



Acesso e acessibilidade na Atenção Primária à Saúde: experiências de pessoas com hanseníase

Access and accessibility in Primary Health Care: experiences of individuals affected by leprosy

Acceso y accesibilidad en la Atención Primaria de Salud: experiencias de personas con lepra

Charles Victor Gomes de Souza¹

Carolyn Rosa Freire de Sá²

Camila Carvalho do Vale³

Widson Davi Vaz de Matos⁴

Márcia de Assunção Ferreira⁴

Iaci Proença Palmeira³

1. Universidade Nilton Lins. Manaus, AM, Brasil.

2. Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas, SP, Brasil.

3. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

4. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente:

Widson Davi Vaz de Matos.
widsonenf@gmail.com

Recebido em 09/11/2024.
Aprovado em 31/03/2025.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0111pt>

RESUMO

Objetivo: identificar as dificuldades de acesso e acessibilidade de pessoas com hanseníase para atender às suas demandas de saúde. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022 em quatro Unidades Básicas de Saúde em Belém, Pará. Participaram 29 usuários diagnosticados com hanseníase. Os dados foram produzidos por entrevista individual e semiestruturada. O corpus foi submetido ao *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** o processamento dos dados resultou em 366 seguimentos de textos e seis classes lexicais. A classe lexical 5 alude ao tratamento e disponibilidade dos medicamentos oferecidos pelas Unidades de Saúde, o bom trato dos profissionais e a ausência de educação em saúde. O antagonismo entre as atividades desenvolvidas pelo Programa de Controle da Hanseníase nas Unidades de Saúde e os Princípios do Sistema Único de Saúde se evidencia com as dificuldades de acesso e acessibilidade ao tratamento. **Considerações finais e implicações para a prática:** peculiaridades territoriais e regionais precisam ser vencidas para que as ações de controle da hanseníase na atenção primária possam se desenvolver. A revisão da rotina nos turnos de agendamentos é urgente. Educação permanente dos profissionais e educação em saúde aos usuários ampliam o acolhimento e contribuem para o atendimento das demandas dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Estigma Social; Hanseníase; Saúde.

ABSTRACT

Objective: to examine the access and accessibility barriers faced by individuals affected by leprosy in meeting their healthcare needs. **Methods:** this is a descriptive, qualitative study conducted between November 2021 and February 2022 in four Basic Health Units in Belém, Pará. A total of 29 individuals diagnosed with leprosy participated in the study. Data were collected through individual semi-structured interviews. The textual corpus was analyzed using IRAMUTEQ *software*. **Results:** Data processing generated 366 text segments and revealed six lexical classes. Lexical class 5 encompasses aspects related to treatment and the availability of medications at Health Units, the quality of care provided by healthcare professionals, and the absence of adequate health education. The conflict between the activities carried out by the Leprosy Control Program in Health Units and the principles of the Brazilian Unified Health System becomes evident through the challenges surrounding access and accessibility to treatment. **Final considerations and implications for practice:** Overcoming territorial and regional challenges is crucial for the successful implementation of leprosy control measures within primary care. Urgent action is needed to reassess the shift scheduling process. Ongoing professional education, coupled with health education for users, creates a more welcoming environment and better addresses patients' needs.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Social Stigma; Leprosy; Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar las dificultades de acceso y accesibilidad de las personas con lepra para satisfacer sus demandas de salud. **Métodos:** estudio descriptivo, cualitativo, realizado entre noviembre de 2021 y febrero de 2022 en cuatro Unidades Básicas de Salud de Belém, Pará. Participaron 29 usuarios diagnosticados con lepra. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas individuales y semiestructuradas. El corpus fue sometido al *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** el procesamiento de datos resultó en 366 segmentos de texto y seis clases léxicas. La clase léxica 5 alude al trato y disponibilidad de medicamentos que ofrecen las Unidades de Salud, el buen trato de los profesionales y la falta de educación sanitaria. El antagonismo entre las actividades desarrolladas por el Programa de Control de la Lepra en Unidades de Salud y los Principios del Sistema Único de Salud se evidencia con las dificultades en el acceso y accesibilidad al tratamiento. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** es necesario superar las peculiaridades territoriales y regionales para poder desarrollar acciones de control de la lepra en la atención primaria. La revisión en la rutina de programación de turnos es impostergable. La educación permanente de los profesionales y la educación en salud de los usuarios amplían la acogida y contribuyen a satisfacer las demandas de los usuarios.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud; Educación para la Salud; Estigma Social; Lepra; Salud.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é um problema de saúde pública no Brasil. Em 2022, foram notificados 174.087 casos novos no mundo. Destes, 19.635 ocorreram no Brasil, país com as mais altas cargas da doença das Américas e que ocupa o segundo lugar no ranking mundial no número de casos, atrás somente da Índia.¹

Trata-se de doença crônica infectocontagiosa causada pelo *Micobacterium leprae*, com uma história milenar que por muito tempo foi considerada incurável e com grande conotação de impureza física, moral e espiritual, cujos sinais e sintomas dermatoneurológicos evidenciam objetivamente a doença no corpo. Tais elementos contribuíram para estimular a rejeição, discriminação e exclusão, estigma da doença e preconceito ao doente, fatores estes que colaboram para o atraso de diagnósticos de casos novos.²

O diagnóstico da hanseníase é clínico e o tratamento é por Poliquimioterapia Única (PQT-U) oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com duração entre seis meses e 12 meses, na dependência do tipo de terapêutica.³ Este dado importa para se pensar sobre o acesso e a acessibilidade na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada para o diagnóstico e tratamento das pessoas com esta enfermidade.³

Embora apresente altas taxas de cura, a falta de informações sobre sinais e sintomas, a dificuldade de acesso à rede de atenção à saúde, pouca estruturação da rede de atenção em prol da integralidade da assistência voltada para a hanseníase e detecção tardia dos casos contribuem para que um quantitativo dos indivíduos conviva com as sequelas da doença.⁴ Diante disso, a adoção de medidas preventivas e de controle são atividades a serem realizadas nos serviços de saúde para que reverbere em menores níveis endêmicos e redução da carga da doença.⁵

A APS desempenha papel fundamental no controle da hanseníase, como porta de entrada e organizadora do cuidado. Nesse contexto, a consulta de enfermagem é fundamental para que os usuários compreendam o processo da doença e do tratamento, no que tange às suas manifestações clínicas, à necessidade de adesão ao tratamento, ao controle dos comunicantes, à prioridade da cura e à prevenção de incapacidades, contribuindo para o acesso, a redução de estigma e a garantia da integralidade do cuidado.⁵

Ressalta-se que há barreiras e obstáculos no processo de busca e obtenção do cuidado, discutidos no âmbito do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.⁶ Neste estudo, considera-se acesso como a possibilidade de o usuário entrar no serviço de saúde na busca pela solução de seus problemas e a acessibilidade trata-se de uma dimensão do conceito de acesso e está relacionada à disponibilidade de recursos de atenção à saúde e suas características, que podem facilitar ou dificultar o seu uso por parte dos clientes potenciais.⁷

Estudo realizado no Piauí, Brasil, voltado a pessoas com hanseníase mostra que as dificuldades no atendimento nas redes de atenção à saúde, do surgimento dos sintomas até o diagnóstico, estão relacionadas com o autorreconhecimento das manifestações clínicas da hanseníase, o excesso de equívocos

diagnósticos, a implementação de tratamentos inadequados e a insatisfação dos usuários com o atendimento profissional oferecido.⁸

Estudo realizado em área rural e urbana de um estado da Índia identificou grande número de casos não detectados de hanseníase, além da dificuldade de acesso e adesão aos serviços de tratamento e programa de controle da região.⁹ Um levantamento realizado entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022 em um centro de especialidades dermatológicas do Paraguai identificou 123 casos de hanseníase, o que corresponde a 1,09% das consultas realizadas. Os pesquisadores ressaltam que ainda há um quantitativo considerável de casos diagnosticados por ano, e isto mostra que é fundamental que se faça o diagnóstico precoce e o adequado tratamento para diminuir a ocorrência da doença.¹⁰

Com vistas a um mundo sem hanseníase, o Brasil buscou se enquadrar na Política de Cooperação Internacional no Combate à Hanseníase, por meio da Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase, cujo objetivo é reduzir a carga da doença no Brasil até 2030.¹ A estratégia estrutura-se em três pilares: Redução da carga da hanseníase, o enfrentamento, a prevenção às complicações físicas da doença, como as incapacidades de grau 2, e o combate à discriminação e estigma das pessoas com hanseníase e seus familiares.¹ Desse modo, busca-se o aprimoramento do atendimento integral à pessoa com hanseníase na APS.

A hanseníase apresenta maior incidência entre os mais empobrecidos, devido a condições socioeconômicas desfavoráveis, aglomerados urbanos, baixa escolaridade, condições de higiene inadequadas, desigualdades sociais, escassez de comida e desnutrição, o que reflete em uma distribuição espacial não homogênea nos territórios, expressando as diferenças entre as regiões brasileiras.¹¹

No Pará, a hanseníase é endêmica devido à precária qualidade de vida, o baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), presença de áreas reconhecidas como de difícil acesso, cujo isolamento é motivado tanto pela distância geográfica, quanto pela escassa oferta de serviços, com distanciamento da população ao acesso à saúde, que urge, portanto, de intensificação das ações de vigilância epidemiológica.¹²

Dessa forma, conhecer as dificuldades vivenciadas na APS pelas pessoas com hanseníase possibilita à equipe de saúde fomentar a identificação de elementos que dificultam a integralidade do cuidado para estas pessoas, com vistas à melhoria do acesso e acessibilidade dos serviços. Diante disso, questionou-se: Quais são as dificuldades de acesso e acessibilidade que a pessoa com hanseníase enfrenta para atender suas demandas de saúde? Este estudo teve como objetivo: identificar as dificuldades de acesso e acessibilidade de pessoas com hanseníase para atender às suas demandas de saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, em que se utilizou a ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative*

Research (COREQ)¹³ compondo a escrita do relatório, o que foi pertinente ao desenvolvimento da pesquisa.

Os campos de pesquisa foram quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), no município de Belém, estado do Pará. Belém é dividida em 71 bairros, que são distribuídos por oito Distritos Administrativos (DA): Mosqueiro (DAMO), Sacramento (DASAC), Entroncamento (DAENT), Outeiro (DAOUT), Icoaraci (DAICO), Bengui (DABEN), Belém (DABEL) e Guamá (DAGUA), estes DA determinam a organização do trabalho da gestão em saúde.¹⁴

Foram incluídas pessoas maiores de 18 anos, matriculadas na UBS em qualquer turno com consulta agendada no período de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: pessoas com alterações cognitivas ou dificuldades de comunicação que impedissem a participação na pesquisa. De um total de 45 pessoas matriculadas no Programa de Controle da Hanseníase (PCH) das quatro UBS eleitas, somente 29 (64%) estiveram presentes nas unidades durante o período de coleta de dados, sendo esta a amostra desse estudo. Não houve exclusão e interrompeu-se a captação de participantes quando se considerou que havia suficiência de dados para atender ao objetivo da pesquisa.^{15,16}

Os pesquisadores eram estudantes e profissionais pós-graduados em enfermagem, sendo três do sexo feminino e dois do sexo masculino, um destes homens o responsável pela coleta de dados, por ter contato prévio com o campo e ter recebido treinamento para a coleta de dados.

A coleta dos dados ocorreu entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022, com entrevistas individuais semiestruturadas, duração média de 30 minutos, baseada em roteiro sistematizado com perguntas fechadas para identificação do perfil sociodemográfico e cinco perguntas abertas para a apreensão do objeto de estudo, que versaram sobre a experiência como usuário da UBS, a visão sobre o tratamento de hanseníase, as dificuldades e facilidades encontradas. Para melhor aplicabilidade, foi feito um teste piloto do roteiro da pesquisa com quatro pessoas com hanseníase que estavam matriculadas nas UBS supracitadas. Os participantes deste teste não integraram a amostra do estudo e não houve necessidade de ajustes no roteiro.

Os participantes foram convidados pessoalmente ao final da consulta de enfermagem, mediante apresentação da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento, que incluía a anuência para gravação de seus depoimentos em mídia eletrônica (gravador de voz). As entrevistas foram iniciadas em um consultório da unidade, mantendo-se o sigilo, conforto e privacidade. A identificação dos participantes foi codificada: "U" (usuário), ordem de entrevista e inicial da unidade de Saúde (G-Guamá, T-Terra Firme, J-Jurunas e C-Cremação).

Os dados do perfil foram tratados com recursos da estatística simples e percentual. As entrevistas foram transcritas na íntegra e processadas pelo *software* IRAMUTEQ¹⁷ (Interface de *R* pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 Alfa 2, um programa gratuito e de fonte aberta criado por

Pierre Ratinaud, que permite a explicação gráfica por meio do processamento de dados textuais.¹⁷

Para análise, optou-se pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), considerando as palavras que apresentaram qui-quadrado (χ^2) com valores de significância de $p \leq 0,01$.¹² Vale destacar que neste tipo de análise os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas.¹⁷

O *software* organizou o dendrograma relacionando às classes e forneceu resultados a partir da descrição de cada uma delas, principalmente pelo vocabulário presente nos segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software* em função do tamanho do *corpus*, permitindo posterior organização das classes em categorias temáticas, para que os pesquisadores pudessem realizar a interpretação dos achados.¹⁸

Aplicou-se a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, parecer número 5.063.941.

RESULTADOS

Os participantes, em sua maioria, eram do sexo masculino (62,1%); na faixa etária de 45 a 59 anos (55%); casados (59%); com ensino fundamental incompleto (79%); trabalho informal (44,8%); renda familiar entre um e dois salários-mínimos (75,8%) e evangélicos (78%).

O processamento das 29 entrevistas pelo *software* dividiu o texto em 366 segmentos de texto, com 81,18% de aproveitamento. A partir da CDH o *software* originou cinco classes. Para os fins deste artigo, elegeu-se a classe 5, intitulada "Vivências e Desafios: a percepção do paciente com hanseníase" (Tabela 1), que se organizou com 22,56% de retenção de conteúdo composto por 70 segmentos de texto, cujo conteúdo semântico se reporta à percepção sobre o tratamento que está sendo oferecido pelas UBS, desde o acesso aos serviços, o modo como são tratadas pelos profissionais, até a disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos, como as ações de educação em saúde e a disponibilidade dos medicamentos.

Os vocábulos "bom" e "ver" foram os que apresentaram o maior χ^2 , 80,7 e 59,64 respectivamente. Os léxicos apontam indícios de satisfação quanto ao atendimento e tratamento da hanseníase disponibilizado pelas UBS.

Vejo o tratamento aqui na unidade como muito bom, pois sempre fui bem atendida. Me solicitaram vários exames em diferentes áreas da saúde, os medicamentos são gratuitos e isso facilita bastante continuarmos o tratamento (U15J).

O tratamento que vejo aqui na unidade é maravilhoso. O que eu acho bom aqui é estar perto da minha casa e do horário de atendimento ser pela manhã (U13G).

Acho bom que o medicamento é de graça. Se fosse pago eu não teria dinheiro para pagar, além de que eu nunca tive problemas para buscar a medicação (U8T).

Considero o tratamento nesta unidade como bom, pois o atendimento é rápido, nunca faltou medicamento, os profissionais me atendem muito bem (U28C).

Emerge o antagonismo entre as UBS e as atividades desenvolvidas pelo PCH no que concerne aos princípios do SUS. Atitudes relacionadas às restrições de funcionamento na unidade são referidas, uma vez que o atendimento é limitado para apenas um turno por dia, manhã ou tarde, priorizando o tratamento da tuberculose ao turno matinal, conforme os léxicos “tarde” com 10 evocações e “horário” com 11 evocações (Tabela 1).

As consultas não são demoradas, mas o ruim é o horário de pegar o medicamento duas horas da tarde. O sol neste horário é muito forte. Eu tento não pegar sol e me proteger (U9G).

O que eu acho bom dessa unidade é ser próximo da minha casa e do horário das consultas, que acontecem apenas pela manhã, mas para pegar os remédios é ruim, porque é só pela parte da tarde (U13C).

Acho ruim é o horário para vir buscar os medicamentos porque é somente no turno da tarde. Nesse período o sol

está muito forte, poderia ser um pouco mais tarde ou pela manhã bem cedo, para evitar pegar o sol na pele (U15J).

Os efeitos da clofazimina são o escurecimento e ressecamento da pele e isto é relatado pelos participantes pela dificuldade de se protegerem do sol:

Não posso pegar sol e tenho de usar protetor solar, pois percebo que minha pele está ficando mais escura (U2C).

Minha pele escureceu, mas a enfermeira me informou que isso aconteceu por causa da medicação, além disso a doença compromete o meu trabalho, pois não posso pegar sol e não uso protetor solar por ser caro (U8T).

Eu acho que seria muito bom se a unidade de saúde fornecesse um kit de cuidados de pele porque a hanseníase resseca a pele, o protetor solar é caro e nem todos possuem a condição de comprar, isso dificulta pegar o medicamento a tarde (U9G).

Os léxicos “unidade” e “medicação” se relacionam e denotam dificuldade de acesso e acessibilidade ao tratamento da hanseníase ou consulta com um médico especializado em cidades do interior e ilhas, uma vez que a unidade mais próxima às suas respectivas residências não disponibiliza esse tratamento, não possui médico capacitado para atender às necessidades dos usuários e há escassez de insumos e materiais nas UBS.

Minha única forma de transporte é de barco, demora cerca de 35 minutos para eu chegar. A unidade de saúde da minha ilha não oferece esse tratamento. (U28C).

O ruim é que moro no interior e o barco demora 4 horas para chegar nesta unidade. Uma vez faltou medicamentos e tive que ir em outra unidade buscar minhas medicações. (U18J).

Eu demoro 35 minutos para chegar, e o tratamento só é oferecido à tarde, o que dificulta porque à tarde o rio está mais agitado ou a maré está baixa e o meu barco já afundou uma vez (U28J).

Os léxicos “ruim” e “faltar” remetem a desafios enfrentados, como o conflito de informações desde o diagnóstico, o medo de faltar os medicamentos, as consequências de sua interrupção e a falta de informações sobre as reações após o início do tratamento:

Teve vários conflitos de informações aqui, andei por muitos locais para saber o que eu tinha. Para pegar minhas medicações, tive que vir nessa unidade três dias seguidos, cada vez me davam uma informação diferente, não considero boa a forma como as pessoas são tratadas no SUS. Tenho medo de faltar medicamentos (U27T).

O ruim foi quando comecei a tomar as medicações, surgiram mais nódulos, meu rosto ficou inchado e vermelho e eu

Tabela 1. Classificação Hierárquica Descendente (CDH) da Classe 5, oriunda do Iramuteq, Belém, Pará, Brasil, (n=31).

Palavras	F	χ^2
Bom	30	80,7
Ver	21	59,64
Aqui	21	38,63
Medicamento	20	37,66
Bem	14	33,7
Sempre	17	28,09
Unidade	31	27,87
Achar	7	26,69
Tarde	10	24,68
Faltar	14	23,13
Ruim	11	19,33
Medicação	13	18,47
Nunca	5	18,33
Horário	11	17,5
Atendimento	6	16,43
Palestra	7	16,42

Fonte: Relatório do Software IRAMUTEQ 0.7 alpha 2.0. (2021)

não sabia o que estava acontecendo, tive que retornar para consulta médica e me prescreveram um corticoide e começou a melhorar, poderiam avisar que isso iria acontecer, não me falaram nada (U22J).

O ruim foi que demoraram para descobrir o que eu tinha. Depois iniciaram o tratamento e percebi que as manchas aumentaram de tamanho e em quantidade, e ficaram mais escuras e a minha pele escureceu. Eles deveriam informar melhor sobre o que pode dar no tratamento (U6G).

Quando do diagnóstico, é comum que haja dúvidas e incertezas sobre a doença e o tratamento. Arelado à falta de informação quanto às reações que surgem no tratamento, identifica-se o léxico “palestra”, relacionado ao déficit de ações educativas sobre a hanseníase nas UBS, ao contrário do que ocorre na Unidade de Referência.

Quanto ao que precisa melhorar, se tivessem palestras sobre a doença, como é feito em Marituba, seria bom. Tudo que eu sei sobre a doença aprendi lá. Eles explicaram sobre a hanseníase e como é transmitido, aqui eles só dão o remédio e te mandam para casa. Não explicam nada sobre a doença (U2G).

Lá na Unidade de Marituba fazem palestras sobre a doença, mostram fotos e dão panfletos. Nunca vi isso aqui nessa unidade. Acho que isso poderia melhorar, a educação em saúde, que é muito importante para as pessoas se informarem (U7T).

O que poderia melhorar seria a confecção de cartazes como os que eu vi na unidade de referência de hanseníase, além de palestras, informações e orientação de como marcar os exames e o que é essa doença (U10J).

Seria bem melhor se aqui na unidade eles explicassem as coisas para nós, eu vejo em outras unidades que tem várias palestras, levam várias informações para os pacientes, acho que assim, muitos problemas nossos seriam resolvidos (U4C).

DISCUSSÃO

Foi analisado o perfil sociodemográfico dos participantes com hanseníase das quatro UBS do DAGUA. Verificou-se maior proporção de casos no sexo masculino, faixa etária de 45 a 59 anos, casados, com ensino fundamental incompleto e com renda familiar entre um e dois salários mínimos. Estudo realizado no estado do Piauí que teve como objetivo a caracterização dos indicadores epidemiológicos de 17.075 casos novos de hanseníase observou tendência similar quanto à distribuição dos casos segundo o sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade.¹⁹

Os fatores envolvidos nos níveis de satisfação dos usuários das UBS no Brasil estão relacionados à maneira com que tais unidades são administradas, como o tratamento pessoal e

profissional é oferecido pelas equipes de saúde, tempo de espera, privacidade, recepção gentil, escuta qualificada, com orientações sobre qual o caminho a seguir com vista a resolutividade e um atendimento humanizado e acolhedor.²⁰

A ampliação do acolhimento como prática de aprimoramento do trabalho em saúde é uma das estratégias que visa à melhoria de atuação e resolutividade. Acolher a pessoa com hanseníase na APS possibilita receber suas demandas e de determinada região. Como a APS representa a porta de entrada da população aos serviços de saúde, é fundamental promover uma assistência acolhedora a fim de diminuir as desigualdades e proporcionar a integralidade do cuidado.^{21,22}

Estudo realizado em Pernambuco (Brasil) com o objetivo de analisar as práticas em saúde voltadas a pacientes com hanseníase, evidenciou que o acolhimento é essencial, pois permitiu minimizar riscos de prejuízos na atenção e diagnóstico de possíveis casos e pelo fato de abrir portas para o estabelecimento de vínculos entre o profissional, usuários do serviço e familiares, fortalecendo os pilares das ações de promoção da saúde da população.²³

Vale destacar que as atividades na APS abarcam os aspectos individuais e coletivos, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Nessa perspectiva, embasam-se os princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado do paciente que convive com a hanseníase, favorecendo o vínculo e continuidade deste no serviço de saúde.²⁴

A insatisfação com o acolhimento e os frágeis vínculos na APS contribuem para que os serviços de referência assistenciais sejam a porta de entrada dos usuários, ainda que tenham que vencer barreiras geográficas e gastos com o deslocamento.²⁵ Disponibilizar o tratamento da hanseníase na APS é essencial e a proximidade das unidades de saúde às residências favorece o acesso, evita a superlotação de outros níveis de atenção, facilita o atendimento aos que necessitam de fluxo contínuo e auxílio no tratamento das doenças crônicas.²⁶

Os serviços de saúde voltados para o atendimento de pacientes e controle da hanseníase devem facilitar o acesso dos usuários, com seguimento de cuidado e agendamento regular de retorno para as consultas, sendo a APS a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde.²⁷ Uma das problemáticas que envolvem o controle da doença relaciona-se ao turno restrito no atendimento dos usuários, o que compromete a continuidade do tratamento, fator esse que vai de encontro aos princípios do SUS e ao preconizado pela política nacional de enfrentamento da hanseníase, cujo objetivo é o desenvolvimento de ações de controle da doença, considerando as características epidemiológicas da hanseníase no território, bem como as dificuldades operacionais de cada localidade.²⁸

Estudo de revisão sobre o acesso ao cuidado na APS levantou que um dos entraves deste serviço é a burocratização, traduzida em horários restritos de atendimento, que prejudicam usuários que trabalham em horários incompatíveis com os estabelecidos pelas unidades de saúde, que associado à cultura de atendimento

somente presencial, sustenta uma assistência rígida, problemática e pouco adaptável às necessidades do público assistido, o que precariza o acesso e restringe o atendimento em saúde.²¹

Mudanças nos horários de atendimento, com ofertas no período noturno e nos finais de semana, poderiam contribuir para melhorias, porém, para que tal processo ocorra, necessita-se de investimento financeiro com contratação de recursos humanos e abertura de novas unidades de saúde.²⁹ Com essas modificações, além de ampliar o acesso aos pacientes com hanseníases, o acolhimento também pode melhorar, o que possibilita autonomia, cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde.³⁰

São escassos os estudos que abordam a ampliação dos horários de atendimento nas UBS, entretanto, uma pesquisa realizada no município de João Pessoa, na Paraíba sobre o impacto da ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde para o turno noturno, identificou uma melhora significativa da procura pelo serviço, principalmente pelo público masculino. Tais resultados indicam que o uso de horários alternativos é uma estratégia para o atendimento, principalmente de trabalhadores que não podem frequentar o serviço de saúde nos horários padrões de funcionamento.³¹

O tratamento da hanseníase compreende uma associação de medicamentos que pode desencadear efeitos adversos variados, sendo um deles o escurecimento da pele, que é reversível, mas torna-se uma marca física e estigmatizante capaz de provocar sentimentos de insatisfação no tratamento dos usuários.^{3,32} Estudo realizado na Colômbia com 17 pessoas afetadas pela hanseníase evidenciou que a hiperpigmentação relacionada à clofazimina gerava angústia por despertar o medo de serem expostos, discriminados e do estigma social.³³ Outro estudo relatou que de 305 pessoas com hanseníase, 49% enfrentavam sofrimento mental, 27% isolamento social e 52% estigma significativo.³⁴ Os símbolos do estigma são descritos como características que transmitem informações sociais negativas.³⁵ A hiperpigmentação cutânea somada às outras deformidades advindas da hanseníase contribui para o estigma da doença.

Alie-se a isso as limitações financeiras da maioria dos participantes (79,3%), com ganhos mensais inferiores a 1 salário-mínimo. Tal como grande parte dos usuários dos serviços públicos de saúde, as pessoas com hanseníase têm dificuldades para adquirir produtos de autoproteção para a pele, face e mãos, como protetor solar e hidratante corporal, cuja finalidade é evitar o escurecimento e o ressecamentos causados pelo tratamento.³³

Além do orçamentário, as condições geográficas também influenciam o acesso ao serviço de saúde. Na região Norte, grande parte do deslocamento intra e/ou intermunicipal ocorre por meio de rios ou estrada, que em alguns casos apresentam difícil trafegabilidade. As dificuldades de acesso dos usuários aos serviços da APS envolvem distâncias e longos intervalos de tempo, insuficiência e alto custo do transporte e acesso às comunidades ribeirinhas ou rurais, mediado pela sazonalidade característica da região.³⁶

Entre os municípios do Pará, 50% são formados por populações que vivem às margens dos rios, cuja subsistência provém da

pesca, do extrativismo e da agricultura.³⁶ O modo de vida destas populações associado à distância geográfica das cidades, os expõem a vulnerabilidades motivadas pela ausência de políticas públicas efetivas, infraestrutura mínima de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde, funcionando como barreiras na adesão das ações e continuidade de tratamento na APS.³⁷

Estudo realizado no Acre com o objetivo de caracterizar a organização da APS para populações que viviam em áreas distantes do serviço e de difícil acesso também indicou haver barreiras em relação ao deslocamento, por conta do ônus financeiro do transporte, o estresse gerado pela distância entre as residências e a unidade de referência, e a incerteza quanto a consulta médica em dia não apazado, corroborando que questões geográficas interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde.³⁸

Em outros países como na Austrália, resguardadas as diferenças culturais, históricas, políticas e sociais, as populações pertencentes às áreas rurais também apresentaram impactos negativos impostos pela variação geográfica, o que destaca que este é um fator que pode limitar o alcance aos serviços de saúde por essas populações.³⁹

Análise sobre a distribuição geográfica do serviço de APS mostra que as Estratégias Saúde da Família tendem a se concentrar nas regiões metropolitanas.⁴⁰ Essa distribuição heterogênea reforça desigualdades sociais, dificultando o acesso de populações específicas aos serviços, tais como populações indígenas, quilombolas e ciganas, povos do campo e das florestas e ribeirinhos.

Revisão sistemática sobre os atributos da APS identificou desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde na maioria dos países, as quais se relacionam ao tipo de serviço utilizado. Para minimizar tais diferenças, é necessário ampliar a cobertura de serviços de saúde, o que reduzirá a desigualdade no acesso gerada por iniquidades sociais.⁴¹

Além das barreiras geográficas, estigma social e discriminação associada à doença, outros elementos influenciam no atraso no diagnóstico da hanseníase, fatores estes que se intercalam entre os serviços de saúde e a iniciativa da população. Estudos apontam que os principais fatores individuais que colaboram para o atraso do diagnóstico são sexo, idade, não buscar o serviço na presença dos primeiros sintomas e medo de se descobrir doente.^{42,43} Quanto aos relacionados aos serviços de saúde, destacam-se a ausência de atendimento imediato na primeira busca por ajuda no serviço, excesso de encaminhamento a outras especialidades e a necessidade de variadas consultas para se confirmar o diagnóstico.^{8,43} Estes fatores em conjunto são preocupantes, uma vez que aumentam o intervalo de tempo para o diagnóstico da doença, com maiores riscos a incapacidades.

Ao abordar sobre o intervalo de tempo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico, um estudo realizado na China para compreender as características espaciais e temporais da hanseníase nos anos de 2010 a 2020 identificou que o tempo de atraso se estende de dois a quatro anos, mesmo se tratando de um dos países com a mais alta carga da doença no mundo.⁴⁴ Em contrapartida, estudo realizado na Índia observou que o tempo para

a conclusão diagnóstica a partir dos primeiros sinais e sintomas da doença era de apenas três meses.⁴⁵ A diferença no tempo para o diagnóstico associa-se à capacitação dos profissionais de saúde na realização do atendimento aos casos suspeitos, confirmados e aos contatos de hanseníase, sendo determinantes para que o serviço seja provedor de ações de controle da doença.

O tratamento da hanseníase com a PQT-U pode desencadear sintomas inflamatórios agudos denominados de reação hansênica ou episódio reacional decorrentes da resposta imune do organismo ao bacilo que, embora tenha causa desconhecida, podem ser identificadas precocemente, tratadas e prevenir danos permanentes nos indivíduos.³

Uma parcela dos pacientes com hanseníase não consegue diferenciar o que são os sintomas da doença e o que são as reações hansênicas, o que interfere na forma em que o paciente reage ao seu tratamento, sustentando dúvidas e o caráter estigmatizante da doença. Por isso, reitera-se a importância da capacitação profissional para orientar o paciente quanto às possíveis reações, explicar os porquês e orientar quanto à importância do autocuidado para a prevenção de incapacidades e possíveis efeitos colaterais.^{1,3}

Os resultados deste estudo mostram que o atendimento e o trato dos profissionais são bons; no entanto, faz parte do acolhimento a ampla informação sobre o tratamento e os cuidados, que engloba a educação em saúde, que é considerada falha pelos usuários. A educação em saúde é uma atividade que colabora com a consolidação do vínculo usuário-profissional. A ausência de orientações quanto ao controle da hanseníase sinaliza a necessidade de gerenciamento de ações práticas de educação em saúde na APS. A educação em saúde da população e a educação permanente dos profissionais em todos os níveis de atenção favorecem a detecção precoce da hanseníase, diminuição do tempo de espera e percurso para o diagnóstico.²¹

O cuidado voltado para aspectos educacionais, comportamentais, psíquicos e sociais das pessoas afetadas pela hanseníase, bem como de seus familiares e da sociedade de modo geral, se torna indispensável para a efetivação de um tratamento bem-sucedido e para a reintegração e inclusão do indivíduo à sociedade.⁴⁶ Com aperfeiçoamentos e capacitações regulares, o enfermeiro, membro da equipe multidisciplinar, se torna apto para atuar no diagnóstico e manejo da hanseníase, estabelecendo treinamentos e metas para a equipe de saúde e criando vínculos de confiança com os usuários.⁴⁶

Este estudo reitera uma análise realizada há mais de dez anos que aponta limites de acessibilidade e de regionalização da rede de assistência, com assimetrias regionais¹⁰, e evidencia as relações intrínsecas que há entre enfermagem (enquanto ciência e arte de cuidar), saúde, política e sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ser atendido pelo SUS, receber os medicamentos, o bom trato dos profissionais são elementos que concorrem para o acolhimento

e ao usufruto do direito social à saúde. No entanto, os danos físicos, os estigmas ocasionados pela doença e dificuldades no acesso e acessibilidade ao tratamento são barreiras a enfrentar. As adversidades e peculiaridades territoriais e regionais precisam ser vencidas para que as ações de controle da hanseníase na APS possam se desenvolver. A revisão da rotina nos turnos de agendamentos com a oferta de serviços de atendimento, tanto de consultas como de entrega de medicamentos é urgente, aliada a um trabalho efetivo de educação permanente dos profissionais e de educação em saúde aos usuários, com espaços de escuta, diálogo e difusão de informação sobre a doença, o tratamento e os cuidados associados, de modo que o usuário tenha as suas demandas atendidas, e se sinta ainda mais acolhido na APS.

AGRADECIMENTOS

Sem agradecimentos.

FINANCIAMENTO

Sem financiamento.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Estratégia nacional para o enfrentamento à Hanseníase 2024-2030. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 maio 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-publicacoes/svsa/hansenia/estrategia>
2. Aquino DMC, Monteiro EMLM, Coutinho NPS, Soeiro VMDS, Santos TA, Oliveira EM et al. Culture circle with community health workers about (lack of) knowledge and stigma of leprosy. *Rev Gaúcha Enferm.* 2023;44:e20220083. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220083>. en. PMID:37436218.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 maio 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hansenia/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hansenia-2022/view>
4. Hespanhol MCL, Domingue SM, Uchôa-Figueiredo LR. Late diagnosis under the perspective of therapeutic itineraries: level 2 physical disabilities in Hansen's disease. *Interface.* 2021;25:e200640. <http://doi.org/10.1590/interface.200640>.
5. Corrêa CM, Lanza FM, Carvalho APM, Lana FCF. Diálogos sobre a descentralização do programa de controle da hanseníase em município endêmico: uma avaliação participativa. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210114. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0114>.
6. Martoreli Jr JF, Ramos ACV, Berra TZ, Nascimento MCD, Tavares RBV, Moura HSD et al. Clusters of risk for the occurrence of leprosy and disabilities in children under 15 years of age in Cuiabá: a geospatial study. *Rev Bras Epidemiol.* 2023;26:e230006. <http://doi.org/10.1590/1980-549720230006>. PMID:36629618.

7. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2865-75. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. PMID:23175292.
8. Sousa JN, Costa REAR, Leal SMRD, Carvalho AMB, Bezerra SMG. Patients' perception of the search for a leprosy diagnosis and care in healthcare networks. *Hansenol Int*. 2023;48(2):7-20. <http://doi.org/10.47878/hi.2023.v48.39333>.
9. Shetty VP, Thakar UH, D'souza E, Ghate SD, Arora S, Doshi RP et al. Detection of previously undetected leprosy cases in a defined rural and urban area of Maharashtra, Western India. *Lepr Rev*. 2009;80(1):22-33. <http://doi.org/10.47276/lr.80.1.22>. PMID:19472850.
10. Domínguez ML, Aldama Olmedo OM. Epidemiología y clínica de los pacientes con lepra en un centro de referencia de Paraguay. *Rev Nac*. 2024;16(3):1-13.
11. Souza GC, Oliveira PS, Araujo PN, Santos FL, Silva JP, Santos KDS et al. Experiences of social stigma of people living with Hansen's disease in Brazil: silencing, secrets and exclusion. *Int Health*. 2024;16(1, Suppl. 1):i60-7. <http://doi.org/10.1093/inthealth/ihae005>. PMID:38547345.
12. Silva AMD, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cad Saude Publica*. 2023;39(1):e00163722. <http://doi.org/10.1590/0102-311xpt163722>. PMID:36753095.
13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Biblioteca IBGE [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 2024 fev 13]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-links.html>
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit*. [Internet]. 2021 [citado 2024 maio 18];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/article82/59>
16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-907. <http://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>. PMID:29937585.
17. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) [Internet]. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 2018 [citado 2024 fev 13]. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
18. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013;21(2):513-8. <http://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
19. Barros ICA, Sousa CCM, Silva NRF, Mascarenhas MDM. Caracterização de casos e indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase: análise de séries temporais e distribuição espacial, Piauí, 2007-2021. *Revista do SUS*. 2024;33(2):1-16. <http://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2023090.pt>.
20. Gomes MAV, Pinto VO, Cassuce FCDC. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Cien Saude Colet*. 2021;26(4):1311-22. <http://doi.org/10.1590/1413-81232021264.18022019>. PMID:33886760.
21. Heidemann ITSB, Durand MK, Souza JB, Arakawa-Belaunde AM, Macedo LC, Correa SM et al. Potentialities and challenges for care in the primary health care context. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220333. <http://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0333en>.
22. Barbosa SFA, Calixto PR, Silva RPF, Almeida ER. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do norte de Minas Gerais: um estudo descritivo, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(2):e20211162. <http://doi.org/10.1590/s2237-96222022000200019>. PMID:36197406.
23. Oliveira JDCP, Marinus MWLC, Monteiro EMLM. Practices in the healthcare of children and adolescents with leprosy: the discourse of professionals. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190412. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190412>. PMID:32667423.
24. Castanheira E, Duarte LS, Viana MMO, Nunes LO, Zarili TFT, Mendonça CS et al. Primary health care organization in municipalities of São Paulo, Brazil: a model of care aligned with the Brazilian Unified National Health System's guidelines. *Cad Saude Publica*. 2024;40(2):e00099723. <http://doi.org/10.1590/0102-311xen099723>. PMID:38422250.
25. Lima JG, Giovanela L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab Educ Saude*. 2022;20:1-17. <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140044>.
26. Macêdo MS, Barbosa NS, Almeida PD, Melo JO, Cardoso JA, Araújo TME. Práticas dos profissionais de saúde da atenção primária diante da hanseníase: revisão de escopo. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(2):e20230207. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0207pt>. PMID:38896707.
27. Melo MVS, Forte FDS, Brito GEG, Pontes MLF, Pessoa TRRF. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. *Interface*. 2022;26(Supl. 1):e220508. <http://doi.org/10.1590/interface.220358>.
28. Moura RA, Henriques BD, Ferreira DC, Caçador BS. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. *Physis*. 2022;32(1):e320103. <http://doi.org/10.1590/s0103-73312022320103>.
29. Masochini RG, Farias SNP, Sousa AI. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos idosos. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20200433. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0433>.
30. Lopes FC, Ramos ACV, Pascoal LM, Santos FS, Rolim ILTP, Serra MAAO et al. Leprosy in the context of the Family Health Strategy in an endemic scenario in Maranhão: prevalence and associated factors. *Cien Saude Colet*. 2022;26(5):1805-16. <http://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04032021>. PMID:34076121.
31. Cordeiro SVL, Fontes WD, Fonsêca RLS, Barboza TM, Cordeiro CA. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):644-9. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20140091>.
32. Palmeira IP, Moura JN, Epifane SG, Ferreira AMR, Boulhosa MF. Hansen's disease patients' perceptions on their altered fundamental human needs: indications for self-care. *Rev Pesqui*. 2020;12:319-25. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7069>.
33. Araujo DM, Silva ECS, Gomes HVS, Carbogim FC, Junior GFX, Coelho ACO. Leprosy and its impact on the quality of life of people with physical disabilities: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(Suppl. 3):e20230101. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0101>. PMID:39016428.
34. Gómez LJ, van Wijk R, van Selm L, Rivera A, Barbosa MC, Parisi S et al. Stigma, participation restriction and mental distress in patients affected by leprosy, cutaneous leishmaniasis and Chagas disease: a pilot study in two co-endemic regions of eastern Colombia. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2020;114(7):476-82. <http://doi.org/10.1093/trstmh/trz132>. PMID:32052043.
35. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
36. Silva CTS, Assis MMA, Espíndola MMM, Nascimento MAA, Santos AM. Challenges for primary health care production. *REUFSM*. 2021;11:e30.
37. Pinheiro AKC, Nogueira LMV, André SR, Rodrigues ILA, Trindade LNM, Oliveira APR. Infectious diseases and the primary health care network in riverside communities. *Cogit. Enferm*. 2021;26. <http://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76347>.
38. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, Fausto MCR. Organization of Primary Health Care in a remote rural municipality in northern Brazil. *Saude Debate*. 2021;45(131):998-1016. <http://doi.org/10.1590/0103-1104202131105>.
39. McGrail MR, Humphreys JS, Ward B. Accessing doctors at times of need-measuring the distance tolerance of rural residents for health-related travel. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:212. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0880-6>. PMID:26022391.
40. Neves DCO, Silva AR, Xavier MB, Matos HJ. Tendência das taxas de detecção da hanseníase em um estado da Região Norte do Brasil. *Revista Pan Amaz Saude*. 2023;14:e202301437. <http://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76347>.
41. Carvalho FC, Gomes CS, Bernal RTI, Pinto HA, Pereira CA, Malta DC. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde,

- estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2024;48(141):1-14. <http://doi.org/10.1590/2358-289820241418666P>.
42. Barbosa Ladino MC, Jiménez Betancourth C, Vásquez Acevedo L, Haag M, Zirkel J, Schwienhorst-Stich EM et al. Body map stories from Colombia: experiences of people affected by leprosy and the influence of peers during diagnosis and treatment. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):98-125. <http://doi.org/10.1186/s12939-024-02152-0>. PMID:38741119.
 43. Santos GMCD, Byrne RL, Cubas-Atienzar AI, Santos VS. Factors associated with delayed diagnosis of leprosy in an endemic area in Northeastern Brazil: a cross-sectional study. *Cad Saude Publica*. 2024;40(1):e00113123. <http://doi.org/10.1590/0102-311xen113123>. PMID:38198383.
 44. Zhang M, Qiao L, Sun P, Jiang H, Shi Y, Zhang W et al. Spatiotemporal pattern of leprosy in southwest China from 2010 to 2020: an ecological study. *BMC Public Health*. 2024;24(1):465. <http://doi.org/10.1186/s12889-024-17859-6>. PMID:38355478.
 45. Atre SR, Rangan SG, Shetty VP, Gaikwad N, Mistry NF. Perceptions, health seeking behaviour and access to diagnosis and treatment initiation among previously undetected leprosy cases in rural Maharashtra, India. *Lepr Ver*. 2011;82(3):222-34. <http://doi.org/10.47276/lr.82.3.222>. PMID:22125930.
 46. Cardoso GCP, Santos EM, Oliveira EA, Abreu MA, Souza MS, Soares BC et al. Capacitação para o controle da hanseníase: avaliação e contribuições para a gestão. *Saúde Debate*. 2023;47(137):90-100. <http://doi.org/10.1590/0103-1104202313706>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Iaci Proença Palmeira.

Aquisição de dados. Charles Victor Gomes de Souza. Carolyn Rosa Freire de Sá.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Charles Victor Gomes de Souza. Carolyn Rosa Freire de Sá. Camila Carvalho do Vale. Widson Davi Vaz de Matos. Márcia de Assunção Ferreira. Iaci Proença Palmeira.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Charles Victor Gomes de Souza. Carolyn Rosa Freire de Sá. Camila Carvalho do Vale. Widson Davi Vaz de Matos. Márcia de Assunção Ferreira. Iaci Proença Palmeira.

Aprovação da versão final do artigo. Charles Victor Gomes de Souza. Carolyn Rosa Freire de Sá. Camila Carvalho do Vale. Widson Davi Vaz de Matos. Márcia de Assunção Ferreira. Iaci Proença Palmeira.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Charles Victor Gomes de Souza. Carolyn Rosa Freire de Sá. Camila Carvalho do Vale. Widson Davi Vaz de Matos. Márcia de Assunção Ferreira. Iaci Proença Palmeira.

EDITOR ASSOCIADO

Gerson Luiz Marinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 