



O manejo da hanseníase na Atenção Básica: um relato de caso

Leprosy management in Primary Health Care: a case report



Bruna Parussolo Bordon¹, Luciana Soares de Souza¹, Lincoln Barbosa Guimarães², Maria Elizabeth Araújo Ajalla³, Cláudia Du Bocage Santos Pinto³

1. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS (FAMED/UFMS).
2. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, MS (SESAU/MS).
3. Instituto Integrado de Saúde. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS (INISA/UFMS).

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

Autor correspondente: Bruna Parussolo Bordon,
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS.
Cidade Universitária, s/n - Unidade 9 - Campo Grande, MS. 79070-900.
E-mail do autor: brupbordon@gmail.com

Resumo

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que acomete os nervos periféricos e a pele. A evolução clínica da doença pode resultar em sequelas incapacitantes aos pacientes, com prejuízos na qualidade de vida e convívio social. O controle da hanseníase é preconizado na Atenção Primária, em função da baixa densidade tecnológica demandada. Apesar da simplicidade em se realizar o diagnóstico e do potencial de cura da doença através da poliquimioterapia, sua prevalência ainda é alta no país. Este relato de caso evidenciou a trajetória de uma paciente com hanseníase, em um município com alta endemicidade da doença, e permitiu ilustrar tanto a potencialidade da Atenção Primária no manejo correto da doença, quanto a lacuna ainda existente em termos assistenciais e gestores, entre a realidade e o alcance dos resultados esperados para o cuidado e para o controle de sua situação epidemiológica no país.

Palavras-chave: Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Gestão em Saúde.

Abstract

Key-words: Leprosy. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Management.

Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae* bacillus, which affects peripheral nerves and skin. The clinical evolution of the disease can result in incapacitating sequels to patients, with impairments in quality of life and socializing. Leprosy control is recommended to be managed by the Primary Health Care level, due to the low technological density demanded. Despite the simplicity of diagnosis and cure potential through multidrug therapy, the disease is not yet controlled in Brazil. This case report evidenced the trajectory of a patient seeking for care in a municipality with leprosy high endemicity. This report allowed illustrating the potentiality of Primary Health Care for the correct management of the disease, but demonstrated too, the gap that still exists for the achievement of expected epidemiological results in the country

1. Introdução

A Hanseníase é uma doença de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Manifesta-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e em nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (Brasil, 2002). O acometimento dos nervos periféricos é uma característica primordial da doença, conferindo-lhe um grande potencial para causar incapacidades físicas.

O diagnóstico da hanseníase é realizado através da anamnese e do exame físico minucioso, no qual se buscam manchas ou placas hipo/hipercrômicas, com bordos bem delimitados ou não, que tenham alteração de sensibilidade (térmica, dolorosa ou tátil) e acometimento de nervos com espessamento neural. Podem também ser pesquisados outros sinais clínicos como madarose, infiltração epidérmica facial, pele xerótica e com alterações locais de sudorese, mãos e pés com deformidades não explicadas por outras patologias ou com queixas de parestesias, entre outros (Araújo, 2003). A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico (Brasil, 2016). Realizado o diagnóstico, os casos são classificados, de acordo com a OMS, em paucibacilares (até 5 lesões de pele com baciloscopia negativa) ou multibacilares (presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia positiva) para fins de tratamento, e notificados pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (Gonçalves, 2013).

As sequelas provocadas pela doença são determinantes na queda da qualidade de vida dos pacientes, podendo levar a diminuição ou afastamento das atividades laborais, limitação da vida social e problemas psicológicos, devido ao estigma e preconceito que envolve esses pacientes (Claro, 1995). A doença atinge principalmente as camadas mais pobres da população. Fatores como deficiência no saneamento básico, baixa renda, alta densidade de moradores por domicílio e baixa alfabetização estão intrinsecamente envolvidos com a maior prevalência de casos de hanseníase (Brasil, 2008).

As estratégias de controle da doença historicamente priorizaram os aspectos biomédicos, entretanto há muito já se sabe que o impacto da doença vai muito além do acometimento fisiológico. Medidas que visam a redução do estigma e promovam a reintegração social e a qualidade de vida dos indivíduos, se tomaram tão importantes quanto as medidas tradicionais, e, portanto, precisam ser levados em consideração no manejo da doença (Lustosa et al., 2011).

Segundo dados da OMS, no ano de 2016 a taxa de detecção mundial foi de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, a taxa de detecção foi de 12,2/100 mil habitantes, caracterizando situação de alta endemicidade. A análise de indicadores para as macrorregiões brasileiras demonstrou que as regiões Centro-Oeste (37,27/100 mil habitantes) e Norte (34,26/100 mil habitantes) exibiram as maiores taxas médias de detecção geral no período compreendido entre 2012 e 2016, em contraste com as taxas registradas nas regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes). Nesse mesmo período, o estado de Mato Grosso do Sul, apresentou taxa de detecção de 28,8/100.000 habitantes (Brasil, 2016b).

A hanseníase integra o rol de prioridades do

Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), que estabelece diretrizes para a execução de ações vinculadas à vigilância em saúde; gestão; atenção integral; comunicação/educação e pesquisa, representando uma estratégia voltada à integralidade do cuidado (Brasil, 2009b).

Nos últimos anos o princípio norteador para o manejo da hanseníase deixou de ser a eliminação da doença, sendo priorizado seu controle, o que se dá através de diagnóstico precoce, tratamento e limitação de incapacidades (Brasil, 2009b). A principal estratégia no Brasil para se alcançar a redução dos níveis endêmicos foi a integração das ações de controle da doença à Estratégia Saúde da Família.

Segundo o Ministério da Saúde, o manejo da Hanseníase deve ser realizado no âmbito da Atenção Primária, sempre que possível. Esse nível de Atenção é lócus privilegiado para realização de diagnósticos precoces pela equipe de saúde. O padrão ouro para diagnóstico se baseia no exame clínico minucioso, que é capaz de detectar lesões, perda de sensibilidade neural e outros sintomas ligados a doença, de maneira simples e eficiente. Ademais, a atenção primária conta com os recursos da busca ativa de casos e contactantes, por meio de visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e realização de tratamento, com acesso gratuito à poliquimioterapia (PQT-OMS), disponível em qualquer unidade de saúde. O tratamento adequado, que pressupõe boa adesão, interrompe a transmissão em poucos dias e cura a doença (Brasil, 2017). Já o diagnóstico tardio e tratamentos malconduzidos, comumente resultam na perpetuação do ciclo da doença, e em quadros graves, com desenvolvimento de deformidades incapacitantes e repercussões sociais.

O objetivo deste trabalho foi discutir o papel da Atenção Primária no manejo da hanseníase, a partir de um relato de caso ocorrido em uma cidade brasileira, com alta prevalência da doença.

2. Material e Métodos

2.1. Tipo de estudo

Foi realizado estudo do tipo relato de caso com paciente atendida em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

2.2. Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido a partir do encontro com a paciente. Esta buscou assistência na UBSF, durante o ano de 2017, onde passou a ser acompanhada pela equipe da qual os pesquisadores faziam parte.

2.3. Procedimentos para realização do estudo

O manejo do caso não sofreu qualquer tipo de alteração em função da realização da pesquisa, e todos os cuidados demandados para assistência a paciente foram prestados normalmente, tais como exames, visitas domiciliares e busca por familiares e demais contactantes em visitas domiciliares. Após a condução do caso a paciente foi abordada e verificada sua anuência para realização do relato científico. Foram coletados dados do seu prontuário e registrados seus relatos ocorridos durante as consultas.

2.4. Aspectos éticos

Após prestados todos os esclarecimentos, a paciente consentiu com a realização do estudo, o que se deu através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS).

3. Resultados

Paciente F.B., 30 anos, sexo feminino, natural e procedente de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, zona urbana, casada, ensino médio completo, cuidadora de animais, foi atendida em uma Unidade Básica de Saúde da Família, no dia 01 de junho de 2017, com queixas relacionadas a lesões de pele.

Durante o atendimento, a paciente relatou o surgimento das primeiras lesões há mais de um ano (janeiro de 2016), ocasião em que buscou auxílio médico pela primeira vez na Unidade Básica adstrita ao território onde residia. Nesta primeira consulta a paciente relata que, após rápido exame clínico, recebeu diagnóstico de "micose", sendo indicado tratamento com antifúngico oral por um mês. O tratamento foi realizado, porém a paciente relatou não ter observado qualquer melhora no quadro.

Observando a persistência e a piora das lesões cutâneas, mesmo após o final do tratamento instituído, a paciente buscou novamente atendimento médico, no segundo semestre de 2016, desta vez em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município. Nesta ocasião, após rápido exame clínico, refere ter sido diagnosticada com "alergia" pelo profissional que a atendeu, recebendo a indicação de tratamento com antialérgico por aproximadamente três semanas.

Mais uma vez, o tratamento proposto foi seguido, mas sua condição de saúde não evoluiu para melhora. Segundo relato da paciente, a ausência de um diagnóstico adequado e, conseqüentemente, de um tratamento efetivo, levou a piora do quadro cutâneo, e repercutiu negativamente em seu cotidiano. Segundo a mesma, passou a se sentir ansiosa e apreensiva em função da não resolução de seu problema. O aumento do número das lesões de pele e o início da rarefação da sobrancelha culminaram em prejuízo à sua autoestima, e referiu sentir-se cada vez mais incomodada com a mudança de sua aparência.

Ao final do primeiro semestre de 2017, a paciente decidiu procurar atendimento no centro de especialidades médicas. Durante consulta com dermatologista, foi cogitada hipótese de leishmaniose tegumentar, e pela primeira vez, de hanseníase. Entretanto sem confirmação de diagnóstico ou conduta terapêutica indicada. A paciente foi então encaminhada novamente para a Atenção Primária, e em junho de 2017 chegou a Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Tarumã, referência local de diagnóstico, manejo e acompanhamento de hanseníase no município. A cronologia da busca de cuidado pela paciente pode ser observada na Figura 1.

Figura 1 - Cronologia da busca de cuidado na Rede de Saúde. Campo Grande, 2017.



Durante o atendimento, o exame físico revelou múltiplas manchas hipocrômicas com bordos eritematosos e bem delimitados, não pruriginosas, com alteração de sensibilidade térmica e tátil, em face, abdome, dorso, coxas, pés, braços e mãos; além de infiltração em orelhas e face, madarose, espessamento neural dos nervos ulnar, mediano e tibial posterior bilateralmente. Conseqüentemente, o diagnóstico clínico estabelecido foi de hanseníase virchowiana, uma forma multibacilar da doença.

Já na primeira consulta foi realizado o acolhimento à paciente com medidas explicativas em relação à doença e sua evolução, ao tratamento, ao autocuidado e à necessidade de prevenção de sequelas. A abordagem envolveu escuta ativa acerca das repercussões da doença sobre os demais aspectos de sua vida. Instituiu-se, de imediato, tratamento conforme diretrizes para hanseníase multibacilar, com recomendação de medicamentos para, no mínimo, 12 meses.

Ainda, como desdobramento da assistência ao caso, a equipe procedeu a investigação de contatos com a visita de ACS ao local de domicílio. Foram encontrados três comunicantes que residiram com a paciente nos últimos cinco anos. O exame clínico desses indivíduos evidenciou sinais de doença em um deles, esposa da paciente, diagnosticada com hanseníase dimorfa (multibacilar). Foram instituídos os mesmos cuidados e tratamento da paciente do estudo, além de notificação do novo caso. Os demais contatos não demonstraram indícios de doença, porém, da mesma forma, foi orientado aos mesmos o autoexame periódico e o seguimento na Unidade.

Em nova consulta, realizada em julho de 2017, um mês após o início do tratamento, a paciente mostrava-se assintomática e evidenciava diminuição da infiltração epidérmica em face e pavilhões auriculares, além de recuperação quase completa da sensibilidade nos locais das lesões e melhora do aspecto das mesmas.

A paciente foi então reencaminhada para sua UBSF de origem para que seguisse recebendo seus cuidados na área de seu domicílio.

4. Discussão

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o diagnóstico da hanseníase é predominantemente clínico e, portanto, de fácil realização e baixo custo, características que fazem da Atenção Primária o nível de atenção mais indicado para que ocorra⁹.

A expectativa para o presente caso, dentro dos parâmetros indicados, seria o diagnóstico já no primeiro encontro com a unidade básica de seu território, sendo o tratamento instituído e o curso da doença interrompido. Entretanto, a situação ilustrada por este e diversos outros estudos (Feliciano et al., 1998; Alencar et al., 2008; Lima et al. 2010; Martins e Bernstein, 2014), evidencia que a falta de diagnóstico correto e precoce ocasiona o início de longo percurso pelo sistema de saúde, com agravamento do quadro e contaminação de contactantes.

Entretanto, um apontamento realizado em 2010 pelo próprio Ministério da Saúde elencou uma série de dificuldades relacionadas à eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública no país, tais como: insuficiente comprometimento político de gestores em algumas áreas de importância epidemiológica; reduzido número de profissionais da rede básica, especialmente médicos, assumindo o diagnóstico e tratamento; e sistema de referência e contra-referência ainda pouco estruturado em algumas regiões do país (ainda que formalmente normatizado) (Brasil, 2013).

A situação ilustrada no presente relato corrobora o apontamento do Ministério da Saúde ao evidenciar o caso de uma paciente em busca de cuidado há mais de um ano, com sinais evidentes da doença, mas, no entanto, com diagnósticos e tratamentos equivocados, e peregrinando entre serviços de saúde em busca de resolutividade.

É importante destacar ainda que a situação relatada ocorreu mesmo 7 anos após o apontamento de 2010 do Ministério da Saúde sobre a situação da hanseníase no país (Brasil, 2013). Ademais, se dá em um grande centro, com alta prevalência da doença, e, portanto, com maior expectativa relacionada a qualificação profissional e rede de serviços voltados a seu manejo. Na trajetória da paciente foram identificadas passagens por 4 unidades de saúde, uma delas inclusive de especialidades e, apesar disso, seu diagnóstico e tratamento se deram apenas na última unidade de sua trajetória, mais de um ano após o início da busca por cuidado.

Estudo realizado entre 2009 e 2011 em uma capital brasileira investigou os itinerários terapêuticos de pacientes com hanseníase. Seus resultados são compatíveis com o caso aqui ilustrado, demonstrando pacientes que percorreram longa trajetória até a realização do diagnóstico, sendo também o diagnóstico tardio evidenciado em função da falta de capacitação dos profissionais de saúde nos serviços¹⁴. Outro estudo realizado sobre o diagnóstico precoce da hanseníase em serviços de saúde em uma capital brasileira evidenciou que apenas 40% do total dos médicos em todas as especialidades (incluindo dermatologistas) foram capazes de informar corretamente sobre o diagnóstico diferencial da hanseníase (Lima, 2010).

A Atenção Básica, que abrange a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde,

deve estar totalmente capacitada e funcional para manejar casos como o relatado neste estudo, principalmente em se tratando de localidade com incidência elevada de hanseníase. Seus atributos - que dizem respeito ao primeiro contato, como porta de entrada no sistema; a longitudinalidade, como fonte regular de cuidado através da criação de vínculos entre equipe e pacientes; a integralidade no atendimento das demandas relacionadas a cada caso, seja no seu âmbito ou através de encaminhamento a outros níveis de atenção; e finalmente, a coordenação, que a capacita a exercer a função de ordenadora do Sistema de Saúde (Starfield, 1998) – são características que a credenciam para fornecer o cuidado adequado a maioria das situações de saúde, incluindo aí a hanseníase.

O presente caso evidencia, além de uma faceta falha da Atenção Primária no manejo do caso, uma outra distinta e exitosa, quando a paciente é encaminhada de volta para a Atenção Primária e lá, de pronto, tem seu diagnóstico confirmado, o tratamento instituído, e as condutas epidemiológicas conduzidas. Mas cabe também ressaltar que a Unidade Básica em questão acaba se configurando, mesmo que informalmente, como um centro de referência para o manejo da hanseníase no município, o que possivelmente subverte a lógica da rede, onde todas as unidades básicas deveriam ser igualmente capacitadas para lidar com as situações prevalentes da população.

Ampliando-se o olhar sobre o manejo da doença existem as outras dimensões, além daquela ligada às questões assistenciais, também previstas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), que se baseiam em vigilância epidemiológica (monitoramento e análise de informações); gestão (planejamento, monitoramento e avaliação, descentralização); comunicação e educação (comunicação, educação permanente, mobilização social); pesquisa (centro de referência, pesquisa operacional) (Brasil, 2009). Estas demandam envolvimento das esferas gestoras, responsáveis pela implementação das políticas nas localidades (Brasil, 2016).

Os casos observados no cotidiano dos serviços de saúde evidenciam que, a despeito das políticas públicas que orientam as ações e serviços de saúde, a realidade produzida expressa uma resultante da concreta disponibilidade e qualidade dos serviços e sua utilização efetiva pelos usuários. No que diz respeito especificamente à hanseníase, esta encontra também, além de obstáculos técnicos ligados à capacitação profissional, os de gestão, que se referem à organização de rede de cuidados que propicie a realização das ações previstas pelas políticas, com buscas ativas, encaminhamento de casos, e disponibilização de tratamento (Lima, 2010).

Além disso, deve-se considerar também, o possível impacto da situação do Sistema de Saúde no manejo da doença. É compreensível, em alguns aspectos, a dificuldade do gestor em fazer frente às múltiplas demandas e necessidades que se apresentam dentro do SUS. Principalmente, levando-se em consideração as contingências estruturais e financeiras que enfrenta o Sistema de Saúde brasileiro. A sobrecarga experimentada pelas Unidades Básicas de Saúde, com grande demanda e filas de espera, aliada ao baixo número de profissionais, interfere no tempo que os mesmos dedicam a cada paciente dentro do

consultório. Entretanto, a consequência direta recai sobre a assistência aos mesmos, pois muitas vezes resulta em um exame semiológico mal aplicado, já que a pesquisa de lesões e o teste de sensibilidade podem exigir um pouco mais de tempo com cada paciente.

No presente caso, a falta de diagnóstico correto e tempestivo, somada a longa caminhada da paciente entre unidades de saúde e profissionais, em busca de cuidado, ilustra a deficiência conjunta de aspectos técnicos e gestores, situação que levou ao agravamento de sintomas, acarretando um prejuízo estético (piora das lesões cutâneas), psicológico (diminuição da autoestima e ansiedade gerada pelo desconhecimento do diagnóstico), funcional (diminuição da capacidade laboral devido a lesão neurológica) e social (isolamento dos amigos e da família).

Como limitações do estudo pode-se apontar os próprios limites do desenho, já que por se tratar de um relato de caso não permite extrapolar a situação encontrada à toda rede de atenção do país. Ademais, deve-se levar em consideração o viés de informação, uma vez que as informações fornecidas pela paciente foram baseadas no relato da mesma e na sua impressão pessoal acerca dos atendimentos e condutas tomadas em outros serviços onde buscou assistência.

Entretanto, a situação relatada traz uma reflexão sobre o atual manejo da doença, que por sua vez, tem relação com a permanência do quadro de alta incidência em algumas regiões do Brasil (Brasil, 2016b) e, principalmente, frente ao fato de se tratar de uma doença que possui cura e já se encontra erradicada em tantas outras localidades.

Esse trabalho permitiu ratificar que a Atenção Básica dispõe de ferramentas vantajosas para o manejo adequado dessa afecção, mas que precisam ainda ser melhor apropriadas tanto por gestores, quanto pelos profissionais de saúde, no sentido de se trazer maior resolutividade para casos de hanseníase e, em última análise, melhora na situação epidemiológica da doença no país.

A Hanseníase, apesar de ser uma doença cujo diagnóstico é predominantemente clínico e de fácil realização, de ser curável e com medicamentos disponíveis na rede pública, segue apresentando alta prevalência no país. Esse relato de caso reafirma a importância do diagnóstico e tratamento precoces, assim como de uma abordagem completa e integrativa para o combate eficaz da doença. A Atenção Básica deve assumir seu papel na resolutividade dos casos de hanseníase, lançando mão de suas ferramentas, que envolvem baixa demanda tecnológica, mas elevada complexidade, materializada na capacidade técnica dos profissionais envolvidos.

Para se avançar no sentido da melhora da situação epidemiológica e da eliminação da doença no país é preciso um esforço político para seu enfrentamento. Em vista da hanseníase ser uma doença altamente incapacitante e onerosa ao sistema, se não diagnosticada e tratada tempestivamente, seu enfrentamento pelos gestores e profissionais da Atenção Básica deve deixar de ser apenas prescritivo e se converter em ação, refletida na melhoria dos indicadores e na qualidade de vida da população.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, por todo apoio à realização do estudo.

Declaração

Os autores declaram estar cientes e terem atendido integralmente às normas preconizadas para as pesquisas em seres humanos, conforme resolução 466/2012. Os autores declaram, ainda, ausência de conflitos de interesse.

5. Referências

- Alencar CH, Barbosa JC, Ramos Jr. AN, Alencar MJF, Pontes RJS, Castro CGJ, et al. Hanseníase no Município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev Bras Enferm* 61(esp): 694-700, 2008.
- Araújo, MG. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 36(3):373-382, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. Ed. Rev. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno da Atenção Básica, 21), Brasília, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. *Diário Oficial da União* 27 março de 2009. Brasil, 2009b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. *Bol Epidemiol*.44(11):1-12, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. 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, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Hanseníase. Ministério da Saúde, 2016b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

- Claro, LBL. Hanseníase: representações sobre a doença. *Cad. Saúde Públ*, Rio de Janeiro, 11(4): 631-638, 1995.
- Feliciano KVO, Kovacs MH, Alzate A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco). *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 4(1), 1998.
- Gonçalves, A. Realities of leprosy control: updating scenarios. *Rev Bras Epidemiol*. Sep;16(3):611, 2013.
- Lima. HMN, Sauaia, Costa VRL, Neto GTC, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com Hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Luis, MA, v. 8(4):323-327, 2010.
- Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 44(5):621-626, 2011.
- Martins PV, Bernstein JA. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24(1):273-289, 2014.
- Starfield, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. UK: Oxford University Press, 1998.