro Cidade Nova, Estância, Sergipe.

Recomendações: A urgente elaboração, pelo estado de Sergipe, de um plano de enfrentamento da Hanseníase que objetive mitigar os efeitos danosos da pandemia de COVID-19 no processo de enfrentamento da doença. O plano de enfrentamento deve considerar o importante papel da Atenção Primária à Saúde no contexto da Hanseníase, bem como a qualificação dos indicadores epidemiológicos.

Descritores: Epidemiologia; Hanseníase; Doenças Endêmicas; Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV); Pandemias.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic resulted in substantial changes in the routines of health services, with a likely impact on the fight against other endemic diseases in Brazil, among which leprosy stands out. Brazil is the only country that has not yet reached the goal of eliminating the disease as a public health problem. Sergipe, in 2019, had an overall detection rate of 14.1 cases/100,000 inhabitants (n=325 cases), prevalence of 1.41/10,000/inhabitant and a detection rate of 4.2 /100 thousand (n=22) indicating its presence and the recent transmission strength of the endemic disease in the state.

Objective: This study aims to analyze the impact of the COVID-19 pandemic in the fight against leprosy in Sergipe, Brazil in 2020 and report the experience of reducing the hidden prevalence of the disease by a primary health care team in the interior of the state, during the pandemic.

Methods: This study was structured in two parts: the first, of an ecological nature, and the second, an experience report. For the ecological component of the time series, the study area was the state of Sergipe and considered the period January 2017 to December 2020. At this stage, the epidemiological indicators of monitoring and evaluation of leprosy and clinical/epidemiological variables were analyzed. The second stage consisted of an experience report carried out in the municipality of Estância, located 67 km from the state capital (Aracaju). In the municipality, the action was carried out at the Leonor Barreto Franco Family Health Unit, located in the Cidade Nova neighborhood. The experience consisted of offering dermatological and neurological examinations to patients who attended the health unit from September 2020 to January 2021.

Results: In 2020, there was a reduction of 22.2% in the number of new cases of leprosy in the general population (325 in 2019; 253 in 2020) and of 44.4% in the overall detection coefficient (14.1/ 100,000 in 2019; 7.9 cases/100,000 in 2020). In children under 15 years of age, there was a 50% drop in records (22 cases in 2019; 11 cases in 2020) and 49.8% in the detection coefficient (4.2/100 thousand in 2019; 2.1/100 thousand in 2020). The number of municipalities without registration of the disease increased both in the general population, from 25 (33.3%) municipalities in 2019 to 29 (38.6%) in 2020, and in those under 15 years old, from 63 (84.0%) to 68 (90.7%). Regarding the coping action, 235 individuals were evaluated, with 06 clinical diagnoses of leprosy (2.5%), among which, one was under 15 years of age. In the city, throughout the year 2020, there were a total of nine new cases of leprosy. Without the project, the coefficient of detection of new cases of leprosy in the city would be 4.3/100 thousand inhabitants and, with the project, this coefficient was three times higher (12.9/100 thousand inhabitants).

Conclusion: The COVID-19 pandemic resulted in a negative impact on coping with leprosy in the state of Sergipe, posing even greater challenges in the process of coping with the disease. The offer of dermatological and neurological examinations during routine medical consultations in vulnerable areas, allowed to reveal the hidden prevalence of leprosy in the Cidade Nova neighborhood, Estância, Sergipe.

Recommendations: The urgent elaboration, by the state of Sergipe, of a plan to fight leprosy that aims to mitigate the harmful effects of the COVID-19 pandemic in the process of coping with the disease. The coping plan must consider the important role of Primary Health Care in the context of leprosy, as well as the qualification of epidemiological indicators.

Descriptors: Epidemiology; Leprosy; Endemic Diseases; New Coronavirus Disease (2019-nCoV); Pandemics.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Descrição dos blisters de Poliquimioterapia	24
Quadro 2	Possíveis combinações de tratamentos para hanseníase resistente a medicamentos	24
Figura 1	Total de casos confirmados de COVID-19 até 06 de junho de 2021	36

RELATÓRIO TÉCNICO

Figura 1	Número de casos novos de hanseníase e coeficientes de detecção na população geral e em menores de 15 anos/100 mil habitantes. Sergipe, Brasil, 2017-2020	49
Figura 2	Número de casos novos de hanseníase e coeficientes de detecção na população geral/100 mil habitantes (A) e em menores de 15 anos/100 mil habitantes (B), segundo mês de notificação. Sergipe, Brasil, 2017-2020	50
Figura 3	Variação mensal da detecção de casos novos de hanseníase na população geral (A) e em menores de 15 anos (B) de 2020 em relação à média 2017-2019. Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).	51
Figura 4	Variação no número de casos novos de hanseníase na população geral (A e B) e em menores de 15 anos (C e D), segundo município de residência: 2020 em relação a 2019. Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).	53
Figura 5	Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase na população geral/100 mil habitantes Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).	55

Figura 6	Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase na população geral/100 mil habitantes Sergipe, Brasil, 2017-2020 (n= 75 municípios).	56
-----------------	---	-----------

Figura 7	Número de contatos de casos novos de hanseníase registrados e examinados e proporção de exames de contatos. Sergipe, Brasil, 2017-2020 (n= 75 municípios).	57
-----------------	--	-----------

ARTIGO

Figura 1	Área de realização do estudo. Bairro Cidade Nova, Estância, Sergipe, Brasil.	73
-----------------	--	-----------

Figura 2	Registro fotográfico das lesões dermatológicas dos casos de hanseníase diagnosticados no período de setembro de 2020 a janeiro de 2021.	78
-----------------	---	-----------

LISTAS DE TABELAS

RELATÓRIO TÉCNICO

Tabela 1	Número de municípios com diagnóstico de casos novos de hanseníase na população geral (A) e em menores de 15 anos (B). Sergipe, Brasil, 2017-2020 (n = 75 municípios).	52
Tabela 2	Proporção de campos ignorados nas variáveis epidemiológicas. Sergipe, Brasil, 2017-2020 (n= 75 municípios).	57

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
COE-COVID-19	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i> 2019
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
Hab	Habitantes
HD	Hanseníase Dimorfa
HI	Hanseníase Indeterminada
HT	Hanseníase Tuberculóide
HV	Hanseníase Virchowiana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
km ²	Kilômetros quadrados
MB	Multibacilar
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PB	Paucibacilar
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Políticas Nacionais de Atenção Básica
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia

PSF	Programa de Saúde da Família
SAAE	Serviço de Abastecimento de Água de Estância
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SBH	Sociedade Brasileira de Hansenologia
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SES-SE	Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHA	Assembleia Mundial de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
$\pm$	Mais ou menos
$<$	Menor que
$>$	Maior que
$=$	Igual
N	Número
$\leq$	Igual ou menor que
$\geq$	Igual ou maior que

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Breve História: Da lepra à Hanseníase	23
2.2 Epidemiologia da Hanseníase no Brasil: do nacional ao local.....	26
2.3 Aspectos clínicos gerais da hanseníase	27
2.3.1 Diagnóstico	28
2.3.2 Classificação Clínica	28
2.3.3 Classificação Operacional	30
2.4 Prevalência oculta da hanseníase	31
2.5 Evolução da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	32
2.5.1 Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB)	33
2.5.2 Hanseníase e Atenção Primária à Saúde	34
2.6 Pandemia de COVID-19	34
2.6.1 COVID-19: Da origem ao cenário global	34
2.6.2 A COVID-19 no Brasil: do nacional ao local	35
2.6.3 Impacto da COVID-19 no enfrentamento as outras doenças	37
3. OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo Geral.....	39
3.2 Objetivos Específicos	39
4. MÉTODOS	40
4.1 PARTE 1- Relatório Técnico- Impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à Hanseníase em SERGIPE.....	40
4.1.1 Desenho de estudo.....	40
4.1.2 População do estudo e período.....	40
4.1.3 Área de Estudo	40
4.1.4 Variáveis, fontes e mecanismos de coleta	41
4.1.5 Tratamento dos dados	41
4.2 PARTE 2- Relato de experiência de enfrentamento à prevalência oculta da Hanseníase por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado de Sergipe durante a pandemia de COVID-19.....	41
4.2.1 Desenho do estudo	41
4.2.2 População do estudo e período.....	42
4.2.3 Área de Estudo	42
4.2.4 Área de Estudo de desenvolvimento da ação	42

4.2.5	<i>Sistemática de execução do projeto</i>	43
4.2.6	<i>Tratamento dos dados</i>	44
4.2.7	<i>Aspectos éticos</i>	44
5.	RESULTADOS	45
5.1	Produto- Relatório Técnico Conclusivo: Impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à Hanseníase em Sergipe, Brasil, 2020.	46
5.2	Artigo- Enfrentamento à hanseníase em tempos de COVID-19: um relato experiência na atenção primária à saúde do interior do estado de Sergipe, 2020.....	70
6.	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
	ANEXOS E APÊNDICES	111

1. INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, de alta infectividade e baixa patogenicidade. Tem como agente causador o *Mycobacterium leprae*, bacilo intracelular obrigatório, gram-positivo e álcool-ácido resistente, que tem preferência por células do tecido cutâneo e de nervos periféricos (BRASIL, 2016; EICHELMANN et al., 2013). Apresenta alto potencial incapacitante, diretamente relacionado com a capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico (BRASIL, 2008; RODINI et al., 2010; SILVA et al., 2019a).

As ações voltadas para o controle e eliminação da hanseníase são orientadas pelo Programa de Controle da Hanseníase, com foco na Atenção Primária a Saúde (APS), de modo particular na Estratégia de Saúde da Família. O diagnóstico da hanseníase, sempre que possível, deve ser feito na Atenção Básica, onde ocorre o nível de cuidado primordial no tocante ao diagnóstico e tratamento da doença, devido a sua capilaridade e poder de alcance (BRASIL, 2007; SAVASSI; MODENA, 2015; BRASIL, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, foram registrados 208.641 casos novos da doença no mundo. Desses casos, 30.957 (14,84%) ocorreram no continente americano, destes 28.660 (92,6%) foram notificados no Brasil. Do total de casos novos registrados no Brasil em 2018, 1.705 (5,9%) ocorreram em indivíduos menores de 15 anos (OMS, 2019). Não obstante os esforços em escala mundial com o objetivo referente à eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, o Brasil ainda não conseguiu atingir a meta de prevalência de < 1 caso por 100.00 habitantes (OMS, 2021a; WHO, 2016a; BRASIL, 2020a).

O estado de Sergipe, cenário deste estudo, apresenta uma significativa taxa de detecção de casos novos anualmente, tendo notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2019, 325 casos novos diagnosticados em residentes do município, um coeficiente de detecção geral de 14,1 casos/100mil habitantes. No mesmo ano, em menores de 15 anos, foi registrada uma taxa de detecção de 4,2/100 mil (n=22) indicando a força de transmissão recente da endemia no estado (BRASIL, 2021a).

Já não bastavam as doenças endêmicas, o mundo deparou-se com um novo desafio, a emergência da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) que tornou o cenário ainda mais desafiador. Originária na província de Wuhan na China, em dezembro de 2019, a síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV-2), disseminou-se rapidamente em todos os

continentes, provocando a pandemia do COVID – 19, no Brasil, a doença teve os primeiros casos investigados em fevereiro, porém o diagnóstico e a notificação em território nacional ocorreram em março de 2020 em São Paulo, alcançando velozmente ampla distribuição geográfica no território brasileiro. Ainda em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou a pandemia de COVID 19 (OMS, 2020a; WHO, 2020b; WERNECK; CARVALHO, 2020).

A pandemia vem crescendo e tomando proporções devastadoras, em 18 de abril de 2021, globalmente já eram 140,3 milhões de casos confirmados de COVID-19, incluindo 3,0 milhões de mortes em decorrência da doença. Dos casos notificados, 13,9 milhões foram registrados no Brasil, acumulando 371,6 mil óbitos desde o primeiro registro em 26 de fevereiro de 2020. Em Sergipe, são 189,5 mil novos casos de COVID-19 e 3,9 mil óbitos foram registrados até a data dessa escrita, em 18 de abril de 2021 (OMS, 2021b; BRASIL, 2021).

Decorrente da rápida transmissão da COVID-19 em todos os continentes foram recomendadas e adotadas ações destinadas a conter a transmissão do coronavírus, retardar o pico da curva epidemiológica e minimizar a carga sobre os sistemas de saúde. Dentre essas ações, a restrição da mobilidade, o distanciamento social e as alterações na funcionalidade dos serviços de saúde, embora importantes, tiveram efeitos colaterais no controle a outros agravos, inclusive doenças infectocontagiosas, como tuberculose, hanseníase, esquistossomose, dentre outras (SOUZA et al., 2020a; GARCIA; DUARTE, 2020; PARMET; SINHA, 2020).

Com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da COVID-19, decorrentes das intervenções sanitárias abrangendo a comunidade em um único momento e um único espaço, a OMS recomendou, em primeiro de abril de 2020, que as diversas campanhas de tratamento em massa, ações de busca ativa de casos, além de inquéritos populacionais sobre as doenças negligenciadas fossem adiadas até novas orientações (WHO, 2020a; BRASIL, 2020f). Corroborando com essas orientações, a OMS redigiu em maio de 2020 o documento intitulado “*Cuidados de saúde baseados nas comunidades, incluindo as campanhas de proximidade, no contexto da pandemia de COVID-19*”, esse documento descreve as adaptações necessárias para manter as pessoas seguras no contexto de pandemia e garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde (WHO, 2020b; BRASIL, 2020i).

Diante do cenário posto, a Sociedade Brasileira de Hansenologia (2020) emitiu orientações com o intuito de melhorar o fluxo dos serviços e diminuir a exposição dos pacientes hansenianos. O referido documento orienta que a poliquimioterapia (PQT), na medida do possível, fosse dispensada para até três meses de tratamento, durante a pandemia do COVID-19, visando redução da exposição desses pacientes.

Em todo mundo, a preocupação dos governantes se voltou para o sistema hospitalar, deixando de lado um elemento essencial do sistema: a Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, não há evidências explícitas e/ou investimento claro e/ou fortalecimento da APS no planejamento de confronto à referida pandemia (SOUZA et al., 2020b; GÓIS-SANTOS et al., 2020). Esse foco no atendimento hospitalar durante a pandemia, pelo fato de que 15% dos pacientes graves necessitarão de uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), acarretou no negligenciamento de outros setores do SUS. Além disso, a atual crise decorrente da COVID-19, levou a mudanças no cronograma e no processo de trabalho na APS. Dentre essas mudanças, algumas Unidades de Saúde da Família se tornaram Unidades de Referência no primeiro atendimento aos pacientes com suspeita de COVID-19 (GOIS-SANTOS et al., 2020).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à hanseníase em Sergipe, Brasil no ano de 2020 e relatar experiência de redução da prevalência oculta da doença por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado durante a pandemia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breve História: Da lepra à Hanseníase

Existem relatos de casos da Lepra desde períodos antes de Cristo (a.C.), com diferentes nomenclaturas, a hanseníase foi citada nos livros sagrados da Índia como "*Kushta*", "*Vatratha*", na literatura Chinesa foi conhecida como "*Da Feng*", o termo "*Tsaraath*" está descrito na Bíblia no Livro do Êxodo, onde descreve manchas brancas com alteração de pelos, como uma condição atípica que precisava de purificação. Os capítulos 13 e 14 do livro de Levítico no Velho Testamento mencionam a lepra como uma praga, sendo uma doença milenar, que apresenta uma triste história social e cultural (SAVASSI, 2010; BÍBLIA SAGRADA, 2007).

Os primeiros casos da doença podem ter ocorridos nas tropas de Alexandre o Grande em meados dos anos 300 a.C., havendo em todos os períodos de sua existência o estigma com o doente. Sabendo-se que a Lepra se tratava de uma doença contagiosa, incapacitante e mutilante, as pessoas que apresentassem sinais da doença, eram excluídas da sociedade, sendo condenadas ao isolamento compulsório em hospitais-colônia, prática essa que foi adotada por diversos anos (MACIEL, 2007; SOUSA, 2016).

Os primeiros casos da hanseníase no Brasil foram documentados em meados de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, local no qual, tempos depois, foi criado o primeiro leprosário do Brasil. Após registros dos primeiros casos no Rio de Janeiro, outros focos da moléstia foram identificados no país, particularmente nos estados da Bahia e no Pará. Mesmo com a doença já circulando no território brasileiro, as primeiras ações governamentais no combate à hanseníase somente vieram a ser tomadas mais de um século depois, por ordem do imperador Dom João VI, que intimou a criação de um plano de contenção da doença no Brasil (BRASIL, 1989; YAMANOUCI et al., 1993; EIDT, 2004; MAGALHÃES; ROJAS, 2005).

Em 1897 aconteceu em Berlim, na Alemanha, a I Conferência Internacional de Lepra, tendo como perspectiva o enfrentamento à doença, utilizando-se o isolamento do doente para interromper a cadeia de transmissão da Lepra. No mesmo período a Igreja Católica adotou medidas ainda mais ríspidas, onde os doentes eram aprisionados em seus domicílios e cremados ainda vivos, com a justificativa que a doença representava impureza moral em decorrência de pecados cometidos (SOUSA, 2016).

A partir de 1904, a hanseníase passou a ser doença de notificação compulsória em todo Brasil, através do Regulamento Sanitário da União, determinado por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública. Além disso, ele assegurava como forma de controle da

moléstia, o isolamento dos pacientes, tendo sido adotado um regime de construção de leprosários em todos os estados (MACIEL, 2003; MACIEL, 2004).

Em 1967 o termo Lepra foi substituído pela terminologia Hanseníase, entretanto, legalmente e por meio do Decreto nº 76.078, só veio ocorrer em 04 de agosto 1975, sendo que a obrigatoriedade ao uso da nomenclatura Hanseníase ocorreu somente em 29 de março 1995, pela Lei Federal nº 9.010 (OPROMOLA; LAURENTI, 2011; SOUSA, 2016). O termo Hanseníase surgiu em homenagem ao descobridor do *Mycobacterium leprae*, o norueguês Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen, que ao analisar fragmentos da pele lesionada encontrou o bacilo, com a perspectiva de cura e serviços de educação em saúde, visando abrandar o estigma carregado pela doença (FARIA; SANTOS, 2015; CABELLO et al, 2010).

Em 1943 iniciou-se o uso da dapsona (sulfona) para tratamento da Lepra, no ano de 1960 foi identificada resistência à dapsona e detectada a eficiência da rifampicina como alternativa medicamentosa para cura. A recomendação pelo uso da poliquimioterapia (PQT), por meio da combinação da dapsona, rifampicina e clofazimina se deu em 1981 pela Organização Mundial de Saúde (OMS); no Brasil, em 1986, um protocolo da PQT foi adotado em áreas pilotos no Rio de Janeiro - RJ, Manaus- AM e Distrito federal; somente em 1988 houve ampliação para outras áreas no Brasil; e em 1991 o Ministério da Saúde instituiu a PQT por um período de 24 meses para casos multibacilares e 06 meses para os paucibacilares.

A Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009 estabelece o tratamento com a PQT PB de 06 meses para casos paucibacilares, podendo se estender até 09 meses nos casos multibacilares a utilização da PQT MB por 12 meses consecutivos, podendo se estender por até 18 meses nos casos de uso irregular (**Quadro 1**), o uso das medicações se dá em nível ambulatorial com acompanhamento multiprofissional para dose supervisionada e autoadministração na manutenção do blister da poliquimioterapia (ANDRADE, 2006; BRASIL 2016a).

Quadro 1- Descrição dos blistes de Poliquimioterapia.

	Poliquimioterapia Adulto		Poliquimioterapia Criança	
	Hanseníase paucibacilar – Até 9 meses	Hanseníase multibacilar – Até 18 meses	Hanseníase paucibacilar – Até 9 meses	Hanseníase multibacilar – Até 18 meses
Rifampicina	Dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada		Dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada	
Dapsona	Dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada		Dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada	
Clofazimina	-	Dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.	-	Dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Brasil, 2016a.

Em situações de falência na terapêutica medicamentosa da hanseníase, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 65 de 28 de dezembro de 2020, que amplia o uso da Claritromicina para o tratamento de pacientes com hanseníase resistente a medicamentos, no âmbito do SUS (BRASIL, 2020e) (**Quadro 2**).

Quadro 2- Possíveis combinações de tratamentos para hanseníase resistente a medicamentos

Tipo de resistência	Tratamento	
	Primeiros 6 meses (diariamente)	Próximos 18 meses (diariamente)
Resistência à rifampicina	Ofloxacino 400 mg * + Minociclina 100 mg + clofazimina 50 mg	Ofloxacino 400 mg * OU Minociclina 100 mg + clofazimina 50 mg
	Ofloxacino 400 mg * + Claritromicina 500 mg + Clofazimina 50 mg	Ofloxacino 400 mg * + Clofazimina 50 mg
Resistência à rifampicina e Ofloxacino	Claritromicina 500 mg + Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg	Claritromicina 500 mg OU Minociclina 100 mg + Clofazimina 50 mg
* Ofloxacino 400 mg pode ser substituído por 500 mg de Levofloxacino OU 400 mg de Moxifloxacino.		

Fonte: Brasil, 2020g.

2.2 Epidemiologia da Hanseníase no Brasil: do nacional ao local.

O Brasil se destaca no cenário mundial em relação a hanseníase, mesmo com várias políticas públicas de tentativas de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública. Na 44ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA), foi deliberada a meta de menos de um caso por 10 mil habitantes, um compromisso assumido pelos 122 países mais endêmicos (OMS, 2005; LOCKWOOD, 2002).

A OMS vem lançando periodicamente campanhas estratégicas para tratamento e eliminação da hanseníase: Em 2005, foi lançada a estratégia global para 2006-2010 fundamentada na oferta de tratamento com poliquimioterapia (PQT) e na detecção precoce de casos (OMS, 2005). Em 2010, “*Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase 2011-2015*” (OMS, 2010). Em 2011 o Ministério da Saúde lançou, o “*Plano integrado de ações estratégicas para a eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases*”. Em 2016, a OMS lançou a “*Estratégia mundial de eliminação da hanseníase 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem Lepra*” (BRASIL, 2012; OMS, 2010; OMS, 2016). Recentemente, em 2021, foi lançada pela OMS a *Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 – “Rumo à zero hanseníase”*; todas essas ações, buscam eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (OMS, 2021a).

Mesmo com todos os esforços empreendidos pelo órgão e autoridades competentes, o Brasil ainda ocupa a primeira posição no mundo em coeficiente de prevalência, a segunda posição em números absolutos de casos, sendo a Índia o primeiro no *ranking* de número absolutos; somos o único país a não conseguir alcançar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, sendo classificado como um país de alta carga da doença (BRASIL, 2016b; MELÃO et al., 2011; SOUZA, 2016; SOUZA et al., 2017; OMS, 2020).

A prevalência da hanseníase no ano de 2019 no Brasil ainda era superior a um caso para cada 10 mil habitantes (1,10/10 mil). Nesse ano, foram reportados a OMS, 202.185 casos novos no mundo, deste total 27.864 casos novos foram notificados no Brasil, sendo 1.545 (5,5%) em menores de 15 anos. Em número absoluto de casos, a região Nordeste ocupou a primeira posição, sendo diagnosticados 11.561 casos novos da doença na população geral em 2019, o que correspondeu a 41,5% dos casos do país. Quando considerado o coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos, o Nordeste caracterizou-se como a terceira região com maior carga da doença, ficando atrás apenas das regiões Norte e Centro-Oeste, respectivamente (BRASIL, 2020h).

No Nordeste, a distribuição da hanseníase também não é homogênea. Enquanto o Rio Grande do Norte registrou, em 2019, um coeficiente de 5,4 casos novos para cada 100 mil habitantes, o estado do Maranhão registrou 45,0/100 mil habitantes. O estado da Sergipe apresenta alta endemicidade, sendo o décimo quarto no *ranking* dos estados brasileiros e o quinto dentre os estados do Nordeste com maior endemicidade, considerando o coeficiente de detecção de casos novos registrados em 2019. Em número absoluto de casos, Sergipe registrou 347 casos novos de hanseníase em 2019, sendo 22 em menores de 15 anos, alcançando coeficientes de 13,85/100 mil habitantes e 3,84/100 mil, respectivamente (BRASIL, 2020h; DATASUS, 2021a).

Entre 2017 e 2019, o município de Estância/SE registrou 20 casos novos de hanseníase, dos quais oito foram em 2019, gerando uma detecção geral de 11,6/1000 - classificada como alta endemicidade na população geral. Em menores de 15 anos, foram apenas dois registros nesse período (um em 2017 e um em 2018). Em 2020, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em Estância foi de 12,9/ 100 mil habitantes, e a taxa de prevalência na população geral foi de 10,0/ 100mil hab. (DATASUS, 2021a).

2.3 Aspectos clínicos gerais da hanseníase

Doença infectocontagiosa, crônica, granulomatosa, negligenciada e desencadeada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), também conhecida como bacilo de Hansen, possui alta infectividade (capacidade que tem certos organismos de penetrar e se desenvolver ou multiplicar-se no novo hospedeiro) e baixa patogenicidade (capacidade do agente invasor em causar doença com suas manifestações clínicas entre os hospedeiros suscetíveis), a doença consegue desenvolver-se em torno de 10% dos indivíduos infectados. O bacilo, após infectar o hospedeiro, apresenta um período de incubação entre dois e sete anos, podendo ultrapassar mais de uma década, para posteriormente desenvolver sinais e sintomas da doença. (CONTI et al., 2013; MONTEIRO et al., 2014; WHITE et al., 2015; BRASIL, 2016a; HENRY et al., 2016; VELÔSO et al., 2018, WHO, 2018).

A OMS define como critério para definição do caso de hanseníase a presença de um ou mais dos seguintes sinais (BRASIL, 2016a):

- *Alterações de sensibilidade térmica, dolorosa, tátil e/ou danos na epiderme;*

- *Alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas em decorrência de espessamento neural periférico;*
- *Biópsias da lesão ou baciloscopias positivas para o *Mycobacterium leprae*.*

A hanseníase possui duas classificações operacionais: Paucibacilar e Multibacilar e quatro classificações clínicas: Hanseníase Indeterminada (HI), Hanseníase Tuberculoide (HT), Hanseníase Virchowiana (HV) e Hanseníase Dimorfa (HD); essas classificações são úteis para classificar a gravidade da doença e para determinação do tratamento adequado (VELÔSO et al., 2018, BRASIL, 2019c).

2.3.1 Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, combinando uma anamnese detalhada, sobretudo da história familiar, e um exame dermatoneurológico criterioso, no qual as lesões são avaliadas quanto às sensibilidades tátil, térmica e dolorosa. Além disso, nervos são palpados em busca de espessamento e/ou dor e os sítios de inervação avaliados em busca de alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas (SOUZA, 2018; BRASIL, 2016a, 2020b; CONTIN et al., 2011).

Embora o diagnóstico seja predominantemente clínico, exames laboratoriais podem ser utilizados para complementar a investigação, dentre os quais destacam-se o exame baciloscópico e o histopatológico (WHO, 2016a). A baciloscopia da linfa, também denominada de esfregaço intradérmico, pode ser solicitada para auxiliar na classificação operacional; sendo o resultado positivo, o caso é classificado como multibacilar, independentemente do número de lesões na pele. É importante destacar que a baciloscopia negativa não exclui o diagnóstico da doença, visto que formas paucibacilares não serão positivas (BRASIL, 2010, 2016a, CRUZ et al., 2017).

A histopatologia, em razão da deficiente disponibilidade nos serviços de saúde, sobretudo nos locais distantes dos grandes centros, tem sido pouco utilizada, embora seja um método auxiliar importante. Outros, como a detecção de anticorpos Anti-PGL-1, o teste de histamina e a PCR também podem ser úteis na prática clínica (BRASIL, 2010, 2016a; CONTIN et al., 2011; CRUZ et al., 2017; LYON; GROSSI, 2013).

2.3.2 Classificação Clínica

Em 1953, no Congresso Internacional de Madrid foi proposto a classificação para a hanseníase com base nos critérios clínicos: morfologia das lesões cutâneas e manifestações neurológicas, exames bacteriológicos, imunológicos e histológicos, preconizando duas formas polares da doença, HT e HV (imunologicamente estáveis), e HI e HD (imunologicamente instáveis), as quais, dependendo da imunidade do indivíduo evoluem para um dos polos. A forma indeterminada é a mais branda e a virchowiana a forma mais grave, por possuir maior potencial lesivo. Para melhor compreensão e facilidade no diagnóstico, a classificação de Madri é a mais utilizada nos serviços de saúde (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017; VELÔSO et al., 2018).

A hanseníase indeterminada é a forma inicial da doença, caracterizada clinicamente com uma área hipoestésica (diminuição da sensibilidade ao toque em determinada região do corpo) manifestada ou não por lesão visível do tipo mácula hipocrômica, sem alterações de relevo da pele e bordas mal delimitadas. Determinados pacientes podem apresentar somente áreas com distúrbios de sensibilidade sem que haja alteração da cor da pele, nessa forma clínica, não ocorre incapacidade física, por não haver comprometimento de troncos nervosos (PEREIRA et al., 2012; ALVES, 2010; LASTÓRIA et al., 2012; SESPA, 2010, BRASIL, 2016b).

Esta forma clínica pode desaparecer, evoluindo para a cura espontânea, desenvolver-se de forma insidiosa ou evoluir para outra forma da doença, dependendo das características imunológicas do paciente. A negatividade dos exames laboratoriais não afasta o diagnóstico clínico (SOUZA 2018, BRASIL, 2017).

A forma clínica tuberculóide surge como consequência da forma indeterminada não tratada, ocorre presença de lesões hipocrômicas, eritematosas, tuberosas de dimensões variáveis com limite externo nítido. São distribuídas assimetricamente, geralmente com alopecia, anidrose e anestesia ou hipoestesia. Existem casos em que não ocorre o aparecimento de lesão, apenas comprometimento neural, caracterizando-a como hanseníase tuberculóide neural pura. Na presença do comprometimento de tronco nervoso, pode ocasionar o desenvolvimento de incapacidades físicas, principalmente quando associado aos estados reacionais e neurites (BRASIL 2016a; BRASIL, 2017; SOUZA, 2018; LASTÓRIA et al., 2012).

A hanseníase dimorfa aparece em indivíduos portadores da forma indeterminada com resistência imunológica superior àqueles que desenvolvem a forma Virchowiana, caracteriza-se pela instabilidade imunológica, com aspectos ora de hanseníase Virchowiana ora de hanseníase tuberculóide, apresentando variações em suas manifestações clínicas. Quando próxima do polo tuberculóide observam-se limitadas lesões, e quando próxima do polo

virchowiano observam-se lesões numerosas, brilhantes e presença de bacilos na baciloscopia (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017; CRUZ et al., 2017).

Geralmente ocorre presença de placas eritematosas, máculas hipocrômicas de bordas ferruginosas e elevadas, máculas eritematosas ou acastanhadas de distribuição regional. As lesões foveolares, conhecidas como lesões em queijo suíço, apresentam área central circular, bem delimitada, com a periferia infiltrada que confunde com a pele sadia (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017; EICHELMANN et al., 2013).

A forma virchowiana tem início insidioso e progressão lenta, capaz de envolver difusamente extensas áreas do tegumento, múltiplos troncos nervosos e manifestações viscerais importantes, atingindo órgãos, como olhos, testículos, fígado, baço e rins (LIMA et al., 2016; BRASIL, 2016b; CRUZ et al., 2017).

As lesões cutâneas são anestésicas, eritematosas, acastanhadas, ferruginosas infiltradas, brilhantes, com bordas mal definidas e distribuição simétrica. Na doença em fase avançada, observa-se um aspecto peculiar de “casca de laranja” no rosto, chamado fácies leonina, caracterizada por infiltração difusa em regiões malares, superciliares e pavilhões auriculares com formação de tubérculos e nódulos, múltiplos troncos nervosos são comprometidos de forma simétrica, tornando-se espessados, fibrosos e endurecidos, ocasionando, a perda sensitiva e motora e consequente perda da função, bem como, atrofia muscular, deformidades e contraturas. Observa-se ainda perda parcial a total das sobrancelhas (madarose) e dos cílios, comprometimento do trato respiratório com congestão, obstrução e edema de região nasal, progredindo para a perfuração e desabamento do septo nasal (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017; SESP, 2010; LIMA et al., 2016; LASTÓRIA et al., 2012).

2.3.3 *Classificação Operacional*

Existem duas importantes formas de classificação da hanseníase: classificação operacional e a classificação clínica (Madri e Ridley & Jopling). A classificação operacional é utilizada para a definição da terapêutica e leva em consideração o número de lesões, que por sua vez, representa a gravidade da doença. Nesse sentido, a hanseníase pode ser paucibacilar (poucos bacilos) ou multibacilar (muitos bacilos) (VELÔSO et al., 2018; BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda a classificação operacional proposta pela OMS em 1985, usada para fins de diagnóstico nos serviços de saúde. A classificação operacional direciona o esquema do tratamento poliquimioterápico a ser estabelecido para o paciente,

baseando-se na contagem do número de lesões cutâneas e nervos afetados, bem como no resultado da baciloscopia (BRASIL, 2017).

Nessa classificação, os doentes são divididos em:

- Paucibacilar (PB), doentes com baciloscopia negativa e/ou menos de 5 lesões cutâneas e/ou um nervo afetado, abrangendo as formas tuberculóide e indeterminada;
- Multibacilar (MB), doentes que se apresentam com baciloscopia positiva e/ou mais de cinco lesões cutâneas e/ou um ou mais nervos afetados, dos quais faz parte a forma dimorfa e virchowiana (BRASIL, 2017; MONTEIRO et al., 2017; WHO, 2012; SESP, 2010).

A classificação de Madri baseia-se nas características clínicas e baciloscópicas, dividindo a hanseníase em dois grupos instáveis, indeterminado e dimorfo, e dois tipos estáveis, tuberculóide e virchowiano polares. A classificação de Ridley & Jopling, empregada em pesquisas, utiliza o conceito espectral. Baseia-se em critérios clínicos, baciloscópicos, imunológicos e histopatológicos. Considera as formas polares tuberculóide - tuberculóide e virchowiana-virchowiana, e subdivide a dimorfa em dimorfa-tuberculóide, dimorfa-virchowiana (conforme maior proximidade a um dos polos) e dimorfa-dimorfa (VELÔSO et al., 2018; BRASIL, 2017).

2.4 Prevalência oculta da hanseníase

A prevalência oculta da hanseníase é caracterizada pela ausência de diagnósticos oportunos da doença, manutenção das formas multibacilares, presença de incapacidades e diagnóstico em menores de 15 anos e reflete os diagnósticos não realizados e que estão ocultos (SOUZA; SANTOS 2019; FRANCISCO et al., 2019). Investigações científicas apontam que o real número de casos novos de hanseníase em países endêmicos é desconhecido, podendo representar 6 a 8 vezes superiormente ao número registrado de casos novos (BASEL et al., 2014; SALGADO et al., 2016; BARBIERI et al., 2016).

Esta situação parece estar relacionada à baixa capacidade dos profissionais de saúde realizarem um diagnóstico clínico de hanseníase, baseado na identificação de sinais e sintomas da doença. Outro fator para o diagnóstico tardio é que, em muitos casos, o quadro clínico da hanseníase pode ser confundido com o de diversas outras dermatoses. Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pode ser fator influenciador da prevalência oculta (BERNARDES FILHO et al., 2017; MARTINS; IRIART, 2014; ARANTES et al., 2010).

Adicionalmente, existem pesquisas que apontam municípios que, apesar de não estarem incluídos em área estabelecida como prioritárias para o programa de hanseníase, apresentam

diagnósticos tardios e consequente prevalência oculta de casos de hanseníase (RIBEIRO et al., 2014).

A taxa de detecção da hanseníase é resultante da incidência real e da agilidade do sistema de saúde no diagnóstico desta doença. A redução da relação entre essa taxa e a referida incidência resulta em um aumento na prevalência oculta, que é a maior responsável pela transmissão da doença (SOUZA et al., 2019b). Nesse sentido, investigações também fomentam a necessidade de implementação de ações que facilitem o diagnóstico de novos casos de hanseníase, reduzindo assim a carga oculta da doença e, consequentemente, resultando na interrupção da cadeia de transmissão (SOUZA; SANTOS, 2019).

A OMS postula a utilização de estratégias, como o aumento da realização do exame de contatos intradomiciliares e o controle das populações que vivem em áreas de difícil acesso e nas periferias urbanas, para a realização do diagnóstico precoce, com o intuito de reduzir a prevalência oculta (OMS, 2010). A realização de busca ativa feita por profissionais de saúde sensibilizados sobre sinais e sintomas da hanseníase tem sido indicada também como estratégia de diagnóstico precoce (LANZA et al., 2011).

2.5 Evolução da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A constituição federal brasileira de 1988, no abrangente ao processo de saúde-doença, criou o sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e determina “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Dez anos antes, em 1978, quando ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, a Atenção Primária já recebia destaque em termos globais, repercutindo experiências e reflexões teóricas sobre a saúde, trazendo um modelo altamente abrangente, e uma ideia de saúde para todos, com integralidade nas demandas das necessidades de uma população (CUETO, 2004; WHO, 1978).

Em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata em 2018, realizou-se em Astana a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde, reafirmando a integralidade dos serviços e formação de recursos humanos para APS, entre outras (WHO, 2018; GIOVANELLA et al., 2019).

Em nível nacional, a discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase nos municípios iniciou-se em 1985, com a reestruturação do sistema de saúde. Até então, essas ações eram ofertadas de forma centrada, nas unidades estaduais de saúde, instaladas

em alguns municípios, os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

Em 1994, houve a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como referenciais, as experiências exitosas desenvolvidas no Canadá, Cuba e Inglaterra. A sua instituição e operacionalização se deu mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (FARIA et al., 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com a APS possuem como objetivo garantir cobertura de acesso a cuidados de saúde, ofertando a atenção clínica, a prevenção e promoção de doenças, servindo de acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, além de permitir longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Esses atributos da APS permitem que ações voltadas para atenção familiar e orientações comunitárias sejam compatíveis com as competências culturais de uma população (BRASIL, 2018).

2.5.1 Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB)

A APS representa o nível de cuidado principal para o diagnóstico e tratamento da Hanseníase, devido a sua extensão, seu alcance e ampla variedade de ações (SAVASSI; MODENA, 2015). A implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como protótipo de atenção básica à saúde permitiu o redirecionamento das prioridades em saúde, dentre elas o controle da hanseníase (LEAL et al., 2017).

Dentre as ações referentes ao controle da hanseníase incorporadas no âmbito da APS estão: implantação gradual da poliquimioterapia, a integração da descentralização administrativa e de controle do Programa de acordo com as políticas relacionadas à APS (SESPA, 2010). Estrategicamente, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) reforça cinco eixos organizativos, a saber: a) vigilância epidemiológica; b) gestão do foco na descentralização, no planejamento, no monitoramento e na avaliação; c) atenção integral; d) comunicação e educação e; e) desenvolvimento de pesquisas (LEAL, 2017; SAVASSI, 2013).

A ampliação da cobertura da ESF favoreceu o aumento de diagnóstico de casos novos em hanseníase. Além disso, a descentralização das ações do PNCH para estados e municípios vem favorecendo o aumento da capacidade de diagnóstico, comprovado pelo aumento no número de casos diagnosticados a partir de então. Esses resultados são atribuídos, dentre outras estratégias, ao apoio técnico, operacional e promoção de atividades de educação permanente (ARANTES et al., 2010; LEAL, 2017).

2.5.2 *Hanseníase e Atenção Primária à Saúde*

A hanseníase é uma doença que persiste como problema de saúde pública, apresentando prioridade no combate a enfermidade, sendo necessárias ações que visem o fortalecimento da APS no seu controle. Para tanto, é necessário possuir equipes multiprofissionais capacitadas e instrumentos adequados, permitindo análise e conhecimento da situação territorial, para que seja realizado planejamento das ações e melhor qualidade nos serviços (LANZA, 2014).

No âmbito nacional, a hanseníase possui políticas exclusivas voltadas para sua eliminação por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, presente na APS e nas ESF, prestando serviços de cunho preventivos e curativos no combate à doença, dentre os quais se destacam o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, além da avaliação do grau de incapacidade que ajudará na identificação de incapacidades e limitações funcionais (BRASIL, 2019c).

É apropriado abordar todos os pacientes atendidos na APS, na busca por sinais e sintomas característicos da hanseníase, realizar testagem de manchas e palpação de nervos periféricos, esclarecer as dúvidas e anseios, além do desenvolvimento atividades de promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, realizadas por todos os profissionais que compõe a ESF (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2018).

O paciente diagnosticado com hanseníase deve ser notificado e acompanhado durante todo o tratamento pela equipe de saúde da família, o retorno a UBS deve ser realizado a cada 28 dias, período necessário para administração da dose supervisionada da poliquimioterapia (PQT), que deve ser registrada na carteirinha de acompanhamento e prontuário do paciente. É necessário avaliar também todos os contatos intradomiciliares, a fim de detectar possíveis novos casos da doença (BRASIL, 2019 c; SOUZA et al., 2017).

2.6 **Pandemia de COVID-19**

2.6.1 *COVID-19: Da origem ao cenário global*

Em dezembro de 2019, na metrópole de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, o médico Li Wenliang notificou alguns profissionais da saúde sobre um possível vírus que estava causando sintomas semelhantes ao da *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), ocorrido em 2002 (GREEN, 2020; ZHU et al., 2020). Em 03 de janeiro de

2020, a Representação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China já tinha sido informada da detecção de 44 casos de uma pneumonia com etiologia desconhecida na cidade do médico. Em 07 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram o agente causador da doença – o SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) (OPAS, 2020; KRAEMER, et al., 2020).

Poucos dias após essa identificação, em 16 de janeiro, foi notificada a primeira importação da doença em território japonês. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado, e, nesse momento, já havia milhares de pessoas em diversos países infectados pela doença da *Coronavírus Disease* – 2019 (COVID-19). Alguns casos assintomáticos e outros apresentando os seguintes sintomas: hipertermia, astenia, mialgia, dispneia, tosse seca, congestão nasal, secreção nasal, dor de garganta ou diarreia (AHORSU et al., 2020).

Nesse cenário, em 30 de janeiro de 2020, quando já havia 7,7 mil casos confirmados e 170 óbitos na China, a OMS constituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus (AHORSU et al., 2020).

Diante da rápida disseminação geográfica e da gravidade da COVID-19, em 11 de março de 2020 foi declarado *status* de pandemia pela Organização mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2020 a).

2.6.2 A COVID-19 no Brasil: do nacional ao local

Em 03 de fevereiro de 2020, o Governo Federal do Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), emitiu a Portaria MS nº 188, que decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana causada pelo vírus SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19. A portaria estabeleceu a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional (BRASIL, 2020 d).

Frente ao quadro pandêmico que o mundo passa, no final de janeiro de 2020, o Brasil instaurou um Grupo de Trabalho Interministerial para auxílio na situação e definição de protocolos de ação, para a vigilância do SARS-CoV-2 no país. Nesse momento foi estabelecida a coleta de material para exames em todos os pacientes atendidos na rede pública de saúde,

além da investigação de viagem recente às regiões que apresentaram transmissão direta e/ou histórico de contato com caso suspeito ou confirmado (WERNECK e CARVALHO, 2020).

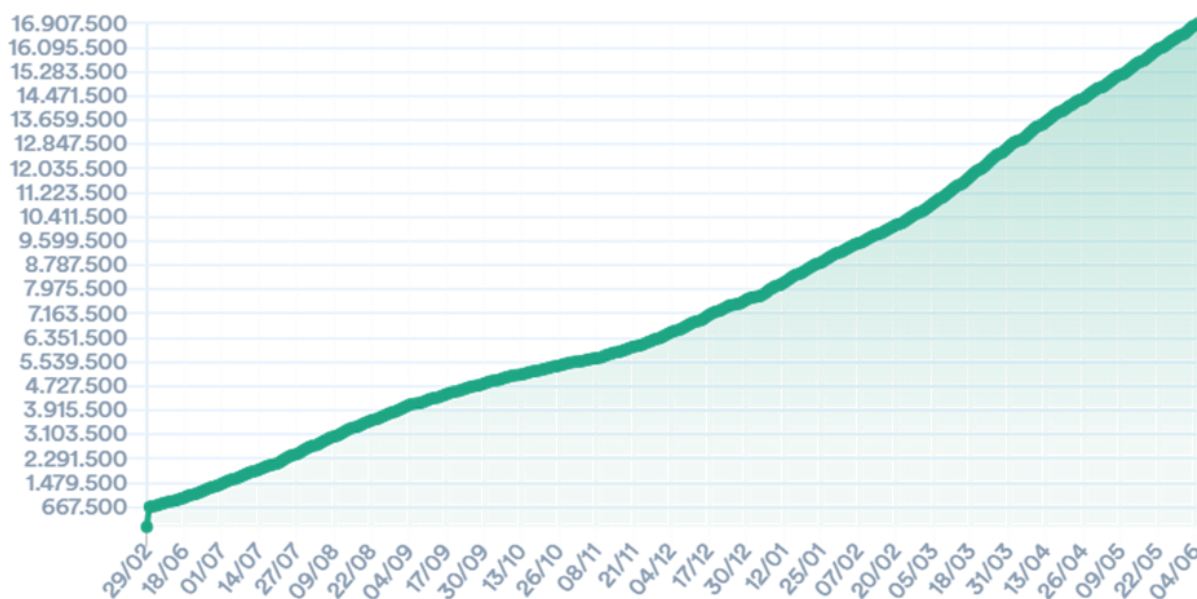
O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) recebeu em 22 de janeiro a notificação do primeiro caso no Brasil que atendia às definições de caso suspeito, para investigação de possível Infecção Humana pelo novo Coronavírus, todavia a ocorrência foi descartada (CAVALCANTE et al., 2020; LANA et al., 2020).

Em 26 de fevereiro de 2020, o MS confirmou o primeiro caso da COVID-19 no Brasil, especificadamente no estado de São Paulo. Período em que foi publicado o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, que apresentou as primeiras medidas nacionais para enfrentamento ao SARS-CoV-2. O COE-COVID-19 sugeriu as autoridades de vigilância em saúde dos estados e municípios que adotassem ações para identificar a doença e oportunamente evitar a dispersão do vírus; propôs que a atenção à saúde possuíisse mais ações de vigilância; e que fosse realizada a compra e o abastecimento de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's) para os profissionais, além de monitoramento e quarentena domiciliar para casos leves, visando para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente (BRASIL, 2020d).

O número total de casos modifica diariamente, em 06 de junho de 2021, data desta escrita, o Brasil acumulava 16,9 milhões de casos (9,8% dos registros globais), o que representa uma incidência de 8045,5/100 mil hab. e 472,5 mil mortes (12,4% das mortes globais), ocupando a terceira e segunda posições, respectivamente (**Figura 01**) (BRASIL, 2021).

A Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES), informou no dia 14 de março de 2020 a confirmação do primeiro caso de novo coronavírus (COVID- 19) em Sergipe, tratava-se de uma mulher, residente em Aracajú, e havia chegado da Espanha (SERGIPE, 2021). Em 16 de março de 2020, o governador do estado de Sergipe assinou o decreto nº 40.560, que dispõe sobre a situação de emergência na saúde pública do Estado de Sergipe, em razão da disseminação do vírus COVID-19 e regulamentou as medidas para enfrentamento da crise de saúde pública de importância internacional, nos termos da Lei Federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020f).

Figura 01. Total de casos confirmados de COVID-19 até 06 de junho de 2021.



Fonte: Ministério da saúde / Coronavírus Brasil.

2.6.3 Impacto da COVID-19 no enfrentamento as outras doenças

Os órgãos e autoridades competentes sempre tiveram desafios importantes no controle e enfrentamento de diversas doenças, principalmente aquelas consideradas negligenciadas, como é o caso da dengue, a esquistossomose, a doença de Chagas, a tuberculose e a hanseníase, porém com o advento da pandemia, os esforços se voltaram ao combate à COVID-19 (SOUZA et al., 2020 a; TEIXEIRA et al., 2020).

Diante das características de transmissão respiratórias, o enfrentamento a pandemia exigiu e continua exigindo a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas que envolvem os serviços de saúde e toda a comunidade (GARCIA; DUARTE, 2020, FERREIRA; ANDRICOPULO, 2020).

De um lado, alterações na dinâmica operacional dos serviços de saúde, com redução de horário e a restrição do número de pacientes atendidos, em ambulatorios de especialidades médicas não relacionadas com a COVID-19, redução do número de atendimento nas unidades básicas de saúde, revezamento de profissionais, cancelamento de consultas, dentre outras, do outro lado, um comportamento de medo do vírus por parte da população e as medidas de isolamento, tendo como resultado, a restrição da circulação de pessoas (RODRIGUES; SILVA, 2020; ORNELL et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020). Com o somatório desses fatores, tem-se

um grave impacto da pandemia no enfrentamento a outras doenças, sobretudo aquelas de natureza negligenciada e associadas à pobreza (SOUZA et al., 2020 a; TEIXEIRA et al., 2020).

Com os hospitais lotados de pacientes internados com COVID-19 e a alta ocupação das UTIs e dos leitos de enfermaria, muitas pessoas com outros problemas de saúde ou doenças adiam consultas ou a ida ao hospital por medo de contaminação e pela própria sobrecarga sobre o sistema de saúde, cuja capacidade foi rapidamente exaurida pelo elevado número de infectados que buscavam atendimento (GARCIA; DUARTE, 2020).

Essas alterações na dinâmica dos serviços de saúde ocorreram também no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (SARTI et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020). É nesse ponto que o enfrentamento à hanseníase converge com o enfrentamento à COVID-19, posto que a APS passou a atender tanto as demandas já existentes quanto aquelas relacionadas com COVID-19 (SARTI et al., 2020; RIOS et al., 2020).

As limitações existentes na APS, tais como a falta de espaço e a escassez de recursos humanos, tornou, na maioria das vezes, impraticável a separação entre um e outro paciente, expondo todos, em maior ou menor grau, ao risco de contaminação (FARIAS et al., 2020; BRASIL, 2020d). Todo esse cenário nos permite afirmar que haverá um retrocesso sem precedentes no enfrentamento à hanseníase, não somente no estado de Sergipe, mas em todo o país.

3. OBJETIVOS

3.1 *Objetivo Geral*

- Analisar o impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à hanseníase em Sergipe, Brasil no ano de 2020 e relatar experiência de redução da prevalência oculta da doença por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado durante a pandemia.

3.2 *Objetivos Específicos*

- Identificar o impacto da pandemia de COVID-19 no número de casos novos e coeficientes de detecção de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos no estado de Sergipe, 2020;
- Identificar a variação da detecção de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos nos municípios do estado de Sergipe, 2020
- Comparar a evolução do padrão de endemicidade da hanseníase na população geral e em menores de 15 anos no primeiro ano da pandemia (2020) com os três anos anteriores (2017-2019);
- Comparar a qualidade dos registros das características epidemiológicas no primeiro ano da pandemia (2020) com os três anos anteriores (2017-2019);
- Relatar experiência de enfrentamento à prevalência oculta da doença por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado durante a pandemia.

4. MÉTODOS

Para fins didáticos e em consonância com os objetivos propostos, esta sessão foi subdividida em duas partes, dadas as particularidades de cada estudo: Parte 1- Impacto da pandemia de COVID-19 na detecção de casos novos de hanseníase em Sergipe (objetivos específicos 1 a 3) e Parte 2- Relato de experiência de enfrentamento à prevalência oculta da doença por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado durante a pandemia.

4.1 PARTE 1- Relatório Técnico- Impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à Hanseníase em SERGIPE.

4.1.1 *Desenho de estudo*

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, no qual foram analisados os registros de casos novos de hanseníase diagnosticados e registrados no estado de Sergipe entre os anos de 2017 e 2020.

Um estudo de série temporal é definido como sequências de dados quantitativos relativos a momentos específicos e estudados segundo sua distribuição no tempo, é o ramo da epidemiologia que permite antever futuros cenários da distribuição de doenças na população e os fatores capazes de modificar essa distribuição (ANTUNES E CARDOSO, 2015).

4.1.2 *População do estudo e período*

Foram incluídos no estudo todos os casos novos de hanseníase notificados em residentes no estado de Sergipe no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2020. Os anos 2017-2019 foram utilizados para fins de comparação com o ano de 2020.

4.1.3 *Área de Estudo*

O estado de Sergipe situa-se na costa atlântica da região nordeste do Brasil, possui uma área de 21910 km², sendo considerado o menor estado do país. Possui uma população estimada para 2020 de 2,3 milhões de habitantes, distribuída em 75 municípios, e densidade demográfica 94,36hab/km². O estado faz limites com Alagoas, ao norte e Bahia, ao sul e oeste (IBGE, 2020).

Em 2017, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado foi considerado alto (0,702) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) considerado baixo (0,298) (IPEA, 2017).

4.1.4 Variáveis, fontes e mecanismos de coleta

No estudo, foram incluídas as seguintes variáveis/ indicadores:

- Número de casos novos, média mensal e coeficiente de detecção na população geral e em menores de 15 anos/100 mil habitantes;
- Proporção de ignorados/em branco/não classificado nas variáveis epidemiológicas (sexo, faixa etária, idade, raça/cor, escolaridade, classificação operacional, forma clínica e avaliação de incapacidade no diagnóstico);
- Proporção de contatos de casos novos de hanseníase que foram examinados no ano.

4.1.5 Tratamento dos dados

Os dados epidemiológicos da hanseníase foram organizados em um banco de dados e posteriormente analisados. Procedeu-se a análise estatística descritiva simples, com cálculo da variação percentual mensal da hanseníase. Mapas temáticos serão confeccionados para apresentação espacial dos resultados. Foram utilizados os softwares QGis (version 2.14.11 Open Source Geospatial Foundation (OSGeo), Beaverton, OR, USA) e SPSS 22.0 (IBM Corporation).

4.1.6 Aspectos éticos

Por utilizar dados secundários de domínio público, este componente dispensou a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4.2 PARTE 2- Relato de experiência de enfrentamento à prevalência oculta da Hanseníase por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado de Sergipe durante a pandemia de COVID-19.

4.2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um relato de experiência de enfrentamento à prevalência oculta de hanseníase no município de Estância, Sergipe.

4.2.2 População do estudo e período

A população do bairro Cidade Nova é estimada de 20.000 habitantes. Foram convidados a participar do estudo todos os indivíduos assistidos pela Unidade de Saúde Leonor Barreto Franco e que comparecerem à consulta médica na referida Unidade de Saúde.

Como critério de exclusão, adotou-se: presença de queixa respiratória no momento da consulta, retirada da autorização de participação da pesquisa, a qualquer tempo, comparecimento à USF por outra razão que não tenha passado por consulta médica.

4.2.3 Área de Estudo

Trata-se de um relato de experiência realizado em Estância, município brasileiro com área de 644,487 km², localizado no estado de Sergipe, região Nordeste do país. O Município está situado ao Sudeste do Estado, integrando a micro-região do litoral Sul Sergipano. Localizado a 56Km em linha reta e 70Km por rodovia federal, de distância para a capital, Aracaju. Sua população estimada em 2020 era de 69.556 habitantes. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,647, ocupando a 6ª posição no estado. Destaca-se como um dos principais centros regionais sergipanos (IBGE, 2020). Entre 2017 e 2019, o município registrou 20 casos novos de hanseníase, dos quais oito foram em 2019 (detecção geral de 11,6/1000-classificada como alta endemicidade na população geral). Em menores de 15 anos, foram apenas dois registros nesse período (um em 2017 e um em 2018) (BRASIL, 2019a).

4.2.4 Área de Estudo de desenvolvimento da ação

O bairro Valter Cardoso Costa, mais conhecido como bairro Cidade Nova, tem pouco mais de 42 anos de existência. Sua origem se deu através de uma doação de terras pertencentes ao então prefeito Valter Cardoso Costa para a população pobre da Estância. Bairro de zona urbana afastado do centro, situado na região norte da sede do município. Sua avenida principal foi projetada e utilizada para ser pista de pouso da propriedade do então prefeito antes da construção do bairro. Foi povoado tanto por pessoas de Estância como por indivíduos

provenientes de outros estados. Foi apelidado de Cidade Nova pois era uma comunidade nova, na época. Possui uma população de cerca de 20 mil habitantes.

O bairro Cidade Nova é um território onde predomina população das classes C, D e E. Existe coleta de lixo, sendo feita três vezes por semana, mas, existe uma área de acúmulo de lixo na rua lateral do Colégio Estadual Gilson Amado, na microárea 02. Todas as casas têm água encanada distribuída pelo Serviço de Abastecimento de Água de Estância (SAAE) da fonte do povoado Biriba (povoado vizinho ao bairro Cidade Nova).

No setor da saúde, o bairro apresenta uma Unidade de Referência denominada Leonor Barreto Franco onde estão incluídas, além de algumas especialidades multiprofissionais (pediatra, psiquiatra, ortopedista, psicóloga, nutricionista e assistente social), duas equipes da ESF, as de nº 11 e 12; e um posto de coleta laboratorial privado. A Unidade de Saúde já foi um serviço local de atendimento de Urgência 24h há uns 18 anos.

Na USF Leonor Barreto Franco existem duas equipes de ESF cada uma composta com 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 odontólogo, 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, a USF possui 02 cardiologistas, 01 ortopedista, 01 pediatra, 01 nutricionista, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 clínico geral, 01 técnico de enfermagem para a sala de vacinação, 01 técnico de enfermagem para a sala de medicação e curativo, 06 Agentes de endemias, 01 recepcionista, 02 auxiliares de limpeza e 01 digitadora. Além disso, a USF tem 01 odontóloga e 01 ACD que fazem parte de uma USF do Amaral, bairro vizinho à Cidade Nova onde a USF não possui consultório odontológico, no momento. A presente investigação foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Estância (**Anexo 1**).

4.2.5 *Sistemática de execução do projeto*

ETAPA 1- Na primeira etapa, todos os indivíduos que compareceram a unidade de saúde entre setembro de 2020 e janeiro de 2021 para consulta médica na unidade de saúde, foram convidados a participar da pesquisa. Nesse momento, foram explicados os objetivos e a relevância do estudo e, após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os menores de 18 anos, foram aplicados o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE adaptados para os pais/responsáveis. Após essa etapa, será realizada a avaliação dermatológica em busca de lesões suspeitas de Hanseníase. Esse exame foi feito pelo médico da unidade neste mesmo momento, a fim de evitar retornos à USF e reduzir o risco de contaminação pela COVID-19, em obediência aos protocolos sanitários instituídos

durante a pandemia de COVID-19. Uma vez confirmado o caso, procedeu-se a notificação e o tratamento, conforme estabelecem as diretrizes nacionais para o manejo da doença. Em caso de outras lesões dermatológicas, o profissional realizou o tratamento das doenças. A coleta dos dados foi realizada com a utilização de um Formulário de Avaliação (**APÊNDICE 1**).

ETAPA 2- A etapa dois consistiu na avaliação dos contatos domiciliares dos indivíduos identificados com a doença. Cabe salientar que esta medida de avaliação de contactantes é uma recomendação nacional. No presente estudo, os contactantes foram convidados a comparecerem na USF, em horário previamente agendado, para exame dermatoneurológico. Em caso de não comparecimento, o médico fez visita domiciliar para esta finalidade.

4.2.6 Tratamento dos dados

Após a ação, os casos diagnosticados foram relatados de modo descritivo.

4.2.7 Aspectos éticos

Esse componente foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Número do Parecer: 4.600.110; CAAE: 38913920.0.0000.5013.

5. RESULTADOS

Em consonância com os objetivos propostos, os resultados do estudo foram apresentados em duas produções científicas:

5.1 Relatório Técnico Conclusivo- Impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à Hanseníase em Sergipe, Brasil, 2020.

5.2 Artigo- Enfrentamento à Hanseníase em tempos de COVID-19: um relato experiência na atenção primária à saúde do interior do estado de Sergipe, 2020.

5.1 Produto- Relatório Técnico Conclusivo: Impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à Hanseníase em Sergipe, Brasil, 2020¹.

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

Título	Impacto da pandemia de COVID-19 no enfrentamento à Hanseníase em Sergipe, Brasil, 2020.
Organizadores	Rômulo Rodrigues de Souza Silva, MD Profº Dr Carlos Dornels Freire de Souza
Instituição	Universidade federal de Alagoas (UFAL). Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), 2021.
Data	05 de junho de 2021.
Objetivo	Analisar o impacto da pandemia de COVID-19 em indicadores epidemiológicos da hanseníase na população geral e em menores de 15 anos no estado de Sergipe, no ano de 2020.
Destinatário	Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe

¹ Este relatório, após a defesa, será encaminhado para a Secretaria Estadual de saúde de Sergipe. Aprovado em formato de capítulo de Livro na obra “Panoramas da COVID-19 no Brasil”, sob organização do professor Doutor Miguel da Guia Albuquerque, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado no XII Congresso Paulista de Neurologi-2021.

Notas introdutórias

Em dezembro de 2019, um surto de pneumonia de etiologia até então desconhecida foi registrado na metrópole de Wuhan, capital da província de Hubei, na República Popular da China (ZHU et al., 2020). No início de janeiro, um novo coronavírus foi identificado como causador da doença – o SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2/síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2*) (KRAEMER, et al., 2020). A doença, denominada de COVID-19 (*coronavirus disease 2019/doença do coronavírus 2019*), rapidamente se espalhou pelo mundo, resultando em pandemia, declarada em 11 de março de 2020 pela Organização mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2020 (a)).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado na cidade de São Paulo em 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte ocorreu menos de um mês depois, em 17 de março (BRASIL, 2020 (a)). Embora esses sejam os marcos oficiais da COVID-19 no país, estudos indicam que a doença chegou ao país cerca de um mês antes, entre o final de janeiro e início de fevereiro (LANA et al., 2020). Em 20 de março de 2021, data desta escrita, o Brasil acumulava 13,9 milhões de casos (9,8% dos registros globais) e 374,6 mil mortes (12,4% das mortes globais), ocupando a terceira e segunda posições no ranking mundial, respectivamente (JOHN HOPKINS, 2021).

O enfrentamento a pandemia exigiu e continua exigindo a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas que envolvem os serviços de saúde e toda a comunidade (GARCIA; DUARTE, 2020, FERREIRA; ANDRICOPULO, 2020). De um lado, alterações na dinâmica operacional dos serviços de saúde, com redução de horário e a restrição do número de pacientes atendidos; do outro, um comportamento de medo do vírus por parte da população (RODRIGUES; SILVA, 2020; ORNELL et al., 2020). Desse somatório de fatores, tem-se um grave impacto da pandemia no enfrentamento a outras doenças, sobretudo aquelas de natureza negligenciada e associadas à pobreza, como hanseníase, tuberculose, esquistossomose e outras (SOUZA et al., 2020 (a); TEIXEIRA et al., 2020).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica e granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo intracelular e álcool-ácido resistente (BAAR) que possui afinidade com células da pele e nervos periféricos (CRUZ et al., 2017). Em decorrência dessas características, possui alto potencial incapacitante, que, em geral, resulta em prejuízos funcionais, psicológicos e sociais nos indivíduos afetados pela doença (MONTEIRO et al., 2014).

Em número absoluto de casos novos de hanseníase, o Brasil ocupa a segunda posição no mundo (atrás apenas da Índia), com aproximadamente 28 mil casos novos/ano, o que representa mais de 90% de todos os casos das Américas (WHO, 2020 (b)). Em Sergipe, a endemia em 2019 foi classificada como alta na população geral (14,1/ 100 mil habitantes) e em menores de 15 anos (4,2/100 mil habitantes) (BRASIL, 2019 (a)). Além disso, um estudo recente realizado em Sergipe relatou a ocorrência de casos de incapacidade física em menores de 15 anos, um importante indicador de descontrole da doença, e corroborando que a hanseníase ainda é um sério problema de saúde em nosso país (SANTOS et al., 2019).

As conexões entre a COVID-19 e a hanseníase são complexas e ainda não claramente elucidadas. Todavia, já é conhecido que há um ponto de convergência entre as duas doenças: o maior ônus nas populações mais vulneráveis. A COVID-19 tanto mata mais as populações mais pobres, quanto amplia o ciclo de pobreza e vulnerabilidade social (SOUZA et al., 2020 (b); SOUZA et al., 2020 (f)). Este *status quo social* se constitui num ponto crucial associado à manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase no Brasil (SOUZA et al., 2020 (c); SANTOS et al., 2020). O conhecimento do impacto da pandemia nos indicadores de hanseníase é fator crucial para o desenvolvimento de planos e políticas públicas direcionadas ao problema aludido (BRASIL, 2020 (b)).

É com base nesse contexto que este relatório analisa o impacto da pandemia de COVID-19 em indicadores epidemiológicos da hanseníase na população geral e em menores de 15 anos no estado de Sergipe, no ano de 2020.

Desenho Metodológico

Desenho, população e período

Foi realizado um estudo ecológico, de série temporal, com o uso de ferramentas de análise espacial, incluindo todos os casos novos de hanseníase diagnosticados e notificados no estado de Sergipe entre 2017 e 2020.

Cenário de abrangência

Sergipe é um dos nove estados da região Nordeste. Possui uma população estimada para 2020 de 2,3 milhões de habitantes, distribuída em 75 municípios, e densidade demográfica 94,36 hab/km². O estado faz limites com Alagoas, ao norte e Bahia, ao sul e oeste (IBGE, 2020). Em 2017, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado foi considerado alto (0,702) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) considerado baixo (0,298) (IPEA, 2017).

Variáveis, fontes de dados e procedimentos de coleta

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- Número de casos novos, média mensal e coeficiente de detecção na população geral e em menores de 15 anos/100 mil habitantes.
- Proporção de ignorados/em branco/não classificado nas variáveis epidemiológicas (sexo, faixa etária, idade, raça/cor, escolaridade, classificação operacional, forma clínica e avaliação de incapacidade no diagnóstico)
- Proporção de contatos de casos novos de hanseníase que foram examinados no ano.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) a partir da página eletrônica do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através da plataforma eletrônica (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswse.def>). Os dados populacionais foram obtidos do Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Após a coleta, os dados foram compilados para uma planilha eletrônica, para cálculo dos indicadores.

Tratamento estatístico dos dados

Após a coleta e elaboração do banco de dados, procedeu-se a análise descritiva, através de frequência relativa e absoluta. A análise espacial realizada foi puramente descritiva e mapas coropléticos foram elaboradas para a apresentação dos resultados. Foram utilizados os *softwares* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0) e QGIS (version 2.14.11, Open-Source Geospatial Foundation- OSGeo, Beaverton, OR, USA).

Aspectos éticos

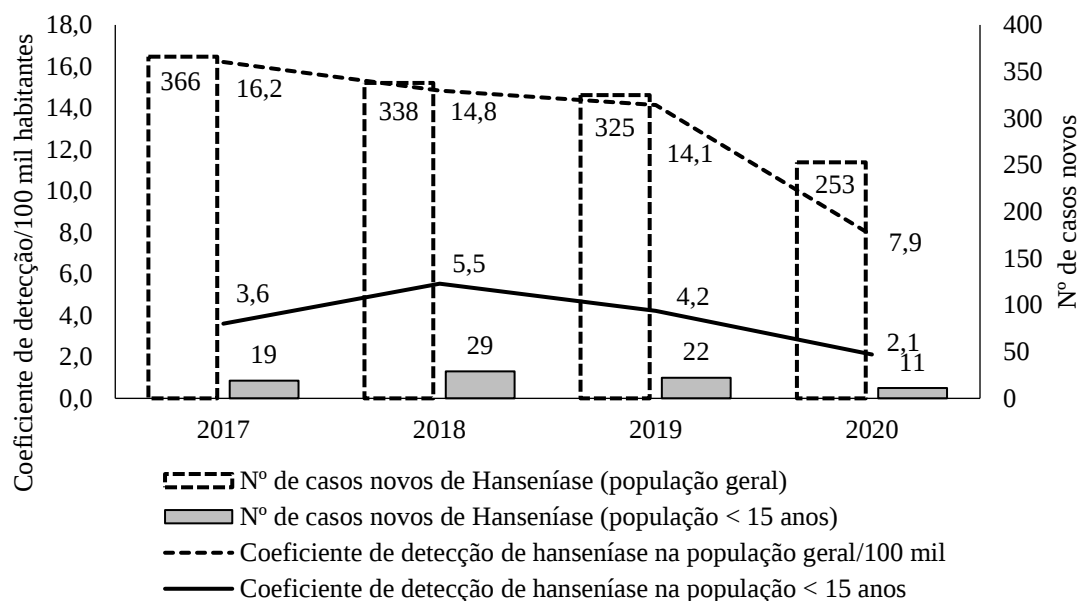
Este relatório está de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Descrição dos Resultados

Em 2020, o estado de Sergipe diagnosticou 253 casos novos de hanseníase na população geral, expressando um coeficiente de detecção de 7,9 casos/100 mil habitantes, o que classifica o estado como de endemicidade média (coeficiente entre 2,00 e 9,99/100 mil habitantes). Em comparação com o ano anterior (2019), observou-se uma redução de 22,2% no número de casos

(325 registrados em 2019) e de 44,4% no coeficiente de detecção geral (14,1/100 mil em 2019). Em relação à média dos três anos anteriores (2017-2019), a variação no número de casos foi de 26,2% (média anual de 343 casos novos no período 2017-2019) e de 47,8% no coeficiente de detecção geral (coeficiente médio igual a 15,1/100 mil habitantes) (**Figura 1**).

Figura 1- Número de casos novos de hanseníase e coeficientes de detecção na população geral e em menores de 15 anos/100 mil habitantes. Sergipe, Brasil, 2017-2020.

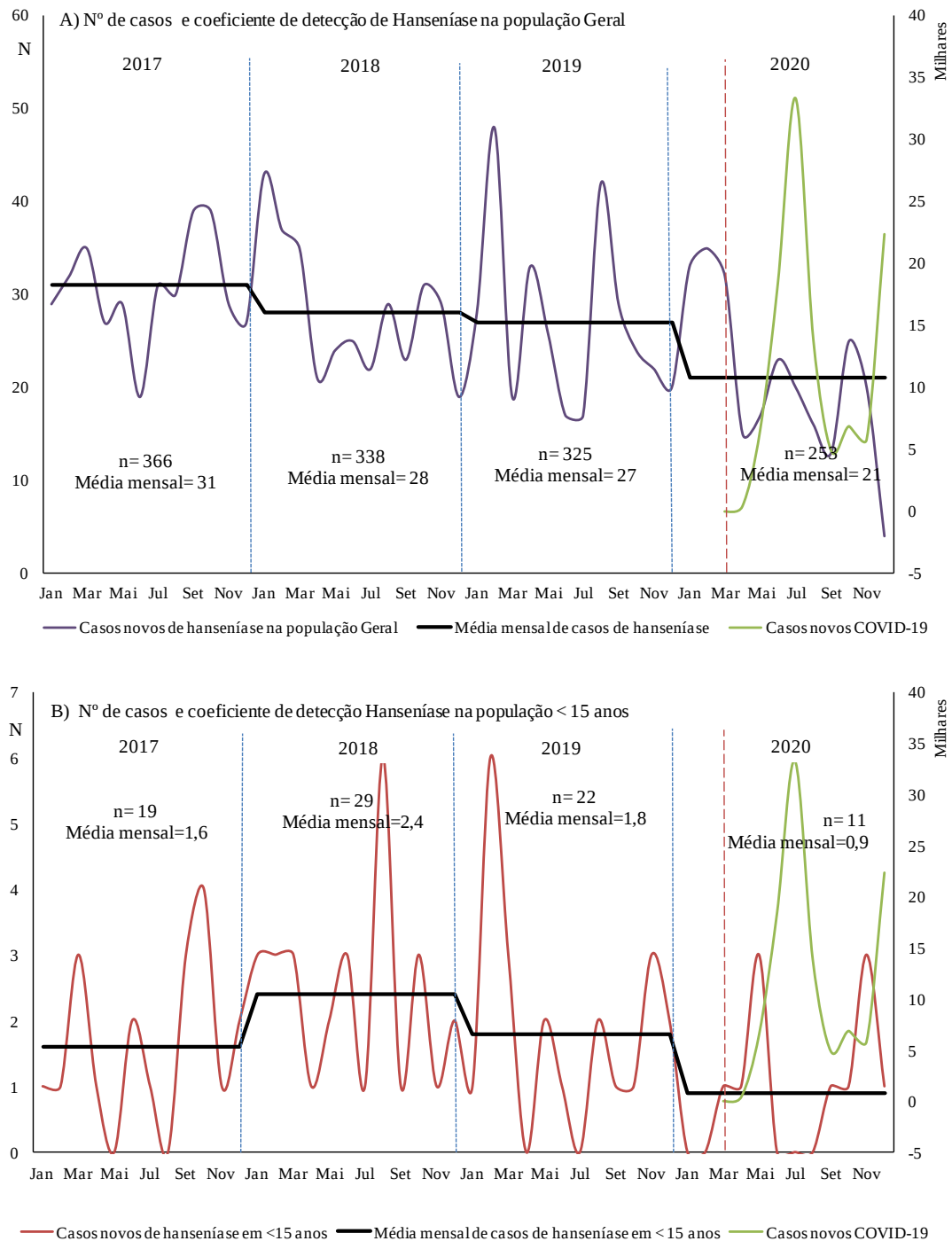


Reduções mais acentuadas foram observadas no diagnóstico de menores de 15 anos. Em 2020, foram registrados 11 casos novos, expressando um coeficiente de detecção de 2,1/100 mil habitantes, o que classifica o estado como de endemicidade média (coeficiente entre 0,5 e 2,49/100 mil habitantes). Em relação ao ano de 2019, houve queda de 50% nos registros (22 casos em 2019) e de 49,8% no coeficiente de detecção (4,2/100 mil em 2019). Em relação à média do período 2017-2019, a redução no número de casos novos foi de 52,9% (média anual de 23 casos novos no período 2017-2019) e de 52,5% no coeficiente de detecção (4,4/100 mil) (**Figura 1**).

Ao longo dos meses dos anos 2017 a 2020, foi observada uma variação no número de casos detectados na população geral, com redução nos meses de maio, junho e dezembro. Em menores de 15 anos, a detecção de casos mensais foi irregular em todos os anos analisados. Em 2020, a média mensal de casos novos detectados na população geral foi de 21, uma redução de 22,2% em relação ao ano anterior e de 26,7% em relação ao período 2017-2019. Além disso, observou-se um aumento de casos detectados entre os meses de janeiro e março de 2020 quando comparados aos meses de outubro a dezembro de 2019 (**Figura 2A**). Em menores de 15 anos,

a média de casos novos mensais foi inferior a um (0,9), uma redução de 50,0% em relação a 2019 e de 52,8% em relação ao período 2017-2019 (**Figura 2B**).

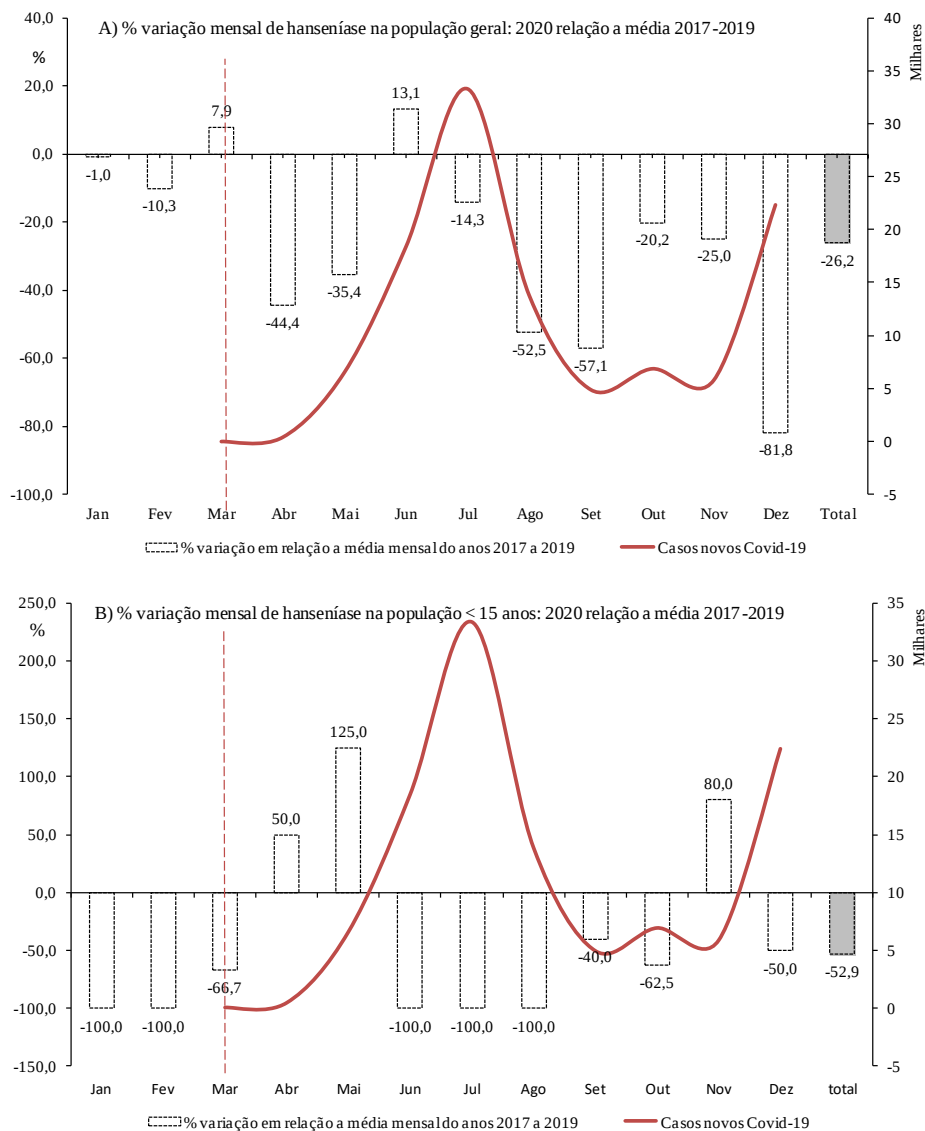
Figura 2- Número de casos novos de hanseníase e coeficientes de detecção na população geral/100 mil habitantes (A) e em menores de 15 anos/100 mil habitantes (B), segundo mês de notificação. Sergipe, Brasil, 2017-2020.



Em abril de 2020, mês subsequente ao primeiro registro de COVID-19 no estado de Sergipe, observou-se uma redução de 44,4% na detecção de casos novos de hanseníase na

população geral quando comparado à média do mesmo mês nos três anos anteriores (média de 27 casos em abril nos anos de 2017-2019 e de 15 casos registrados em abril de 2020). Em relação a março de 2020, a redução foi de 53,2% (32 casos em março e 15 em abril). No mês de julho, pico do número de casos de COVID-19 ($n = 33.302$), a redução foi de 14,3% em relação à média desse mesmo mês no período 2017-2019 (média de 23,3 casos em julho 2017-2019 e registro de 17 em 2020). As maiores reduções foram observadas nos meses de dezembro (81,8%) e setembro (57,1%) (**Figura 3A**). Em menores de 15 anos, não foram registrados casos de hanseníase em janeiro e fevereiro de 2020, bem como nos meses de pico da pandemia (junho a agosto) (**Figura 3B**).

Figura 3- Variação mensal da detecção de casos novos de hanseníase na população geral (A) e em menores de 15 anos (B) de 2020 em relação à média 2017-2019. Sergipe, Brasil, 2017-2020. ($n = 75$ municípios).



O número de municípios sem registro da doença elevou-se, sobretudo na comparação entre os anos de 2019 e 2020. Na população geral, passou de 25 (33,3%) municípios em 2019

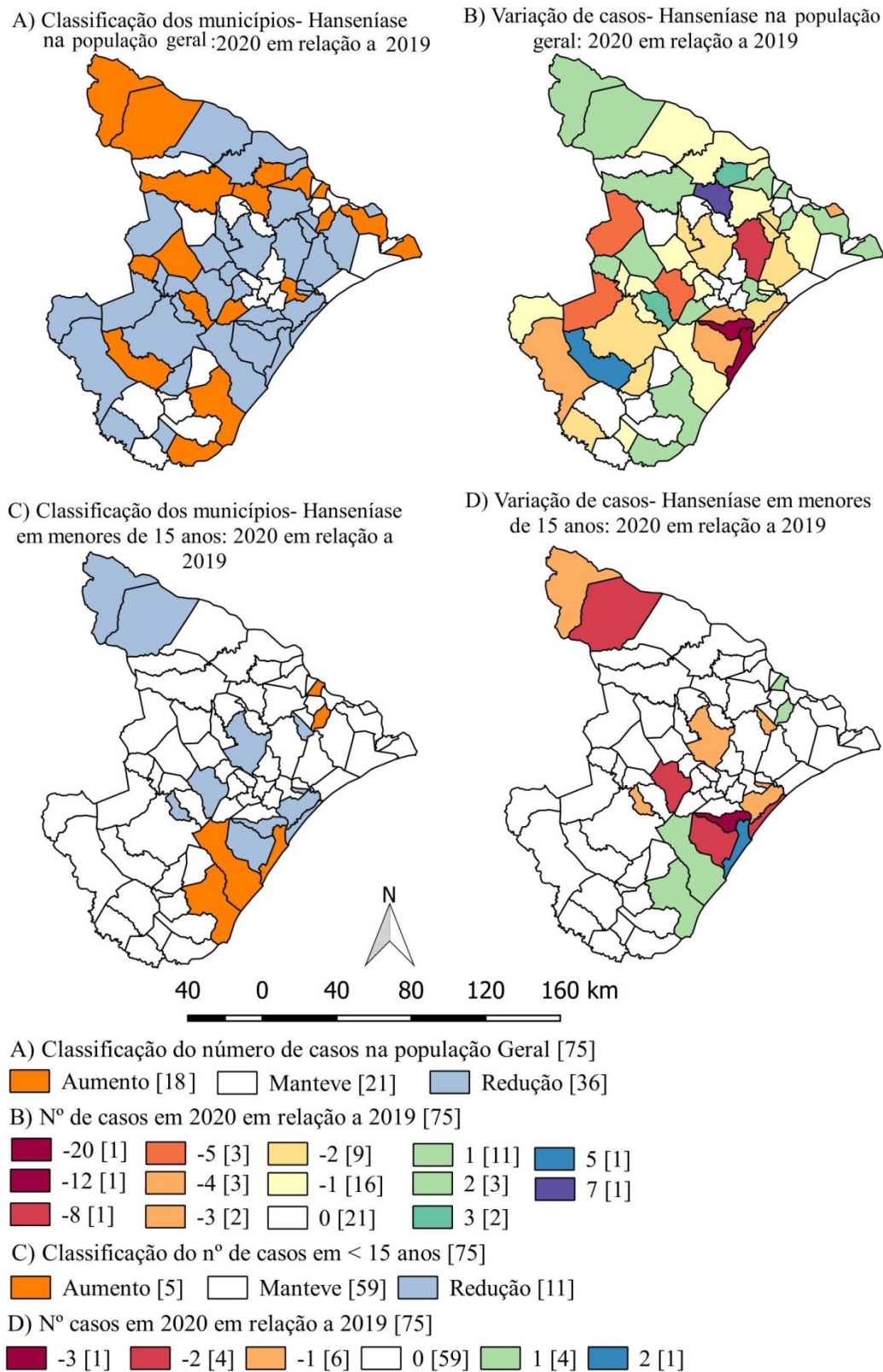
para 29 (38,6%) em 2020. Contexto semelhante foi observado em menores de 15 anos, cujo número de município sem diagnóstico da doença passou de 63 (84,0%) para 68 (90,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de municípios com diagnóstico de casos novos de hanseníase na população geral (A) e em menores de 15 anos (B). Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n = 75 municípios).

A) Classificação dos municípios de acordo com o número de registros de casos novos de hanseníase na população geral					
Ano	Nenhum registro	1 a 2 casos	3 a 5 casos	6 a 10 casos	> 10 casos
2017	22	24	16	4	9
2018	22	24	16	8	5
2019	25	26	9	8	7
2020	29	26	7	7	6
B) Classificação dos municípios de acordo com o número de registros de casos novos de hanseníase na população < 15 anos					
Ano	Nenhum registro	1 a 2 casos	3 a 5 casos	6 a 10 casos	> 10 casos
2017	65	8	2	0	0
2018	61	11	2	1	0
2019	63	10	2	0	0
2020	68	6	1	0	0

Percentual de 48% (n = 36) dos municípios apresentaram redução do número de casos de hanseníase na população geral em 2020 quando comparado com o ano de 2019. Em números absolutos, os municípios de Nossa senhora do Socorro (-20 casos novos; -58,82%), Aracaju (-12 casos novos; -14,12%) e Capela (-8 casos novos; -72,73%) foram os que mais apresentaram redução. Por outro lado, em 24% (n = 18) dos municípios ocorreram aumento de novos casos. Desses, 12 não tinham registrado nenhum caso em 2019 (silenciosos), destacando-se Gracho Cardoso, com sete casos em 2020 e nenhum no anterior (Figura 4 A e B).

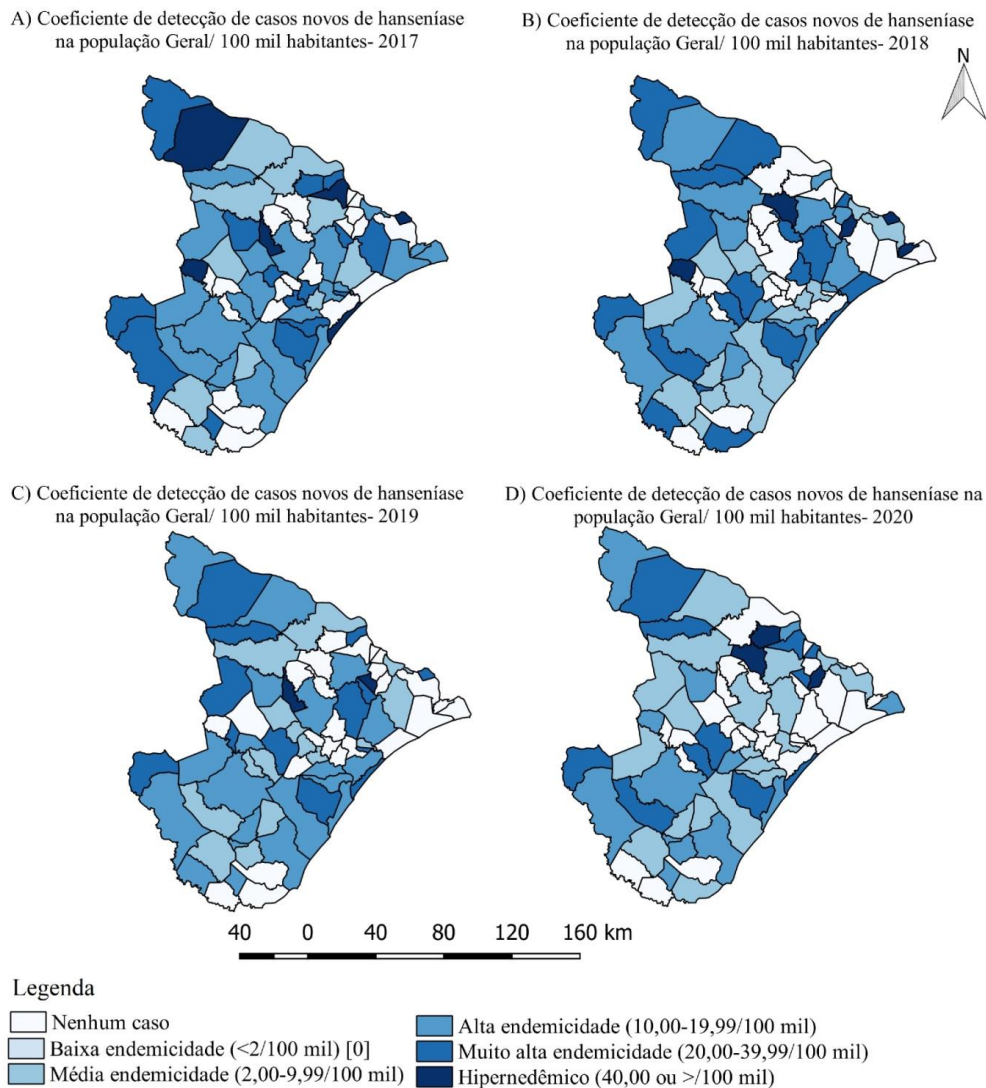
Figura 4- Variação no número de casos novos de hanseníase na população geral (A e B) e em menores de 15 anos (C e D), segundo município de residência: 2020 em relação a 2019. Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).



Em menores de 15 anos, a redução foi observada em 11 municípios. Nossa Senhora do Socorro (-3 casos; -75,0%), Barra dos Coqueiros (-2 casos; -100,0%), Itabaiana (-2 casos; -100,0%) e Poço Redondo (-2 casos; -100,0%) apresentaram as maiores reduções em número absoluto de casos. Por outro lado, três municípios silenciosos em 2019 (Estância, Itaporanga d'Ajuda e Telha) registraram um caso cada uma em 2020. A capital do estado, Aracaju, registrou dois casos a mais do que os registrados em 2019 ($n = 4$ e $n = 2$, respectivamente) **(Figura 4 C e D)**.

Quando se considera o coeficiente de detecção na população geral por 100 mil habitantes, o número de municípios hiperendêmicos decresceu entre 2017 e 2019 (de seis para dois). Em 2020, três municípios foram hiperendêmicos (Gracho Cardoso - 120,19/100 mil; Itabi - 61,39/100 mil; e São Francisco - 52,89/100 mil). Esses municípios possuem menos de seis mil habitantes e registram sete, três e dois casos novos, respectivamente. Além disso, em 2020, observou-se declínio do número de municípios com alta (20 em 2019 e 13 em 2020) e de muito alta endemicidade (13 em 2019 e 11 em 2020) **(Figura 5 A a D)**.

Figura 5- Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase na população geral/100 mil habitantes Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).

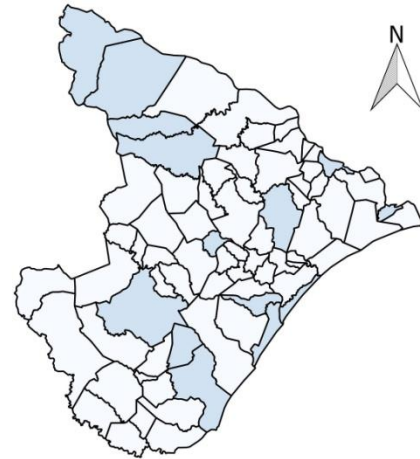
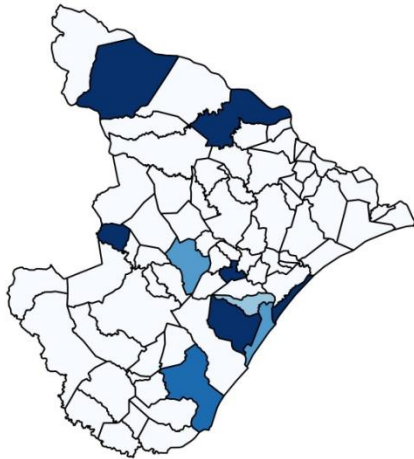


Em menores de 15 anos, o número de municípios hiperendêmicos apresentou importante variação, sendo nove em 2019 e três em 2020 (Ilha das Flores - 41,93/100 mil; Pinhão - 35,37/100 mil; e Telha-33,53/100 mil). Salienta-se que são três municípios pequenos que possuem discreta população menor de 15 anos e registraram quatro, dois e um caso, respectivamente (**Figura 6 A a D**).

Figura 6- Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase na população geral/100 mil habitantes Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).

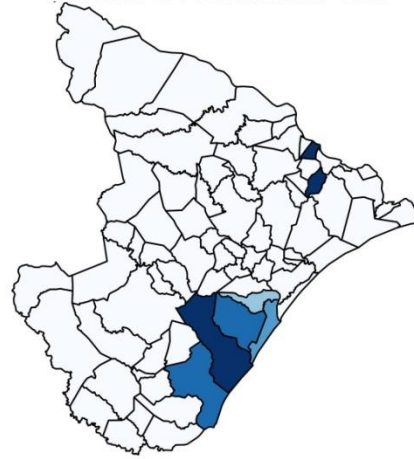
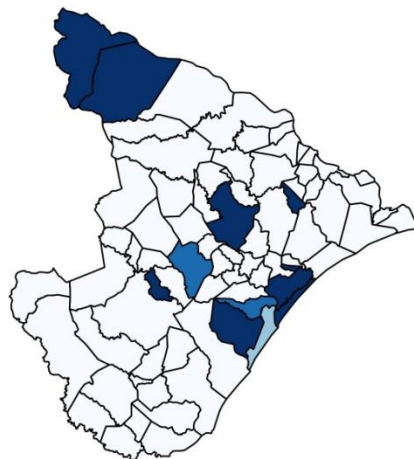
A) Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em < 15 anos/ 100 mil habitantes- 2017

B) Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em < 15 anos/ 100 mil habitantes- 2018



C) Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em < 15 anos/ 100 mil habitantes- 2019

D) Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em < 15 anos/ 100 mil habitantes- 2020



40 0 40 80 120 160 km

Legenda

Nenhum caso	Endemicidade alta (2,50 a 4,99/100 mil)
Baixa Endemicidade (<0,50/100 mil)	Muito alta (5,0 a 9,99/100 mil)
Endemicidade média (0,50 a 2,49/100 mil)	Hiperendêmico (10,0 ou +/100 mil)

O impacto da pandemia também ocorreu na qualidade dos registros das informações na notificação da doença. Observou-se aumento na proporção de campos ignorados/em branco/não classificado, nas variáveis raça/cor, escolaridade, forma clínica e avaliação de incapacidade física no diagnóstico. Dessas, a proporção de ignorado na variável raça/cor em 2020 foi de 11,5%: 3,7 vezes maior do que o observado no ano anterior (2019), e 3,3 vezes maior do que a média observada nos três anos anteriores. Na avaliação do grau de incapacidade física no momento diagnóstico, 25,3% dos pacientes não foram avaliados em 2020: 1,9 vezes

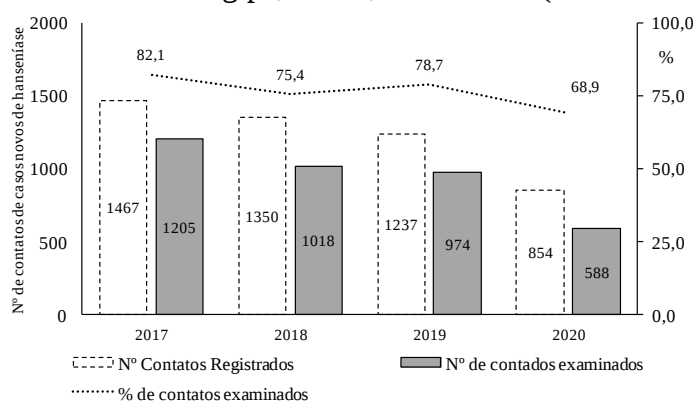
maior do que o ano de 2019 e 1,7 vezes maior do que a média dos três anos anteriores (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Proporção de campos ignorados nas variáveis epidemiológicas. Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).

% Ignorados/em branco/ Não classificado	2017	2018	2018	2020
Sexo	—	—	—	—
Idade	—	—	—	—
Raça/cor	3,6	3,8	3,1	11,5
Escolaridade	21,3	21,3	22,5	28,5
Classificação operacional	—	—	—	—
Forma Clínica	10,7	10,4	10,8	11,1
Avaliação de incapacidade no diagnóstico	17,5	14,2	12,9	25,3

Foi observada redução também na proporção de contatos examinados dentre os contatos registrados de casos novos de hanseníase. Em 2020, 68,9% dos contatos foram examinados, o menor percentual dos anos analisados. Em relação a 2019, houve uma redução de 9,8 pontos percentuais em relação ao ano anterior. Quanto a classificação da qualidade dos serviços, de 2017 a 2019, o estado foi classificado como regular ($\geq 75,0$ a 89,9% de contatos examinados). Em 2020, o indicador foi considerado precário ($<75\%$ de contatos examinados).

Figura 7- Número de contatos de casos novos de hanseníase registrados e examinados e proporção de exames de contatos. Sergipe, Brasil, 2017-2020. (n= 75 municípios).



Considerações da literatura

Este relatório mostra o impacto da COVID-19 no enfrentamento à hanseníase no estado de Sergipe no ano de 2020. Dada a complexidade da relação entre a COVID-19 e a hanseníase, esta discussão será conduzida em três partes: i. dos efeitos deletérios das mudanças na organização dos serviços de saúde e desestruturação da APS; ii. dos aspectos comportamentais da população no cenário pandêmico; e iii. das ações brasileiras desenvolvidas e desafios. Além

disso, a contextualização será ampliada, abordando a dimensão macroestrutural do país e não se restringindo ao estado objeto desta investigação.

A COVID-19 chegou ao Brasil pelos grandes centros urbanos do país e, a partir deles, espalhou-se para centros urbanos menores e, em seguida, capilarizou-se para os municípios menores e mais longínquos do país (CARMO et al., 2020; CÂNDIDO et al., 2020; SOUZA et al., 2021 (d)). Notavelmente, graças a globalização, os países não conseguiram se preparar em tempo hábil para o enfrentamento do novo coronavírus, de modo que os sistemas de saúde foram surpreendidos pela pandemia (WERNECK; CARVALHO 2020). Em tempo quase recorde, as autoridades sanitárias elaboraram seus planos de contingência, preparando todos os níveis de atenção para lidar com a desconhecida doença.

Dada a característica de transmissão respiratória da COVID-19, medidas não farmacológicas foram pensadas para restringir a circulação de pessoas e diminuir tanto o contágio quanto a sobrecarga sobre o sistema de saúde, cuja capacidade foi rapidamente exaurida pelo elevado número de infectados que buscavam atendimento (GARCIA; DUARTE, 2020). Dentre as medidas, destacam-se a redução de horários em ambulatórios de especialidades médicas não relacionadas com a COVID-19, redução do número de atendimento nas unidades básicas de saúde, revezamento de profissionais, cancelamento de consultas, dentre outras (TEIXEIRA et al., 2020).

Nesse primeiro momento, a missão primaz das autoridades sanitárias-seria diminuir a cadeia de transmissão da COVID-19 (LANA et al., 2020). Não por negligência, mas pelo contexto singular experimentado, pouco se refletiu sobre os impactos dessas medidas no diagnóstico e tratamento de outras doenças, como é o caso da hanseníase. Que se reafirme, tais medidas foram e continuam sendo, necessárias para a contenção da pandemia; no entanto, é necessário ampliar a discussão entorno da extensão da pandemia, que alcançou essas outras doenças, já negligenciadas e endêmicas, consideradas subgrupos de vulneráveis ao maior ônus da COVID-19 (SOUZA et al., 2020 (b); SOUZA et al., 2021 (e)).

Essas alterações na dinâmica dos serviços de saúde ocorreram tanto no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (SARTI et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020), quanto nos serviços de referência de hanseníase, que manejam casos complexos, estados reacionais e diagnosticam e/ou ratificam o diagnóstico da doença em crianças (MACÊDO BASSO; SILVA, 2017). Adicionalmente, a APS também tem contribuído no enfrentamento da COVID-19 (GREENHALGH et al., 2020; FARIAS et al., 2020).

É nesse ponto que o enfrentamento à hanseníase converge com o enfrentamento à COVID-19, posto que a APS passou a atender tanto as demandas já existentes, quanto aquelas relacionadas à COVID-19 (SARTI et al., 2020; RIOS et al., 2020). As limitações existentes na APS, como a falta de espaço e a escassez de recursos humanos, tornou, na maioria das vezes, impraticável a separação entre um e outro paciente, expondo todos, em maior ou menor grau, ao risco de contaminação (FARIAS et al., 2020; BRASIL, 2020).

A APS vem enfrentando nos últimos anos importantes cortes de recursos e um arquitetado processo de desestruturação (MARQUES et al., 2019; Souza et al., 2020 (c); CAVALCANTE et al., 2020). O “*Programa Mais Médicos (PMM)*”, por exemplo, criado em 2013 (BRASIL, 2013(a); Brasil, 2013 (b)), trouxe importantes melhorias para a saúde dos brasileiros, sobretudo nas áreas mais vulneráveis do país, nas quais impera a falta de recursos, a pobreza e a omissão do estado, dificultando a fixação de profissionais de saúde (PINTO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015). Em 2019, no início do governo do presidente Jair Bolsonaro, o programa sofreu um processo de mudança estrutural, deixando de existir no formato anterior e sendo criado o polêmico “*Programa mais Médicos pelo Brasil*” (BRASIL, 2019 (b))

No “*Plano de Contingência Estadual (Sergipe) para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus*”, a APS tem o papel de acompanhar os casos leves de COVID-19 e instituir medidas de precaução domiciliar e isolamento social, sem mencionar como esse processo de atendimento dialogará com os demais problemas atendidos pela APS (SES-SE, 2020; MACHADO et al., 2020). No estado, não foram divulgados planos voltados para o enfrentamento às doenças endêmicas, como a hanseníase. A ausência de planos estratégicos pode justificar a redução da detecção de hanseníase no estado, do baixo exame de contatos e a baixa qualidade no preenchimento das notificações. Impactos negativos também foram observados no estado da Bahia, no qual houve redução de 51,1% no número de casos de hanseníase após o início da pandemia no estado - março a setembro de 2020 (SOUZA et al., 2021 (d)).

Se, por um lado, a rede de saúde passou por modificações substanciais, por outro, o medo da doença levou uma importante parcela da população ao autoisolamento social (KRAEMER et al., 2020, ORNELL et al., 2020). A procura por assistência médica ficou restrita aos casos graves e inadiáveis (SANTANA et al., 2020). Sendo a hanseníase uma doença de evolução lenta e com sinais/sintomas iniciais sutis, a procura por diagnóstico pode ter sido retardada: entre uma mancha que não dói e/ou não coça e o risco de contaminar-se com um vírus desconhecido, parece mais plausível negligenciar a lesão dermatológica até que a pandemia seja controlada.

Todo esse cenário nos permite afirmar que haverá um retrocesso sem precedentes no enfrentamento à hanseníase, não somente no estado de Sergipe, mas em todo o país. Desse modo, a atuação dos militantes dedicados à causa (cientistas, professores, profissionais de saúde, autoridades sanitárias e sociedade civil organizada) tornar-se-á ainda mais desafiadora, posto que: i. é patente a elevação da prevalência oculta da doença; ii. a demora no diagnóstico em maior proporção de casos com incapacidades físicas graves, iii. a manutenção da cadeia de transmissão manterá o bacilo circulando na comunidade, iv o abandono de tratamento e que poderá levar ao crescente fenômeno de resistência medicamentosa pelo *M. leprae*; e v. problemas logísticos que dificultem o acesso aos medicamentos.

Diante de tais desafios, a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) emitiu orientações para o acompanhamento de pacientes durante a pandemia, incluindo desde os aspectos clínicos e medicamentosos até a organização dos serviços para evitar o risco de contaminação pela COVID-19. Uma estratégia apontada como plausível diz respeito a dispensação de cartelas de PQT para dois ou três meses (SBH, 2020). Todas as orientações visam garantir o atendimento integral aos indivíduos afetados pelo *M. leprae*, mesmo diante das dificuldades impostas pela pandemia.

O Ministério da Saúde, por sua vez, emitiu a nota informativa nº 5/2020, a qual trata da *“Adequação do serviço de saúde para o cuidado às pessoas acometidas pela Hanseníase no contexto da pandemia do COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde”*. Nela, recomenda-se: i. manutenção do tratamento medicamentoso, salvo recomendação de suspensão pelo médico; ii. mudanças na dispensação dos medicamentos, podendo ser entregue a um responsável pelo paciente na unidade ou entregue na casa do paciente, mantendo a administração da dose supervisionada na presença de um profissional de saúde, ii. dispensação de medicação para trinta dias (BRASIL, 2020 (c)). Cabe salientar que, contrariamente a orientação da SBH, o MS não recomendou a dispensação de blíster para dois ou três meses, dada a limitação de estoque do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020 (c)).

Os desafios para o futuro exigirão de toda a sociedade um esforço sem precedentes na história moderna, dentre os quais se destacam: i. a ampliação de estratégias que possam reduzir a prevalência oculta da doença em todo o país; ii. desenvolvimento de pesquisas que desnudem a relação entre a COVID-19 e a hanseníase, tanto sob a ótica social quanto biológica, posto que não se conhecem os efeitos do SARS-CoV-2 no organismo de um indivíduo com hanseníase e nem os efeitos da dinâmica imunológica da hanseníase no indivíduo com COVID-19; iii. necessidade de ampliação da APS e descentralização dos serviços de hanseníase; e iv. fortalecimento dos programas de hanseníase nas áreas endêmicas para a doença no país.

Conclusões

- A pandemia de COVID-19 resultou em impacto negativo no enfrentamento da hanseníase em Sergipe, com redução significativa da detecção de casos na população geral e em menores de 15 anos e consequente elevação da prevalência oculta da doença no estado, além de redução da qualidade dos registros epidemiológicos e do exame de contatos.
- O cenário posto em tela é capaz de mostrar que a pandemia alcançou outras mazelas sanitárias brasileiras, amplificando-as ainda mais.

Recomendações

- A urgente elaboração, pelo estado de Sergipe, de um plano de enfrentamento da Hanseníase que objetive mitigar os efeitos danosos da pandemia de COVID-19 no processo de enfrentamento da doença;
- Envolver os diferentes atores políticos e sociais, bem como os diferentes componentes da rede de saúde, no processo de luta em favor da eliminação da hanseníase em Sergipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Economia. **Brazil's Policy Responses to COVID-19**. 2020 (a). Acesso em: 01/02/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-em-outros-idiomas/covid-19/brazil2019s-policy-responses-to-covid-19>.

BRASIL. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). **Casos Novos de Hanseníase em Sergipe em 2019 (a)**. Acesso em: 14/04/2021. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswse.def>.

BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013 (a).

BRASIL. **Lei Nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de dezembro de 2019 (b). Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.h

BRASIL. **Ministério da Saúde orienta a continuidade do tratamento para hanseníase**. Publicado em: 23/04/2020 (b). Acesso em: 14/08/2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8156>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 (c). Acesso em: 15/03/2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 11 de abril de 2020 (b). **Boletim Epidemiológico do Centro Operações de Emergência em Saúde Pública – Doença pelo Coronavírus 2019**. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/12/2020-04-11-BE9-Boletim-do-COE.pdf>. Accessed 11 May 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013 (b). Acesso em: 28/04/2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html

CANDIDO, DS et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science**, v. 369, n. 6508, p. 1255-1260, 2020. Acesso em: 04/02/2021. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/369/6508/1255.abstract> DOI: 10.1126/science.abd2161

CARMO, RF et al. Expansion of COVID-19 within Brazil: the importance of highways. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 5, p. taaa106, 2020. Acesso em: 16/03/2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article-abstract/27/5/taaa106/5863927> DOI: [10.1093/jtm/taaa106](https://doi.org/10.1093/jtm/taaa106) taaa106

CAVALCANTE, DFB et al. Financial impact of the change in the vulnerability profile of More Doctors Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 148, 2020. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/148/>

CRUZ, RCS et al. Leprosy: current situation, clinical and laboratory aspects, treatment history and perspective of the uniform multidrug therapy for all patients. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 92, n. 6, p. 761-773, 2017. Acesso em: 20/04/2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962017000600761&script=sci_arttext DOI: [10.1590/abd1806-4841.20176724](https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176724)

FARIAS, LABG et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**. v.15, n 42, p.2455, 2020. Acesso em: 10/04/2021. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/54679> DOI: [10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)

FERREIRA, LLG; ANDRICOPULO, AD. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 100, p. 7-27, 2020. Acesso em: 24/04/2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000300007&lng=en&nrm=iso. DOI: [10.1590/s0103-4014.2020.34100.002](https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.002)

GARCIA, LP; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2, 2020, e2020222. Acesso 23 abril 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020222/pt/> DOI: [10.5123/S1679-49742020000200009](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009).

GREENHALGH, T; KOH, GCH; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, 2020. Acesso em: 02/04/2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182.abstract> DOI: [10.1136/bmj.m1182](https://doi.org/10.1136/bmj.m1182)

IBGE. **Cidades/Sergipe, 2020**. Acesso em: 26/04/2021. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama>

IPEA. **Índice de Vulnerabilidade Social, 2017**. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em:
<http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>

JONH HOPKINS UNIVERSITY. Dashboard by the center for systems science and engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020. 19. Acesso em: 12/02/2021. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

KRAEMER, MUG et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science**, v. 368, n. 6490, p. 493-497, 2020. DOI: 10.1126/science.abb4218

LANA, RM et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00019620, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00019620

MACÊDO, MEB; SILVA, RLFA. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 1, p. 27-32, 2017. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em:
<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/247>

MACHADO, MF; QUIRINO, TRL; DE SOUZA, CDF. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)–Visa em Debate**, v. 8, n. 3, p. 70-77, 2020. Acesso Em:27/04/2021. Disponível em:
<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1626>
 DOI: 10.22239/2317-269x.01626

MARQUES, CF et al. O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem?. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. SPE2, 2019. Acesso em: 15/04/2021.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932019000600301&script=sci_arttext

MONTEIRO, LD et al. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 91-104, 2014. <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010008ENG>

OLIVEIRA, FP et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 623-634, 2015. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n54/623-634/en/>

ORNELL, F et al. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista debates in psychiatry**, p. 2-7, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/63220777/PandemiademedoeCOVID-19impactona20200506-102677-146aa84.pdf>

PINTO, HA. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da AB. **Divulg Saude Debate**, v. 51, p. 105-20, 2014. Acesso em: 25/04/2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771502>

RIOS, AFM et al. Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. **Enferm. foco (Brasília)**. [Internet], v. 11, n. 1, p. 246-51, 2020. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Gabriela_Silva86/publication/343480686_Atencao_primaria_a_saude_frente_a_COVID-19_em_um_Centro_de_Saude/links/5f2c08a6299bf13404a67bc8/Atencao-primaria-a-saude-frente-a-COVID-19-em-um-Centro-de-Saude.pdf

RODRIGUES, NH; SILVA, LGA. Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional/Management of the coronavirus pandemic in a hospital: professional experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020. e20104004. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18530>

SANTANA, R et al. A procura de serviços de urgência/emergência hospitalar: tendências durante o primeiro mês de resposta à COVID-19. **Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa**, 2020.. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/tendencia-de-resposta-dos-servicos-de-urg-emerg-covid-19.pdf>

SANTOS, MB et al. Clinical and epidemiological indicators and spatial analysis of leprosy cases in patients under 15 years old in an endemic area of Northeast Brazil: An ecological and time series study. **BMJ Open** 2019; 9:e023420. doi:10.1136/bmjopen-2018-023420. Acesso em: 12/04/2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e023420>

SANTOS, VS et al. Leprosy: Why does it persist among us?. **Expert review of anti-infective therapy**, v. 18, n. 7, p. 613-615, 2020. Acesso em: 06/04/2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14787210.2020.1752194>
DOI:10.1080/14787210.2020.1752194.

SARTI, TD et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2 [Acesso 26 Abril 2021], e2020166. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166>. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200024.

SES-SE. Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV. 2020**. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-SERGIPE-EM-REVIS--O.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA (SBH). **Orientações para pessoas atingidas pela hanseníase durante a pandemia COVID-19**. [Internet]. Acesso em: 16/02/2021. Disponível em: <http://www.sbhansenologia.org.br/release/orientacoes-para-pessoas-atingidas-pela-hanseniasedurante-a-pandemia-covid-19>.

SOUZA, CDF et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. **Brazilian oral research**, v. 34, 2020 (f). Acesso em: 20/04/2021.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-83242020000100801&script=sci_arttext DOI: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047.

SOUZA, CDF et al (a). Impact of COVID-19 on TB diagnosis in Northeastern Brazil. **The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease**, v. 24, n. 11, p. 1220-1222, 2020. Acesso em: 05/04/2021. Disponível em: <https://theunion.org/sites/default/files/2020-09/IJTLD-0661-de-Souza-FINAL.pdf> DOI: 10.5588/ijtld.20.0661

SOUZA, CDF; MAGALHÃES, MAFM; LUNA, CF (c). Hanseníase e carência social: definição de áreas prioritárias em estado endêmico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200007, 2020. Acesso em: 05/04/2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2020.v23/e200007/pt/>

SOUZA, CDF et al (d). Airports, highways and COVID-19: An analysis of spatial dynamics in Brazil. **Journal of Transport & Health**, v. 21, p. 101067, 2021. Acesso em: 11/04/2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214140521000979> DOI: 10.1016/j.jth.2021.101067.

SOUZA, CDF; CARMO, RF; MACHADO, MF (b). The burden of COVID-19 in Brazil is greater in areas with high social deprivation. **Journal of travel medicine**, 2020. Acesso em: 08/03/2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/advance-article/doi/10.1093/jtm/taaa145/5899713> DOI: 10.1093/jtm/taaa145.

SOUZA, CDF; MACHADO, MF; CARMO, RF (e). Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. **Infectious diseases of poverty**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2020. Acesso em: 12/03/2021. Disponível em: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00743-x>

TEIXEIRA, CP et al. COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: **ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE**, 2020. 142 p. ISBN: 978-65-88869-02-4. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45540>

WERNECK, GL; CARVALHO, MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 5 [Acesso 26 Abril 2021], e00068820. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820/pt/>

DOI: [10.1590/0102-311X00068820](https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **World Health Organ**, v. 95, p. 417-440, 2020 (b). Acesso em: 26/04/2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 51**. Geneva: World Health Organization; 2020 (a). Acesso em: 18/03/2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>

ZHU, NA et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v 382, 727-33, 2020. Acesso em: 04/03/2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017> DOI: 10.1056/NEJMoa2001017

5.2 Artigo- Enfrentamento à hanseníase em tempos de COVID-19: um relato experiência na atenção primária à saúde do interior do estado de Sergipe, 2020².

Coping with leprosy in times of COVID-19: a report experience in primary health interior of the state of Sergipe, 2020

Enfrentando la lepra en tiempos del COVID-19: un relato de experiencia en la atención primaria de salud en el interior del estado de Sergipe, 2020

Rômulo Rodrigues de Souza Silva¹, Thais Silva Matos², Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva², Divanise Suruagy Correia¹, José Roberto Amorim¹, Michael Ferreira Machado¹, Carolinne de Sales Marques¹, Amanda Karine Barros Ferreira de Araújo¹, Rodrigo Feliciano do Carmo³, Tânia Rita Moreno de Oliveira Fernandes³, Carlos Dornels Freire de Souza¹.

¹ Universidade Federal de Alagoas, Brasil

² Universidade de Pernambuco, Brasil

³ Universidade Federal do Vale do São Francisco, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: A COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) trouxe inúmeros desafios e sobrecarga ao Sistema Único de saúde (SUS), gerando dificuldades no enfrentamento as outras enfermidades endêmicas e negligenciadas no território brasileiro como, dentre estas a hanseníase.

OBJETIVO: Relatar a experiência de enfrentamento à prevalência oculta de hanseníase por uma equipe de atenção primária à saúde do interior do estado de Sergipe durante a pandemia de COVID-19

MÉTODOS: O projeto foi desenvolvido entre o mês de setembro de 2020 e janeiro de 2021, e caracterizou-se pela oferta de exame dermatológico aos indivíduos que buscaram atendimento na unidade de saúde do bairro Cidade Nova, em Estância, Sergipe. Confirmado o diagnóstico de hanseníase, foi introduzido o tratamento com esquema Poliquimioterapia (PQT), respeitando-se as medidas sanitárias de prevenção à contaminação pela COVID-19.

RESULTADOS: No período analisado, foram avaliados 235 indivíduos, sendo feito 06 diagnósticos clínicos de hanseníase (2,5%), dentre os quais, um em menor de 15 anos de idade. No município, durante todo o ano de 2020, registrou-se um total de nove casos novos de hanseníase. Sem o projeto, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase no município seria de 4,3/100 mil habitantes e, com o projeto, esse coeficiente foi três vezes superior (12,9/100 mil habitantes).

CONCLUSÃO: A oferta de exame dermatoneurológico durante consultas médicas de rotina em áreas vulneráveis, permitiu evidenciar a prevalência oculta de hanseníase no bairro Cidade Nova, Estância. Além disso, ações desta natureza permitem o diagnóstico precoce, evitando-se a evolução para incapacidades físicas a ocorrência de incapacidades físicas.

Palavras-Chaves: Hanseníase; Prevalência oculta; Atenção Primária à Saúde.

² Artigo a ser submetido ao periódico "Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade". Aprovado para apresentação no 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia 2021.

ABSTRACT

INTRODUCTION: COVID-19 (coronavirus disease 2019) has brought numerous challenges and burdens on the Unified Health System (SUS, acronym in portuguese), creating difficulties in facing other endemic diseases in the Brazilian territory, such as leprosy.

OBJECTIVE: To report an experience of coping with the hidden prevalence of leprosy by a primary health care team in the interior of the state of Sergipe during the COVID-19 pandemic.

METHODS: The project was developed from September 2020 to January 2021 and was characterized by offering a dermatological examination to individuals seeking care at the health unit in the Cidade Nova neighborhood, in Estância, Sergipe. In case of confirmation of cases, treatment was instituted and household contacts were examined, respecting the measures to prevent contamination by COVID-19.

RESULTS: In the analyzed period, 235 individuals were evaluated, with six diagnoses of leprosy (2.5%), one under the age of 15. In 2020, the municipality registered nine total cases. Without the project, the detection rate of new leprosy cases in the municipality would be 4.3/100,000 inhabitants and, with the project, this coefficient was three times higher (12.9/100,000 inhabitants).

CONCLUSION: The offer of dermatoneurological exams during routine medical consultations made it possible to show the hidden prevalence of leprosy in the neighborhood of Cidade Nova, Estância. In addition, actions of this nature allow early diagnosis, avoiding the occurrence of physical disabilities.

Keyword: Leprosy; Hidden prevalence; Primary health care.

RESUMÉN

INTRODUCCIÓN: COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019) trajo numerosos desafíos y cargas al Sistema Único de Salud (SUS), creando dificultades para enfrentar otras enfermedades endémicas en el territorio brasileño, como la lepra.

OBJETIVO: Informar una experiencia de afrontamiento de la prevalencia oculta de lepra por parte de un equipo de atención primaria en el interior del estado de Sergipe durante la pandemia de COVID-19.

MÉTODO: El proyecto se desarrolló desde septiembre de 2020 hasta enero de 2021 y se caracterizó por ofrecer un examen dermatológico a las personas que buscaban atención en la unidad de salud del barrio Cidade Nova, en Estância, Sergipe. En caso de confirmarse los casos, se instituyó el tratamiento y se examinaron los contactos domiciliarios, respetando las medidas para prevenir la contaminación por COVID-19.

RESULTADO: En el período analizado se evaluaron 235 individuos, con 06 diagnósticos de lepra (2,5%), uno menor de 15 años. En 2020, el municipio registró nueve casos en total. Sin el proyecto, la tasa de detección de nuevos casos de lepra en el municipio sería de 4,3 / 100 mil habitantes y, con el proyecto, este coeficiente era tres veces mayor (12,9 / 100 mil habitantes).

CONCLUSIÓN: La oferta de exámenes dermatoneurológicos durante las consultas médicas de rutina permitió mostrar la prevalencia oculta de la lepra en el barrio Cidade Nova, Estância. Además, acciones de esta naturaleza permiten un diagnóstico precoz, evitando la aparición de discapacidades físicas.

Palabras clave: Lepra; Prevalencia oculta; Primeros auxilios.

Introdução

A COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) foi registrada pela primeira vez em dezembro de 2019, com epicentro na cidade Wuhan, capital da província de Hubei, na República Popular da China ¹. Trata-se de uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2- *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) ². Em 30 de janeiro de 2020, o Comitê de Emergência da OMS declarou emergência de saúde global. Rapidamente, o vírus se espalhou pelos continentes e alcançou *status* de pandemia em 11 de março de 2020 ¹. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 ³.

Mesmo com os esforços empreendidos para tentar conter os avanços da pandemia, em 18 de abril de 2021, globalmente já eram 140,3 milhões de casos confirmados de COVID-19, incluindo 3,0 milhões de mortes em decorrência da doença ⁴. Dos casos reportados, 13,9 milhões foram registrados no Brasil, acumulando 371,6 mil óbitos desde o primeiro registro em 26 de fevereiro de 2020. Em Sergipe, 189,5 mil novos casos e 3,9 mil óbitos representam o acumulado em 18 de abril de 2021. Desses registros estaduais, 5,4 mil casos novos e 132 óbitos ocorreram no município de Estância, cenário deste estudo ⁵.

A chegada da COVID-19 no território brasileiro trouxe desafios adicionais, como sobrecarga direta do Sistema Único de saúde (SUS), responsável exclusivo pela assistência à saúde de cerca de 75% dos brasileiros, e potenciais efeitos no enfrentamento as outras enfermidades endêmicas no país, dentre as quais se destacam as doenças de populações negligenciadas, como hanseníase, leishmaniose, esquistossomose, doença de chagas, dengue, dentre outras ^{6,7}.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, e potencialmente incapacitante quando diagnosticada e/ou tratada tardiamente⁸. No cenário global, o país ocupa a primeira posição em coeficiente de prevalência por 10 mil habitantes e a segunda posição em número de casos. Em 2019, foram diagnosticados 23.612 casos novos da doença no Brasil ⁷.

Além do desafio de manter as ações de vigilância da hanseníase, tem-se ainda a necessidade de proteger os indivíduos com hanseníase de uma possível contaminação pela COVID-19 ⁹. Isto por que a Atenção Primária à Saúde (APS), que é responsável por diagnosticar e monitorar diversas doenças negligenciadas, passou a atender cerca de 80% dos casos leves de COVID-19, caracterizando o primeiro ponto de contato dos usuários na busca por cuidados de saúde ^{6,10}.

Com o advento da pandemia, as equipes que compõe a APS também sofreram os impactos das adequações perante as novas demandas e estratégias para contenção da

disseminação do COVID-19, entre elas, a suspensão nos atendimentos não essenciais, agendamentos com horário estabelecido, redução de horário de trabalho e até afastamentos laborais de muitos profissionais ^{11,12,13}. Essas mudanças podem elevar ainda mais prevalência oculta da hanseníase, entendida como o número de casos circulantes na comunidade, mas não detectado pelos serviços de saúde.

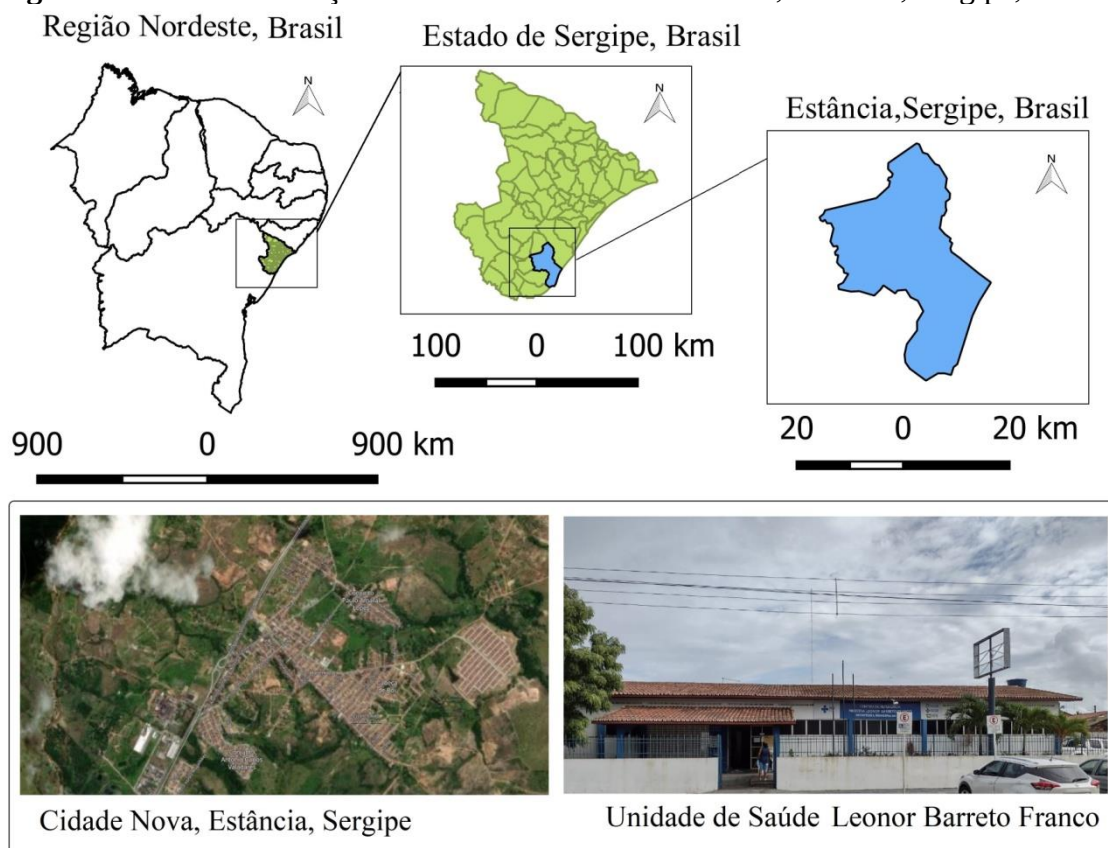
Diante do exposto, este estudo tem como objetivo relatar experiência de enfrentamento à prevalência oculta da hanseníase por uma equipe de APS do interior do estado de Sergipe durante a pandemia de COVID-19.

Métodos

Área de estudo

Trata-se de um relato de experiência realizado em Estância, município brasileiro com área de 644,487 km², localizado no estado de Sergipe, região Nordeste do país (**Figura 1**). O Município está situado ao Sudeste do Estado, integrando a microrregião do litoral Sul Sergipano. Localizado a 56Km em linha reta e 70Km por rodovia federal, de distância da capital, Aracaju. Sua população estimada, em 2020, era de 69.556 habitantes. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,647, ocupando a 6^a posição no estado. Destaca-se como um dos principais centros regionais sergipanos ¹⁴. Entre 2017 e 2019, o município registrou 20 casos novos de hanseníase, dos quais oito foram em 2019 (detecção geral de 11,6/100 mil habitantes- classificada como alta endemicidade na população geral). Em menores de 15 anos, foram apenas dois registros nesse período (um em 2017 e um em 2018) ¹⁵.

Figura 1- Área de realização do estudo. Bairro Cidade Nova, Estância, Sergipe, Brasil.



No município, o projeto foi realizado no bairro Cidade Nova (Valter Cardoso Costa). Embora seja conhecido como um bairro, trata-se de um distrito que abrange os bairros Valter Cardoso Costa, Loteamento Nova Esperança, Loteamento Belo Horizonte, Conjunto Valadares, Conjunto Paulo Amaral, Conjunto Santo Antônio, Conjunto Mutirão e Loteamento Recanto Verde. A população total aproximada é de 20 mil habitantes em 2019 ¹⁶.

Mesmo inserido em uma área endêmica e com todo um contexto social favorável à manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase, no período de 2017 a 2019, o bairro registrou somente dois casos da doença, ambos em 2017 ¹⁵. Desse modo, parte-se do pressuposto de que o bairro apresenta elevada prevalência oculta da hanseníase em seu território.

O bairro é assistido pela Unidade de Saúde da Família Leonor Barreto Franco, composta por duas equipes de saúde, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): ¹⁷ médico de família e comunidade, enfermeiro especialista em saúde da família, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, bem os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista e técnico em Saúde Bucal.

As mudanças na atuação da Unidade de Saúde Leonor Barreto Franco no período pandêmico

Devido a pandemia, houve um impacto nos serviços de saúde oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Estância, havendo alterações na sistemática dos serviços, tais como a diminuição da carga horária de atendimento à população que, antes da pandemia, acontecia de segunda a sexta-feira das 7h às 12h e das 13h às 16h e que, desde os primeiros registros de COVID-19, sofreu redução, passando a ser das 7h às 13h. Foram suspensos os atendimentos agendados e programados, bem como as visitas domiciliares, permanecendo somente os atendimentos de urgência e consultas de pré-natal.

Entre os meses de junho e julho de 2020, com o aumento significativo dos casos de COVID, bem com a existência, naquele período, de apenas um posto sentinela para a doença no município de Estância, as Unidades de Saúde da Família (USF) passaram a realizar atendimento de pacientes com sintomas gripais, permanecendo assim até o final do mês de setembro de 2020. Com a diminuição dos casos de COVID-19 no município, observada em setembro de 2020, além da instalação de mais um posto sentinela para síndrome gripal, as unidades de saúde retornaram ao seu atendimento usual de forma paulatina com as consultas de pré-natal, puericultura, atendimento ambulatorial e visitas domiciliares, porém, com jornada de trabalho ainda reduzida (7h-13h).

Projeto de enfrentamento à hanseníase desenvolvido no Bairro Cidade Nova durante a pandemia de COVID-19

O projeto teve como objetivo realizar diagnóstico precoce de hanseníase, reduzindo assim o impacto da pandemia de COVID-19 na detecção de casos novos da doença no município, e considerando a hipótese de elevada prevalência oculta no bairro. O projeto foi desenvolvido no período de setembro de 2020 a janeiro de 2021 e caracterizou-se pela oferta de exame dermatológico aos indivíduos que buscavam atendimento na unidade de saúde.

Foram convidados a participar do estudo todos os indivíduos assistidos pela Unidade de Saúde Leonor Barreto Franco e que compareceram à consulta médica na referida Unidade de Saúde. Como critério de exclusão, adotou-se: presença de queixa respiratória no momento da consulta, retirada da autorização de participação da pesquisa, a qualquer tempo, comparecimento à USF por outra razão que não tenha passado por consulta médica.

Sistemática de execução do projeto

Na primeira etapa, todos os indivíduos que compareceram para consulta médica na unidade de saúde no período anteriormente explicitado foram convidados a participar do projeto. Nesse momento, *foram explicados os objetivos e a relevância do trabalho e, após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*. Para os menores de 18 anos, foram aplicados o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE adaptado para os pais/responsáveis.

Após essa etapa inicial, foi aplicado um questionário e realizada a avaliação dermatológica em busca de lesões suspeitas de hanseníase. Considerou-se caso de Hanseníase a pessoa com um ou mais dos seguintes critérios: “*i. lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou c) presença de bacilos M. leprae, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele*”¹⁸.

O exame foi feito pelo médico da unidade neste mesmo momento, a fim de evitar retornos à USF e reduzir o risco de contaminação pela COVID-19, em obediência aos protocolos sanitários instituídos durante a pandemia. Uma vez confirmado o caso, procedeu-se a notificação e o tratamento, conforme estabelecem as diretrizes nacionais para o manejo da doença. Em caso de diagnóstico de outras doenças dermatológicas, o profissional realizou o tratamento adequado. A coleta dos dados foi realizada com a utilização de um Formulário de Avaliação especificamente desenvolvido para o estudo.

A segunda etapa consistiu na avaliação dos contatos domiciliares dos indivíduos identificados com hanseníase. Cabe salientar que esta medida de avaliação de contactantes é uma recomendação nacional, conforme previsto nas “*Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública*”¹⁸. No presente estudo, os contactantes foram convidados a comparecerem na USF, em horário previamente agendado. Em caso de não comparecimento, foram realizadas visitas domiciliares.

O projeto “*Evidências de transmissão oculta da hanseníase em área de alta vulnerabilidade social do nordeste brasileiro*” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, parecer número 4.600.110 e CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) nº 38913920.0.0000.5013.

Resultados

No período analisado, foram avaliadas 235 pessoas, com a realização de 06 diagnósticos de hanseníase (2,5%), sendo um em menor de 15 anos de idade. Salienta-se que o município no ano de 2020 registrou um total de nove casos novos totais. Sem a ação realizada, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em Estância, em 2020, seria de 4,3/100 mil habitantes e, com o projeto, esse coeficiente foi três vezes superior (12,9/ 100 mil habitantes). Além disso, de um bairro silencioso nos dois anos anteriores (2018 e 2019), o diagnóstico de seis casos novos, classifica o bairro como de muito alta endemicidade para hanseníase – entre 20,0 e 39,9 casos por 100 mil habitantes (seis casos representam um coeficiente de detecção de 30,0/100 mil habitantes).

Abaixo, são descritos os casos clínicos identificados:

Caso 1

Sexo feminino, 22 anos, diagnosticado em 10 de setembro de 2020. Relata história familiar de hanseníase (mãe, tio e prima). Ao exame físico: Região do antebraço direito com perda de sensibilidade térmica e tátil há 08 meses, e presença de mancha hipocrômica no membro inferior direito, com perda de sensibilidade térmica e diminuição de sensibilidade tátil. À palpação, nervo ulnar direito levemente espessado e demais nervos inalterados. Diagnóstico: Hanseníase Tuberculoide, grau de incapacidade zero. Nenhum caso foi detectado nos sete contatos intradomiciliares. Prescrito Poliquimioterapia Paucibacilar (PQT/PB) e o caso foi devidamente notificado (**Figura 2A**).

Caso 2

Sexo feminino, 39 anos, diagnosticado em 05 de novembro de 2020. Relatou mancha no braço esquerdo com perda de sensibilidade há aproximadamente um ano. Ao exame físico: Placa eritematosa, de aspecto infiltrado e com bordas bem delimitadas com diminuição de sensibilidade térmica na região posterior de antebraço esquerdo. Não foi observado espessamento neural no membro acometido. Diagnóstico: Hanseníase Tuberculóide, grau de incapacidade zero. Nenhum caso foi detectado nos dois contatos intradomiciliares. Prescrito PQT/PB e o caso foi devidamente notificado. Durante o tratamento, a paciente evoluiu com reação tipo I diagnosticada na consulta para a administração da quinta dose supervisionada, sendo prescrito, na ocasião, prednisona (**Figura 2B**).

Caso 3

Sexo Feminino, 27 anos, gestante, diagnosticada em 23 de novembro de 2020. Queixava-se macha dormente no joelho direito há pouco mais de um ano que. Ao exame físico: Presença de uma mancha hipocrômica com perda de sensibilidade térmica e diminuição de sensibilidade tátil na face anterior da perna direita, na região da tuberosidade da tíbia. À palpação, nervos preservados. Diagnóstico: Hanseníase indeterminada, grau de incapacidade zero. Durante o exame dos contatos intradomiciliares, foi detectado um novo caso (Caso 4; irmã). Prescrito PQT/PB e o caso foi devidamente notificado (**Figura 2C**).

Caso 4

Sexo feminino, 35 anos, diagnosticada em 26.11.2020. História familiar de hanseníase (irmã). Paciente refere uma mancha hipocrômica com diminuição da sensibilidade tátil há aproximadamente três meses. Nega outros sintomas. Ao exame físico: Presença de mancha hipocrômica com perda de sensibilidade térmica na região posterior de antebraço esquerdo. À palpação, nervos preservados. Diagnóstico: Hanseníase indeterminada, grau de incapacidade zero e dois contatos intradomiciliares com um caso detectado entre eles (caso 5; filha). Prescrito Poliquimioterapia Paucibacilar e o caso foi devidamente notificado (**Figura 2D**).

Caso 5

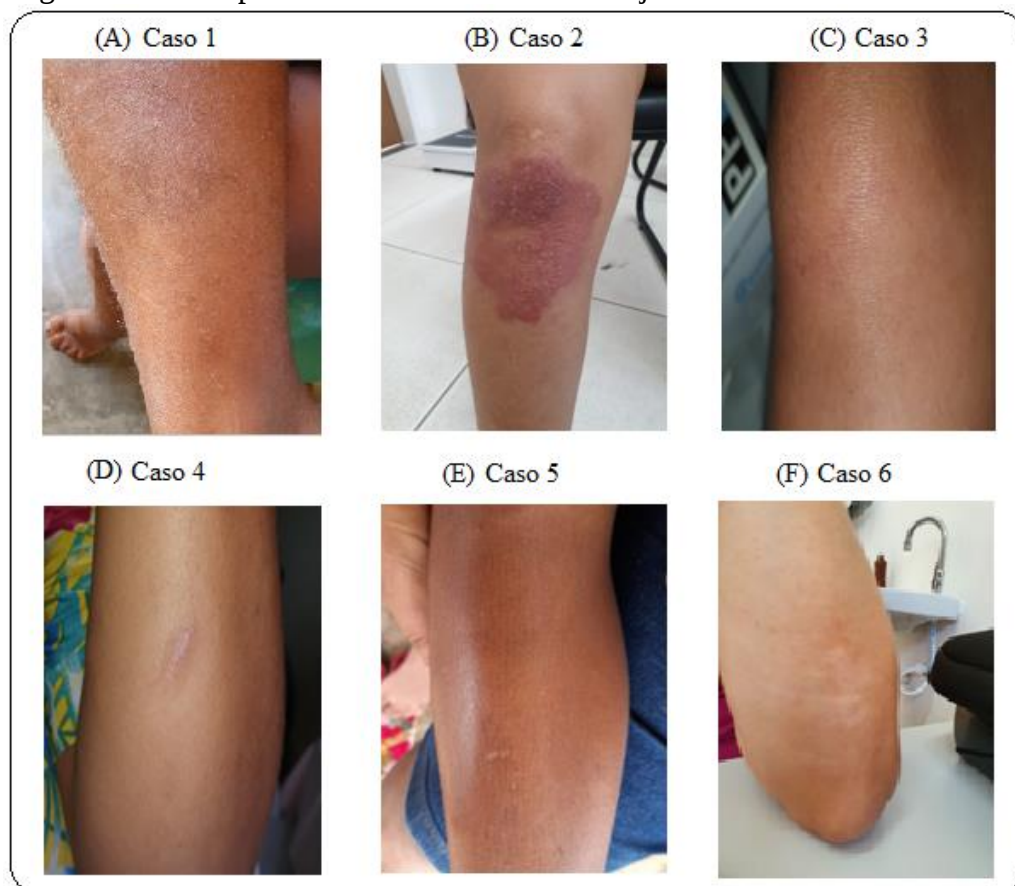
Sexo feminino, sete anos, diagnosticada em 03 de dezembro de 2020. História familiar de hanseníase (mãe). Durante o exame dos contatos intradomiciliares do caso 4, foi observada mancha sugestiva de hanseníase. Ao exame físico: presença de uma mancha hipocrômica, com perda de sensibilidade térmica na região anterior da perna direita. Diagnóstico: Hanseníase indeterminada, grau de incapacidade zero e contatos intradomiciliares já avaliados. Prescrito PQT/PB e o caso foi devidamente notificado (**Figura 2E**).

Caso 6

Sexo feminino, 43 anos, diagnosticada em 14 de janeiro de 2021. Nega história familiar de hanseníase. Relata uma mancha com sensibilidade diminuída no antebraço esquerdo há aproximadamente seis meses. Ao exame físico: presença de uma mancha hipocrômica no melhor no terço proximal do antebraço esquerdo, com diminuição da sensibilidade térmica. À palpação, nervos preservados. Diagnóstico: Hanseníase indeterminada, grau de incapacidade zero. Nenhum caso foi detectado nos dois contatos intradomiciliares e dois contatos

intradomiciliares com nenhum caso detectado entre eles. Prescrito esquema PQT-PB e o caso notificado (**Figura 2F**).

Figura 2- Registro fotográfico das lesões dermatológicas dos casos de hanseníase diagnosticados no período de setembro de 2020 a janeiro de 2021.



Legenda: Registro fotográfico do caso 2 corresponde ao quinto mês de tratamento, no qual apresentou reação reversa.

Discussão

O novo coronavírus tornou-se uma ameaça mundial e a principal preocupação sanitária do século XXI. Não se pode deixar de criar conexões com as perturbações sociais e econômicas geradas pela pandemia, além dos entraves gerados no âmbito do próprio SUS, que necessitou implementar uma série de adequações nos serviços para receber e gerir os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 e, ao mesmo tempo, manter a assistência aos problemas de saúde já existentes^{1,19,20}.

Entre os inúmeros ajustes realizados pelos gestores, na busca de reorganização dos serviços, deve-se destacar a necessidade de organizar os fluxos e protocolos da APS, que nesse cenário, ficou responsável pelo acolhimento e acompanhamento dos casos mais brandos da

COVID-19 ^{11,21,22,23}. Trata-se, nesse sentido, de mais uma atribuição para as equipes gerirem, além daquelas já existentes no território.

Vários setores necessitaram se adaptar e redescobrir meios que permitissem a continuidade dos serviços. Não foi diferente com a APS, que diante do isolamento social, das medidas para contenção da pandemia e da situação sanitária já previamente existente nos territórios de abrangência, foram substancialmente afetadas pela pandemia, com adequações que reduziam o risco de contaminação, mas gerava prejuízos para o acompanhamento de outras doenças ¹¹. A adoção de estratégias se fez necessária, tais como a utilização de ferramentas digitais (aplicativos de mensagens, telefone, teleconsulta, dentre outras), para garantir a oferta de serviços de saúde de forma segura e sem a descontinuidade do tratamento ^{6,24}.

As doenças negligenciadas apresentam estreita relação com o processo de trabalho da APS, que nesse momento de crise sanitária, encontra-se sobrecarregada com altas demandas e redução de profissionais e da jornada de trabalho, fatores que contribuem para redução do diagnóstico oportuno de diversas doenças, tanto não infecciosas (hipertensão, diabetes, dislipidemias) quanto às de etiologias infecciosas, como é o caso da hanseníase ^{13; 23}.

Estudo realizado no estado da Bahia demonstrou que a pandemia de COVID-19 impactou na detecção de casos novos de Hanseníase, quando se compararam os anos de 2019 e de 2020. Houve redução de 24,25% no número dos municípios com registro da doença, passando de 251 em 2019 para 202 em 2020, bem como diminuição de 44,40% na quantidade de casos novos diagnosticados, passando de 1.705 em 2019 para 948 em 2020. Nos citados anos, observou-se uma correlação inversa entre o número de novos casos de hanseníase registrados mensalmente e o número de novos casos de COVID-19 ²².

A COVID-19 agravou ainda mais a elevada prevalência oculta da hanseníase, caracterizada pela ausência de diagnósticos oportunos da doença, manutenção das formas multibacilares, presença de incapacidades e do acometimento em menores de 15 anos. ^{25,26}. Em estudo sobre a prevalência oculta da hanseníase, realizado comparando-se os municípios de Juazeiro-BA e Joinville-SC, mostrou que no período de 2007 a 2017, os municípios deixaram de notificar 405 (18,9%) 295 (42,0%) casos novos de hanseníase respectivamente ²⁷.

No Brasil, entre os casos notificados de hanseníase, há prevalência de formas multibacilares, indicando diagnóstico tardio da doença, endemia oculta, e casos com incapacidades físicas, já no momento do diagnóstico ^{28,29,30,31}. Nesse sentido, medidas que visem rastreamento precoce de casos em adultos e crianças são de fundamental importância para a redução da prevalência oculta da hanseníase uma vez que promovem a interrupção da cadeia de transmissão e subsequente carga da doença na comunidade³².

No Brasil, a *Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose* é uma importante ação estratégica de vigilância, iniciada no ano de 2013, por meio de abordagem integrada em escolares permitiu o diagnóstico de mais de mil casos de hanseníase no período 2013-2017, com impacto positivo na interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase ³³.

Ações de busca de ativa de casos como ocorreu em nosso estudo, são importantes, pois permitem a descoberta de casos em formas iniciais da doença, evitando a instalação de incapacidades, deformidades decorrentes da hanseníase e interrompendo o ciclo de transmissão da doença ³⁴⁻³⁶. Em uma ação realizada em Mantena, Minas Gerais, foram diagnosticados vinte e sete casos novos de hanseníase em aproximadamente seis meses de recrutamento nas visitas domiciliares e abordagens aos frequentadores do centro de saúde do distrito, consolidando a importância da APS no controle da doença ³⁴.

Como resultado da ação realizada em Estância, foram diagnosticados seis casos novos paucibacilares e sem incapacidades físicas, fato que demonstra a presença de prevalência oculta no bairro e destaca a importância da busca ativa e do diagnóstico precoce da Hanseníase, mesmo em tempos de pandemia. Resultados positivos de busca ativa foram observados em diferentes locais do país: Em Juazeiro/Bahia³⁵ e Ananindeua/Pará³⁷ e Buriticupu/Maranhão³⁸.

Em 2020, a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) lançou as “*Orientações para pessoas atingidas pela hanseníase durante a pandemia COVID-19*” ⁹. O documento aludido traz recomendações no intuito de melhorar o fluxo dos serviços e diminuir a exposição dos pacientes com hanseníase, dentre as quais se destaca a orientação de que a PQT, na medida do possível, fosse dispensada para até três meses durante o período pandêmico ⁹.

O Ministério da Saúde (MS)³⁹, por sua vez, orientou que os ambulatórios/unidade de saúde desenvolvessem estratégias para evitar que os grupos de risco para COVID-19 não se deslocassem para unidades de saúde. Para isso, a PQT poderia ser entregue a uma pessoa responsável pelo indivíduo ou ser feita pelo profissional de saúde por meio de visita domiciliar. Cabe ressaltar que o Ministério não orientou a liberação de PQT para três meses, dados os baixos estoques do país ³⁹.

Mesmo com todos os esforços empreendidos para controle da hanseníase, a doença ainda representa um importante desafio para o Brasil. As medidas adotadas no enfrentamento à doença devem envolver toda a rede de saúde, promovendo descentralização das ações e participação efetiva dos profissionais de saúde e da população, tanto na difusão de conhecimento na forma de educação em saúde, quanto na adoção de estratégias de busca ativa de casos na comunidade ^{18,40}.

O caminho mais importante nesse cenário é o fortalecimento da APS, a partir de investimento em infraestrutura e alocação de profissionais, apoio matricial e formação continuada das equipes, para uma efetiva realização de atividades relacionadas ao enfrentamento à hanseníase, a fim de que o Brasil possa de fato alcançar o objetivo de eliminação da doença como problema de saúde pública ^{24,41,42}.

Conclusão

A ação desenvolvida na unidade de saúde permitiu evidenciar a prevalência oculta de hanseníase no bairro Cidade Nova, Estância, Sergipe. Além disso, ações desta natureza permitem o diagnóstico precoce, evitando-se a ocorrência de incapacidades físicas. Agora, mais do que nunca, deve-se fortalecer a APS, dada a sua relevância para a sociedade brasileira tanto no enfrentamento da COVID-19 quando das doenças endêmicas no país.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 51. Geneva: World Health Organization; 2020. Acesso em: 18/03/2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>
2. Kraemer MU, Yang CH, Gutierrez B, Wu CH, Klein B, Pigott DM, et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. Science. 2020; 368(6490), 493-497. <https://doi.org/10.1126/science.abb4218>
3. Ministério da Saúde (BR). COVID NO BRASIL. [Internet] Acesso em: 18/04/2021. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
4. World Health Organization (WHO). Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19). [Internet] Acesso em: 18/04/2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
5. Ministério da Saúde (BR). Painel Coronavírus. Casos acumulados de COVID-19 por data de notificação. Atualizado em: 20/08/2020. Acesso em: 21/08/2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

6. Teixeira MG, Medina MG, Costa MDC, Barral-Netto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(4) 03.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. *Bol Epidemiol [Internet]*. 2020; número especial: 1-51. Acesso em: 21/08/2020. Disponível em:
<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/31/Boletim-hanseniase-2020-web.pdf>

8. Cruz RCDS, Bühner-Sékula S, Penna MLF, Penna GO, Talhari S. Leprosy: current situation, clinical and laboratory aspects, treatment history and perspective of the uniform multidrug therapy for all patients. *An. Bras. Dermatol*. 2017; 92(6), 761-773. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176724>

9. Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH). Orientações para pessoas atingidas pela hanseníase durante a pandemia COVID-19. [Internet] Acesso em: 13/08/2020. Disponível em: <http://www.sbhansenologia.org.br/release/orientacoes-para-pessoas-atingidas-pela-hanseniase-durante-a-pandemia-covid-19>

10. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020; 4(1): pii:bjgpopen20X101041. Available from:
https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=BJGP_Open_TrendMD_0 doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041

11. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2455. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)245](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)245)

12. Reigada CLL, Smiderle CASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2535. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2535](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2535)

13. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(2):e2020166, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades/ Estância/ Sergipe. [Internet]. Acesso em: 17/04/2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/estancia/panorama>

15. Brasil. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Casos Novos de Hanseníase em Sergipe. 2019. Acesso em: 14/04/2021. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswse.def>.

16. Brasil. Prefeitura Municipal de Estância. [INTERNET]. Acesso em 01/04/2021. Disponível em: <https://www.estancia.se.gov.br/site>

17. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF. Acesso em: 05/05/2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

18. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2016. 58 p. (Série C: projetos, programas e relatórios). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>

19. Parmet WE, Sinha MS. Covid-19 - the law and limits of quarantine. N Engl J Med. 2020; 382(15):e28. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211>

20. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad. Saúde Pública 2020; 36(5):e00068820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>

21. Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad. Saúde Pública. 2020; 36 (3), e00019620.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00019620>

22. Matos TM, Nascimento AV, Carmo RF, Fernandes TRMO, Souza CDF, Silva TFA. Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of new leprosy cases in Northeastern Brazil, 2020. "no prelo"

23. Rios AFM, Lira LSSP, Reis IM, Silva GA. Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. Enferm. Foco 2020; 11(1) Especial: 246-251. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/343480686_Atencao_primaria_a_saude_frente_a_COVID-19_em_um_Centro_de_Saude

24. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, Santos VS. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. Braz. Oral Res. 2020; 34:e047 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>.

25. Souza CDF, Leal TC, Paiva JP, Araújo EMCF, Santos FGB. Pseudo eliminação da hanseníase em estado no nordeste brasileiro: análise a partir de regressão por pontos de inflexão e modelo bayesiano empírico local. Rev. epidemiol. controle infecç., Santa Cruz do Sul. 2019; 9(1): 32-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i1.11649>

26. Souza CD, Santos FGB. Prevalence of leprosy, degree II of physical incapacity and proportion of multibacillary cases: a paradox that evidences late diagnosis and hidden prevalence?. Rev. Epidemiol. Controle Infecç. 2019; 9 (1): 96-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i1.11765>

27. Fernandes TRMO, Pereira ADA, Cardoso LS, Alves Filho VP, Rezende Junior LSND, Souza CDF. The hidden prevalence of leprosy: a comparative study between two Brazilian cities. Rev Assoc Med Bras. 2020; 66(10): 1338-1343. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1338>

28. Campiol NL, Cruz GUS, Chiacchio AD. Avaliação dos indicadores epidemiológicos da hanseníase na região norte do Brasil. *Revista Amazônia: Science & Health*. 2020; 8 (4): 57-69. DOI: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n4p57-69

29. Rocha MCN, Nobre ML, Garcia LP. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36 (9). <https://doi.org/10.1590/0102/311X00048019>

30. Lombardi C, Suárez REG. Epidemiologia da hanseníase. In: Talhari S, Neves RG. *Hanseníase*. 3ª ed. Manaus: Gráfica Tropical; 1997. p.127-36.

31. Francisco LL, Silva CFG, Paschoal VDA, Nardi SMT. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase em município do interior do Estado de São Paulo. *Arq. ciênc. saúde*. 2019; 26(2): 89-93. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.2.2019.1643>

32. Santos VS, Souza CDF, Martins-Filho PRS, Cuevas LE. Leprosy: why does it persist among us?. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2020; 18(7): 613-615.
<https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1752194>

33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático para operacionalização da campanha nacional de hanseníase, verminoses, tracoma e esquistossomose 2017[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2017[citado 2017 Jun 21]; 5 p. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>.

34. Lima RSK, Oliveira LBP, Gama RS, Ferreira JAG, Grossi MAF, Fairley JK, Silva FG, Fraga LAO. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. *Hansen Int*. 2016; 41 (1-2): p. 55-63. Acesso em: 05/05/2021. Disponível em: <http://hi.ilsil.br/imageBank/v41n1-2a07.pdf>

35. Souza CDF, Lima RS. Gestão de campanha em saúde pública: relato de Experiência da Campanha Nacional de Hanseníase em Juazeiro-Bahia, em 2014. *Boletim do Instituto de Saúde*. 16(2), Dez, 2015. ISSN 1518-1812. Acesso em:06/05/2021. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Dornels-Freire-Souza/publication/323152887_GESTAO_DE_CAMPANHA_EM_SAUDE_PUBLICA_Relato_de_Experiencia_da_Campanha_Nacional_de_Hanseníase_em_Juazeiro-Bahia_em_2014/links/5a83359445851504fb37e0d6/GESTAO-DE-CAMPANHA-EM-SAUDE-PUBLICA-Relato-de-Experiencia-da-Campanha-Nacional-de-Hanseníase-em-Juazeiro-Bahia-em-2014.pdf

36. Blank NPC, Freitas BIBM, Bortolini J. Busca ativa de hanseníase em escolas de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Adolesc Saude*. 2018; 15(3):15-26. Acesso e: 05/05/2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v15n3a03.pdf>

37. Sousa BRM, Moraes FHA, Andrade JS, Lobo ES, Macedo EA, Pires CAA, et al. Educação em saúde e busca ativa de casos de hanseníase em uma escola pública em Ananindeua, Pará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27):143-149. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)467](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)467)

38. Silva AR, Matos WB, Silva CCB, Gonçalves EGR. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43(6): 691-694. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000600018>.

39. Ministério da Saúde (BR). NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-CGDE/. DCCI/SVS/MS. Adequação do serviço de saúde para o cuidado às pessoas acometidas pela Hanseníase no contexto da pandemia do COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicado em: 19/04/2020. Acesso em: 08/05/2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200423_N_SEIMS-0014058003-NotaInformativa_5853634222484505678.pdf

40. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra. Índia: Organização Mundial da Saúde; 2016 [acesso em 2021 Abr 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>

41. Montenegro D, Sousa MNA. Prevalência de hanseníase no Brasil e os desafios da busca ativa na atenção primária à saúde. *Revista Científica Integr@ção*. 2021; 2(1): 1-11. ISSN:

2675-2638. Acesso em: 01/05/2021. Disponível em:

<https://integracao.unifip.edu.br/index.php/integracao/article/view/23/18>

42. Azevedo CC, Quirino TRL, Silva NRB, Machado MF, Souza CDF, Lima LFS. O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia da COVID-19. Rev. Port. Saúde e Sociedade. 2020; 5(1): 1299-1314. <https://doi.org/10.28998/rpss.v5i1.10406>

6. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, conclui-se que:

- 1- A pandemia de COVID-19 resultou em impacto negativo, agravando o enfrentamento à hanseníase no estado de Sergipe, impondo desafios ainda mais acentuados no processo de enfrentamento da doença;
- 2- A redução de 22,2% no número de casos registrados na população geral e de 50% em menores de 15 anos indica elevação da prevalência oculta da doença no estado e manutenção da cadeia de transmissão;
- 3- A elevação da proporção de campos ignorados e o exame de contato precário (<75%) sinalizam para fragilização da qualidade dos programas municipais de enfrentamento da hanseníase;
- 4- A oferta de exame dermatoneurológico durante consultas médicas de rotina em áreas vulneráveis, permitiu evidenciar a prevalência oculta de hanseníase no bairro Cidade Nova, Estância, Sergipe;
- 5- Ações desta natureza permitem mitigar os efeitos deletérios da Pandemia de COVID-19 no enfrentamento da hanseníase, além de possibilitar o diagnóstico precoce, evitando-se a evolução para incapacidades físicas.

Recomenda-se:

- 1- A urgente elaboração, pelo estado de Sergipe, de um plano de enfrentamento da Hanseníase que objetive mitigar os efeitos danosos da pandemia de COVID-19 no processo de enfrentamento da doença;
- 2- O plano de enfrentamento deve considerar o importante papel da Atenção Primária à Saúde no contexto da Hanseníase, bem como a qualificação dos indicadores epidemiológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHORSU, D.K. et al. The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. **International Journal of Mental Health and Addiction**, [S.L.], p. 327-350, 27 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

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, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000400025>

ANDRADE, V.; MOREIRA, T.; SOARES, R.C.F.R. Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil. **DESCENTRALIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN AMÉRICA LATINA DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTROLE**, p. 165, 2006.

ANTUNES, J.L.F; CARDOSO, M.R.A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 565-576, 2015. doi: 10.5123/S1679-49742015000300024

ARANTES, C.K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000200008>

AZEVEDO, C.C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia da COVID-19. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 1, p. 1299-1314, 2020. <https://doi.org/10.28998/rpss.v5i1.10406>

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. e0005059, 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005059>

BASEL, P..et al. Leprosy incidence: six years follow-up of a population cohort in Bangladesh. **Lepr Rev**, v. 85, n. 3, p. 158-69, 2014.

BERNARDES FILHO, F. et al. Evidence of hidden leprosy in a supposedly low endemic area of Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 112, n. 12, p. 822-828, 2017.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0074-02760170173>

BÍBLIA, A.T. Êxodo/Levítico/Lucas. In BÍBLIA. Português. **A Bíblia Sagrada**: Velho e Novo Testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica Trinitariana do Brasil, 2007. 1373 p.

BLANK, N.P.C.; FREITAS, B.H.B.M.; BORTOLINI, J. Busca ativa de hanseníase em escolas de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Adolescência e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 15-26, 2018.

BRASIL. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). **Casos Novos de Hanseníase em Sergipe**. 2019a. Acesso em: 14/04/2021. Disponível:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswse.def>.

BRASIL. Governo do Estado de Sergipe. **Decreto nº 40.560 de 16 de março de 2020f. Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Estado de Sergipe**. Acesso em 06/06/2021. Disponível em: https://www.inclusao.se.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Decreto-40560_2020.pdf.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades/ Estância/ Sergipe**. [Internet]. Acesso em: 17/04/2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/estancia/panorama>

BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013 (a).

BRASIL. **Lei Nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União, Brasília,

DF, 19 de dezembro de 2019 (b). Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.h](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm)

BRASIL. Ministério da Economia. **Brazil's Policy Responses to COVID-19**. 2020 (a). Acesso em: 01/02/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-em-outros-idiommas/covid-19/brazil2019s-policy-responses-to-covid-19>.

BRASIL. **Ministério da Saúde orienta a continuidade do tratamento para hanseníase**. Publicado em: 23/04/2020 (i). Acesso em: 14/08/2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8156>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Hanseníase sem estigma**. Brasília/BF. Publicado em 30/01/2019 c. Acesso em 01/06/2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5154>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ampliação de uso da claritromicina para o tratamento de pacientes com hanseníase resistente a medicamentos**. Relatório de Recomendação de Medicamento nº 583. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Brasília – DF. Dezembro de 2020g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. COVID NO BRASIL. [Internet] Acesso em: 18/04/2021. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2016. 58 p. (Série C: projetos, programas e relatórios). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-CGDE/. DCCI/SVS/MS. Adequação do serviço de saúde para o cuidado às pessoas acometidas pela Hanseníase no contexto da pandemia do COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicado em: 19/04/2020 f. Acesso em: 08/05/2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200423_N_SEIMS-0014058003-NotaInformativa_5853634222484505678.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. **Casos acumulados de COVID-19 por data de notificação**. Atualizado em: 06/06/2021. Acesso em: 06/06/2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: Plano de ação 2011-2015**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília-DF. Acesso em: 05/05/2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA SCTIE/MS Nº 65, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2020. **Torna pública a decisão de ampliar o uso da claritromicina para o tratamento de pacientes com hanseníase resistente a medicamentos, no âmbito do SUS, condicionada a apresentação de dados de vida real em três anos e conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde**. Brasília. 28 de dezembro de 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro ativo: número e percentual, casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estado e regiões, Brasil, 2016b**.

Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseníase/situacao-epidemiologica>>. Acesso em 25 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p.: il. Acesso em: 04/06/2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Informe da atenção básica nº 42**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_1120_P.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 (c). Acesso em: 15/03/2021. Disponível em: <https://docs.bvshalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 11 de abril de 2020 (b). **Boletim Epidemiológico do Centro Operações de Emergência em Saúde Pública – Doença pelo Coronavírus 2019**. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/12/2020-04-11-BE9-Boletim-do-COE.pdf>. Accessed 11 May 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Especial Hanseníase 2020h**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase: caderno do monitor** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 192 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático para operacionalização da campanha nacional de hanseníase, verminoses, tracoma e esquistossomose 2017** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2017 [citado 2017 Jun 21]; 5 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES; FIOCRUZ; 1989. 124 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília,

DF, 2013 (b). Acesso em: 28/04/2021. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html

BRASIL. **Prefeitura Municipal de Estância**. [INTERNET]. Acesso em 01/04/2021.

Disponível em: <https://www.estancia.se.gov.br/site>

CABELLO, K.S.A.; DE LA ROCQUE, L; SOUSA, IC. F. Uma história em quadrinhos para o ensino e divulgação da hanseníase. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, Espanha, v. 9, n. 1, p 225-241, 2010.

CAMPIOL, N.L.; CRUZ, G.U.S.; CHIACCHIO, A.D. Avaliação dos indicadores epidemiológicos da hanseníase na região norte do Brasil. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, v. 8, n. 4, p. 57-69, 2020. DOI: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n4p57-69

CANDIDO, D.S. et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science**, v. 369, n. 6508, p. 1255-1260, 2020. Acesso em: 04/02/2021. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/369/6508/1255.abstract> DOI: 10.1126/science.abd2161

CARMO, R.F. et al. Expansion of COVID-19 within Brazil: the importance of highways. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 5, p. taaa106, 2020. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa106>

CAVALCANTE, D.F.B. et al. Financial impact of the change in the vulnerability profile of More Doctors Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 148, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002156>

CAVALCANTE, J.R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 15-19, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000400010>

CONTI, J.O.; ALMEIDA, S.N.D.; ALMEIDA, J.A. Prevenção de incapacidades em hanseníase: relato de caso. **Salusvita**, Bauru, v. 32, n. 2, p. 163-174, 2013.

CONTIN, L.A. et al. Use of the ML-Flow test as a tool in classifying and treating leprosy. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 86, n. 1, p. 91-95, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000100012>

CRUZ, R.C.S. et al. Leprosy: current situation, clinical and laboratory aspects, treatment history and perspective of the uniform multidrug therapy for all patients. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 92, n. 6, p. 761-773, 2017. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176724>

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Nova York, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

DUNLOP, C. et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP open**, v. 4, n. 1, 2020.

<https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>

EICHELMANN, K. et al. Leprosy. An update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. **Actas dermo-sifiliograficas** v. 104, n.7, p. 554-63, 2013.

<https://doi.org/10.1016/j.adengl.2012.03.028>

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

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFGM/COOPEMED, 2010. Disponível em:

<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/92>

FARIA, L; SANTOS, L.A.C. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 4, p. 1491-1495, 2015.

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400016>

FARIAS, L.A.B.G. et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasilia de Medicina Família e Comunidade**.

v.15, n 42, p.2455, 2020. Acesso em: 10/04/2021. Disponível em:
<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/54679> DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2455

FERNANDES, T.R.M.O. et al. The hidden prevalence of leprosy: a comparative study between two Brazilian cities. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 10, p. 1338-1343, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1338>

FERREIRA, L.L.G.; ANDRICOPULO, A.D. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 100, p. 7-27, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.002>

FRANCISCO LL, et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase em município do interior do Estado de São Paulo. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 89-93, nov. 2019. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.2.2019.1643>.

GARCIA, L.P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2, 2020, e2020222. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 3, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

GOIS-SANTOS, V.T. et al. Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 7, p. 876-879, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.876>

GREEN, P. Risks to children and young people during COVID-19 pandemic. **BMJ**, [S.L.], p. 1669-1672, 28 abr. 2020. **BMJ**. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1669>.

GREENHALGH, T.; KOH, G.C.H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>

HENRY, M. et al. Factors contributing to the delay in diagnosis and continued transmission of leprosy in Brazil – An explorative, quantitative, questionnaire based study. **PLoS Neglected Tropical Disease**, San Francisco, v. 10, n. 3, p. 1-12, 2016.

<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004542>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades/Sergipe**, 2020. Acesso em: 26/04/2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Índice de Vulnerabilidade Social**, 2017. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>

JONH HOPKINS UNIVERSITY. Dashboard by the center for systems science and engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020. 19. Acesso em: 12/02/2021. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

KRAEMER, M.U. et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science**, v. 368, n. 6490, p. 493-497, 2020. DOI:10.1126/science.abb4218

LANA, R.M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00019620, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019620>

LANZA, F M. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais. 2014. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LANZA, F.M. et al. Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. V.1, n. 2, p.164-75, 2011. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.82>

LASTÓRIA, J.C.; ABREU, M.A.M.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173-9, 2012.

LEAL, D.R. et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Rev. Saúde Debate**. v. 41, N. ESPECIAL, p. 209-228, 2017.

<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S16>

LIMA, R.S.K. et al. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. **Hansen Int**. v. 41, n. 1-2, p. 55-63, 2016. Acesso em: 05/05/2021. Disponível em: <http://hi.ils.br/imageBank/v41n1-2a07.pdf>

LIMA, L.D. et al. Hanseníase virchowiana e múltiplas reações em paciente atendido pela primeira vez na dermatologia. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 3, n. 4, p. 122-129, 2016. DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2017v4n4p13

LOCKWOOD, D..NJ. Leprosy elimination: a virtual phenomenon or a reality? **BMJ** v. 324, n. 7352, p. 1516-1518, 2002. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1516>

LOMBARDI, C.; SUÁREZ, R.E.G. **Epidemiologia da hanseníase**. In: Talhari S, Neves RG. Hanseníase. 3ª ed. Manaus: Gráfica Tropical; 1997. p.127-36.

LYON, S.; GROSSI, M.A.F. **Hanseníase**. 1ª ed. Rio de janeiro, Editora Medbook, 2013.

MACÊDO, M.E.B.; SILVA, R.L.F.A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 1, p. 27-32, 2017. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/247>

MACHADO, M.F.; QUIRINO, T.R.L.; SOUZA, C.D.F. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)–Visa em Debate**, v. 8, n. 3, p. 70-77, 2020. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01626>

MACIEL, L.R. A solução de um mal que é um flagelo: notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX. **Uma história brasileira das doenças. Brasília: Editora Paralelo**, v. 15, p. 109-125, 2004.

MACIEL, L.R. et al. Memories and history of Hansen's disease in Brazil told by witnesses (1960-2000). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 308-336, 2003.

MACIEL, L.R.; Em proveito dos sãos, perde o Lázaro a liberdade – uma história das políticas públicas de contraste à lepra no Brasil (1941-1962), 2007, 380p. Tese (Doutorado em História) – UFF, Niterói.

MAGALHÃES, M.C.C.; ROJAS, L.I. Evolución de la endemia de la lepra en Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n4, p. 342-355, 2005.

MARQUES, C.F. et al. O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. SPE2, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225552>

MARTINS, P.V.; IRIART, J.A.B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 273-289, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100015>

MATOS, T.S. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of new leprosy cases in Northeastern Brazil, 2020. "no prelo"

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no extremo sul de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 79-84, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100015>

MONTEIRO, L.D. et al. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 91-104, 2014. <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010008ENG>

MONTEIRO, M.J.D.S.D. et al. Perfil epidemiológico de casos de hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 54, p. 21-28, 2017.

<https://doi.org/10.13037/ras.vol15n54.4766>

MONTENEGRO, D.; SOUSA, M.N.A. Prevalência de hanseníase no Brasil e os desafios da busca ativa na atenção primária à saúde. **Revista Científica Integr@ção**. v. 2, n. 1, p. 1-11, 2021 ISSN: 2675-2638. Acesso em: 01/05/2021. Disponível em:

<https://integracao.unifip.edu.br/index.php/integracao/article/view/23/18>

OLIVEIRA, F.P. et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 623-634, 2015.

<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>

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, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100022>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 – “Rumo à zero hanseníase”**. Organização Mundial da Saúde 2021a; p. 30, 15 de abr. de 2021a. Acesso em 01/06/2021. Disponível em:

<https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789290228509>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016- 2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra**. Índia: Organização Mundial da Saúde; 2016 [acesso em 2021 Abr 15]. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy free world. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, n. 94, p. 389-412, 30 ago. 2019. Disponível em: [Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world \(who.int\)](#). Acesso em: 26 março. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global leprosy update, 2019: time to step-up prevention initiatives**. Weekly Epidemiological Record, Genebra, n. 95, p. 417-440,

4 set. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-wer9536>. Acesso em: 4 de junho de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19). 2021b, [Internet]. Acesso em: 18/04/2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase**. Plano 2006-2010. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global para hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**. Geneva: WHO; 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. 21 Jul. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=A%20COVID%2D19%20%C3%A9%20uma,febre%2C%20cansa%C3%A7%C3%A3o%20e%20tosse%20seca>.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista debates in psychiatry**, p. 2-7, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/63220777/PandemiademedoeCOVID-19impactona20200506-102677-146aa84.pdf>

PARMET, W.E.; SINHA, M.S. Covid-19—the law and limits of quarantine. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 15, p. e28, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211>

PEREIRA, D. L. et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 1, 2012. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2012v16n1p%25p>

PINTO, H.A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulg. saúde debate**, p. 105-120, 2014. Acesso em: 25/04/2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771502>

REIGADA, C.L.L.; SMIDERLE, C.A.S.L. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2535-2535, 2021. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2535](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2535)

RIBEIRO G.C. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina-Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 728-35, 2014. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22371>

RIOS, A.F.M. et al. Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. **Enferm. foco (Brasília)**. [Internet], v. 11, n. 1, p. 246-51, 2020. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/343480686_Atencao_primaria_a_saude_frente_a_COVID-19_em_um_Centro_de_Saude

ROCHA MCN, NOBRE ML, GARCIA LP. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 9, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102/311X00048019>

RODINI, F. et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 157-166, 2010.

<https://doi.org/10.1590/S1809-29502010000200012>

RODRIGUES, N.H.; SILVA, L.G.A. Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional/Management of the coronavirus pandemic in a hospital: professional experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020. e20104004. [HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V10I4.18530](https://doi.org/10.15210/JONAH.V10I4.18530)

SALGADO, C.G. et al. What do we actually know about leprosy worldwide? **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 7, p. 778, 2016. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30090-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30090-1)

SANTANA, R et al. A procura de serviços de urgência/emergência hospitalar: tendências durante o primeiro mês de resposta à COVID-19. **Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa**, 2020. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/tendencia-de-resposta-dos-servicos-de-urg-emerg-covid-19.pdf>

SANTOS, M.B. et al. Clinical and epidemiological indicators and spatial analysis of leprosy cases in patients under 15 years old in an endemic area of Northeast Brazil: an ecological and time series study. **BMJ open**, v. 9, n. 7, p. e023420, 2019. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023420>

SANTOS, V.S. et al. Leprosy: Why does it persist among us? **Expert review of anti-infective therapy**, v. 18, n. 7, p. 613-615, 2020. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1752194>

SARTI, T.D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

SAVASSI, L.C.M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Belo Horizonte, 2010.

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

SAVASSI, L.C.M. Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais. 2013. 114 f. Tese (Doutorado em Ciências) -Centro de Pesquisas René Rachou. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte. 2013.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Sergipe contra o coronavírus. Acesso em: 06/06/2021. Disponível em: <https://todoscontraocorona.net.br/>

SESPA. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária. **Ações de Controle da Hanseníase na Atenção Básica à Saúde, Manual de Treinamento**. Belém, 2010.

SES-SE. Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe. **Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV. 2020**. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-SERGIPE-EM-REVIS--O.pdf>

SILVA, A.R. et al. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p. 691-694, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000600018>.

SILVA, P.M.F. et al. Evaluation of the physical limitations, psychosocial aspects and quality of life of people affected by leprosy. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 11, n. 1, 2019a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA (SBH). **Orientações para pessoas atingidas pela hanseníase durante a pandemia COVID-19**. 2020.[Internet]. Acesso em: 16/02/2021. Disponível em: <http://www.sbhansenologia.org.br/release/orientacoes-para-pessoas-atingidas-pela-hanseniasedurante-a-pandemia-covid-19>.

SOUSA, B.R.M. et al. Educação em saúde e busca ativa de casos de hanseníase em uma escola pública em Ananindeua, Pará, Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 8, n. 27, p. 143-149, 2013. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)467](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)467)

SOUZA, C.D.; SANTOS, F.G.B. Prevalence of leprosy, degree II of physical incapacity and proportion of multibacillary cases: a paradox that evidences late diagnosis and hidden prevalence?. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 9, n. 1, 2019. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i1.11765>

SOUZA, C.D.F. et al. Pseudo eliminação da hanseníase em estado no nordeste brasileiro: análise a partir de regressão por pontos de inflexão e modelo bayesiano empírico local. **Rev. epidemiol. controle infecç.**, Santa Cruz do Sul. v.9, n.1, p.32-39, 2019.
<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i1.11649>

SOUZA, C.D.F.; LIMA, R.S. Gestão de campanha em saúde pública: relato de Experiência da Campanha Nacional de Hanseníase em Juazeiro-Bahia, em 2014. **Boletim do Instituto de Saúde**. v.16, n. 2, Dez, 2015. ISSN 1518-1812. Acesso em:06/05/2021. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Dornels-Freire-Souza/publication/323152887_GESTAO_DE_CAMPANHA_EM_SAUDE_PUBLICA_Relato_de_Experiencia_da_Campanha_Nacional_de_Hanseniose_em_Juazeiro-Bahia_em_2014/links/5a83359445851504fb37e0d6/GESTAO-DE-CAMPANHA-EM-SAUDE-PUBLICA-Relato-de-Experiencia-da-Campanha-Nacional-de-Hanseniose-em-Juazeiro-Bahia-em-2014.pdf

SOUZA, C.D.F. **Hanseníase e determinantes sociais da saúde uma abordagem a partir de métodos quantitativos - Bahia, 2001-2015**. Tese (doutorado em saúde pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

SOUZA, C.D.F. Aspectos históricos das políticas públicas de enfrentamento à hanseníase: do mundo ao novo mundo. **Revista Expansão Acadêmica**, Juazeiro, v. 2, n.2, p. 180-194, 2016.

SOUZA, C.D.F. et al. Grau de incapacidade física na população idosa afetada pela hanseníase no estado da Bahia, Brasil. **Revista Acta fisiátrica**, v. 24, n. 1, p. 27-32, 2017.

SOUZA, C.D.F. et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. **Brazilian oral research**, v. 34, 2020: e047, 2020b.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>.

SOUZA, C.D.F. et al. Impact of COVID-19 on TB diagnosis in Northeastern Brazil. **The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease**, v. 24, n. 11, p. 1220-1222, 2020a. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.20.0661>.

SOUZA, C.D.F.; LUNA, C.F.; MAGALHÃES, M.A.M. Transmissão da hanseníase na Bahia, 2001-2015: modelagem a partir de regressão por pontos de inflexão e estatística de varredura espacial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018065, 2019b.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100015>

SOUZA, C.D.F. et al. Airports, highways and COVID-19: An analysis of spatial dynamics in Brazil. **Journal of Transport & Health**, v. 21, p. 101067, 2021 d.

<https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101067>

SOUZA, C.D.F. et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. **Brazilian oral research**, v. 34, 2020 f.

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>.

SOUZA, C.D.F.; CARMO, R.F.; MACHADO, M.F. The burden of COVID-19 in Brazil is greater in areas with high social deprivation. **Journal of travel medicine**, 2020 b.

<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa145>

SOUZA, C.D.F.; MACHADO, M.F.; CARMO, R.F. Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. **Infectious diseases of poverty**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2020 e. Acesso em: 12/03/2021. Disponível em:

<https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00743-x>

SOUZA, C.D.F.; MAGALHÃES, M.A.F.M.; LUNA, C.F. Hanseníase e carência social: definição de áreas prioritárias em estado endêmico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200007, 2020 c. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007>

TEIXEIRA, M.G. et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020494, 2020.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>

TEIXEIRA, C.P. et al. COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: **ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE**, 2020. 142 p. ISBN: 978-65-88869-02-4. Acesso em: 27/04/2021. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45540>

VELÔSO, D.S. et al. Perfil Clínico Epidemiológico da Hanseníase: Uma Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, v. 10, p. 1429-1437, 2018.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 5, p. 1-6, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068820>.

WHITE, C.; FRANCO-PAREDES, C. Leprosy in the 21st century. **Clinical Microbiology Review**, Washington, v. 28, n. 1, p. 80–94, 2015. <https://doi.org/10.1128/CMR.00079-13>

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Weekly epidemiological record, **Global Leprosy Situation, 2012**. N. 34. 2012, 87, 317–328. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf>>. Acesso em: 20/maio/2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Weekly epidemiological Record. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy**. 2018; 35:445-456 [Citado em 10 de jan de 2019]. Disponível em: https://zeroleprosy.org/who_wer/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic**. Interim guidance. May 2020. Geneva & New York: World Health Organization, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the United Nations Children's Fund; 2020a. <https://www.who.int/publications-detail/community-based-health-care-including-outreach-and-campaigns-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 51**. Geneva: World Health Organization; 2020 (b). Acesso em: 18/03/2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19: WHO issues interim guidance for implementation of NTD programmes**. Geneva: World Health Organization; 2020b

https://www.who.int/neglected_diseases/news/COVID19-WHO-interim-guidance-implementation-NTD-programmes/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, URSS, 6–12 de setembro de 1978. Acesso em: 03/06/2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-2922>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **World Health Organ**, v. 95, p. 417-440, 2020 (b). Acesso em: 26/04/2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Leprosy Strategy 2016-2020: Accelerating towards a leprosy-free world. Geneva: WHO, 2016a.

YAMANOUCHI, A.A. et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. *Anais Brasileiro Dermatologia*. v. 68, n. 6, p. 396-404, 1993.

ZHU, N.A. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v 382, 727-33, 2020. Acesso em: 04/03/2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017> DOI: [10.1056/NEJMoa2001017](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017)

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1- Carta de anuência da secretaria de saúde de Estância, Sergipe.



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) pesquisador **Rômulo Rodrigues de Souza Silva**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Evidências de Transmissão Oculta da Hanseníase em Área de Alta Vulnerabilidade Social do Nordeste Brasileiro**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de Souza cujo objetivo geral é investigar a existência de transmissão oculta da hanseníase no bairro Cidade Nova, Estância, Sergipe, na UBS Leonor Barreto Franco.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consultivo devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Estância, em 01/10/2022.

Coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Estância

Anexo 2- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

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

Título da Pesquisa: EVIDÊNCIAS DE TRANSMISSÃO OCULTA DA HANSENÍASE EM ÁREA DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Carlos Dornels Freire de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38913920.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas (campus Arapiraca)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.600.110

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

APÊNDICE A- Formulário de coleta de dados- Protocolo de investigação diagnóstica.

PESQUISA EVIDÊNCIAS DE TRANSMISSÃO OCULTA DA HANSENÍASE EM ÁREA DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL DO NORDESTE BRASILEIRO Responsáveis: Prof Dr Carlos D F Souza e Rômulo R. S Silva Protocolo de investigação diagnóstica de Hanseníase Questionário nº _____ Tipo de avaliação: () Caso índice () Contato domiciliar Dados de Identificação Nº Prontuário: _____ Idade: _____ anos Endereço de residência (Nome da rua e nº) (PARA FINS DE GEOPROCESSAMENTO) Inquérito inicial Tem mancha na pele? _____ Se sim: Há quanto tempo apareceram os sinais e sintomas? () Menos de 6 meses () De 6 meses há 1 ano () Mais de 1 ano Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? () Sim () Não Qual o problema / doença havia sido identificado? _____ Existem outras pessoas com problemas de pele na família? () Sim () Não Quantas? _____ Existe ou existiu doente de hanseníase na família? () Sim () Não Quantas? _____ EXAME FÍSICO Nº de lesões de pele: _____ Tipos/características de lesões: Área (s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) () Sim () Não Manchas (s) com alteração da coloração da pele () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter.
--

Sensibilidade

Placas eritematomatosas com bordas elevadas () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter.

Sensibilidade Nódulos/pápulas () infiltração ()

outras (especificar): _____

Cicatriz de BCG: () Nenhuma () Uma () Duas ou mais

Existem áreas com rarefação de pelo? () Não () Sim, onde?

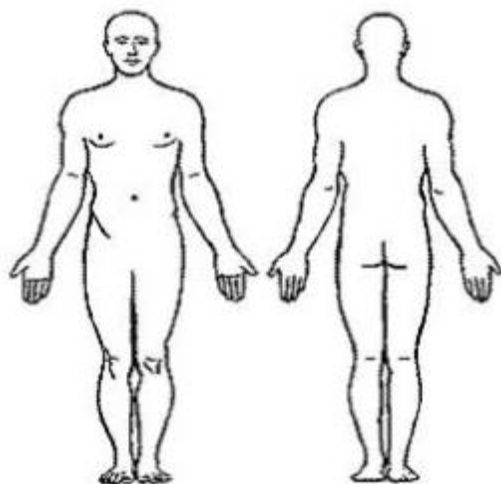
_____ Existem nervos acometidos? () Não ()

Sim, quantos? _____

Teste de Histamina: () Não realizado () Realizado Resultado: _____

Baciloscopia: () Não realizado () Realizado Resultado: _____

Localização das lesões:



Avaliação do Grau de Incapacidade Física

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquiase			Garas			Garas		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
							Contratura de tornozelo		

GIF atribuído: _____

Caso confirmado como caso de Hanseníase? () Sim () Não

Data do diagnóstico: _____ / _____ / _____

Classificação Operacional: () PB () MB 25

Nº de contatos domiciliares: _____

Nome do profissional: _____

CRM _____

Data do preenchimento do protocolo: _____ / _____ / _____

Nº da notificação: _____

Anexa cópia da ficha de notificação do paciente.