


**HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE  
INCAPACIDADES**

**LEPROSY IN PRIMARY CARE: SURVEILLANCE AND DISABILITY PREVENTION**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-013>

**Thaís Silva de Sousa**

Doutora em Ciências Ambientais pela UNOESTE

E-mail: [thasfs@gmail.com](mailto:thasfs@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6423-7347>

**Raicielly Abreu da Silva**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

E-mail: [raiciellyabreu@gmail.com](mailto:raiciellyabreu@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9096-7713>

**Pâmela Souza da Cruz**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

E-mail: [pamela.cruz@ufam.edu.br](mailto:pamela.cruz@ufam.edu.br)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6457-5502>

**Marilene Pereira da Silva**

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

E-mail: [silvamarilene98@gmail.com](mailto:silvamarilene98@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4187-1409>

**Elionara Lima da Silva**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

E-mail: [limaelionara26@gmail.com](mailto:limaelionara26@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1115-8933>

**Daniele Muniz da Costa**

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

E-mail: [danielemdc7@gmail.com](mailto:danielemdc7@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5163-4693>

**Thiago Gomes Figueira**

Doutor em Bioengenharia pela USP São Carlos

E-mail: [thiago.gfigueira@hotmail.com](mailto:thiago.gfigueira@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4382-9455>

**Amanda Oliva Spaziani**

Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

E-mail: [spazianimedica@gmail.com](mailto:spazianimedica@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8651-8078>

**Tháisa Artuzo**

Especialista em Dermatofuncional pela Universidade Brasil  
E-mail: thaisa.artuzo85@gmail.com

**Kaio Genario Ferreira de Melo**

Graduando em Medicina pela Universidade Brasil, Fernandópolis – SP  
E-mail: kaiomelomed@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5120-3560>

**José Antonio Santos Souza**

Doutor em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista – UNESP  
E-mail: jose.ssouza@ub.edu.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8606-8257>

**Carlo Frederico Machado de Azevedo Filho**

Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0988-6517>

**Pedro Henrique Oliveira Diniz**

Acadêmico de Medicina pela Faculdade de Medicina de Olinda  
E-mail: pedrohenriqueodiniz@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9423-4472>

**Vinicius de Lima Lovadini**

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP  
E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9066-2160>

**RESUMO**

Este capítulo analisa o papel da Atenção Primária à Saúde na detecção oportuna, vigilância de contatos, tratamento, manejo de reações e prevenção de incapacidades relacionadas à hanseníase no Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo teórico-reflexivo, fundamentado em documentos técnico-normativos nacionais e internacionais sobre hanseníase, vigilância, cuidado clínico e organização da rede de atenção. Os resultados indicam que, embora a hanseníase possua diagnóstico predominantemente clínico e tratamento efetivo disponível no SUS, persistem desafios relacionados ao atraso diagnóstico, à investigação insuficiente de contatos, à insegurança profissional para realização do exame dermatoneurológico, ao manejo de reações hansênicas e à prevenção de incapacidades físicas. Destaca-se que a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública não depende apenas da redução de coeficientes epidemiológicos, mas da capacidade da APS de reconhecer precocemente sinais clínicos, articular vigilância territorial, enfrentar o estigma, garantir longitudinalidade e coordenar fluxos com serviços especializados. Conclui-se que o fortalecimento da APS, associado à educação permanente, ao apoio matricial, à qualificação dos registros e à priorização de territórios vulneráveis, é essencial para interromper

a transmissão, reduzir sequelas e assegurar cuidado integral, equitativo e humanizado às pessoas afetadas pela hanseníase.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico Precoce; Vigilância de Contatos; Incapacidade Física.

### ABSTRACT

This chapter analyzes the role of Primary Health Care in timely detection, contact surveillance, treatment, management of leprosy reactions and prevention of disabilities related to leprosy in the Brazilian Unified Health System. This is a theoretical-reflective study based on national and international technical and normative documents on leprosy, surveillance, clinical care and health care network organization. The findings indicate that, although leprosy has a predominantly clinical diagnosis and effective treatment available in the public health system, challenges persist regarding delayed diagnosis, insufficient contact investigation, professional insecurity in performing dermatoneurological examination, management of leprosy reactions and prevention of physical disabilities. The analysis highlights that eliminating leprosy as a public health problem depends not only on reducing epidemiological indicators, but also on the ability of Primary Health Care to identify clinical signs early, integrate territorial surveillance, address stigma, ensure longitudinal care and coordinate flows with specialized services. It is concluded that strengthening Primary Health Care, combined with continuing education, matrix support, improved records and prioritization of vulnerable territories, is essential to interrupt transmission, reduce disabilities and ensure comprehensive, equitable and humanized care for people affected by leprosy.

**Keywords:** Leprosy; Primary Health Care; Early Diagnosis; Contact Surveillance; Physical Disability.

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada por *Mycobacterium leprae*, com predileção pela pele e pelos nervos periféricos. Embora seja curável, pode produzir perda sensitiva, fraqueza muscular, deformidades e restrições de participação social quando o diagnóstico ou o manejo das complicações ocorre tardiamente. Sua relevância ultrapassa a dimensão biomédica, pois a doença se associa à pobreza, às condições precárias de moradia, à desigualdade de acesso aos serviços e ao estigma historicamente construído em torno das pessoas acometidas (Brasil, 2022; OMS, 2021).

O Brasil permanece entre os países com maior carga de hanseníase e apresenta importante heterogeneidade territorial, com áreas de elevada endemicidade. A identificação de casos novos com grau

2 de incapacidade física no momento do diagnóstico indica atraso na detecção e sugere circulação prolongada da doença. Em boletins recentes, o Ministério da Saúde tem destacado avanços na investigação de contatos, mas também a persistência de desafios para ampliar o diagnóstico oportuno, reduzir incapacidades e qualificar o cuidado nos territórios mais vulneráveis (Brasil, 2024a; Brasil, 2026).

A Atenção Primária à Saúde é responsável pela suspeição clínica, pelo diagnóstico da maioria dos casos, pelo tratamento, pela investigação de contatos e pelo acompanhamento após a alta quando necessário. Sua proximidade com famílias e territórios favorece o reconhecimento de sinais iniciais e a interrupção da cadeia de transmissão. Entretanto, a baixa frequência de casos em alguns municípios, a insegurança clínica, a rotatividade profissional e a fragilidade de apoio especializado podem reduzir a capacidade diagnóstica das equipes, reforçando a necessidade de educação permanente e organização da rede de atenção (Brasil, 2022; Brasil, 2024b).

Diante desse contexto, este capítulo tem como objetivo discutir o papel da Atenção Primária à Saúde na detecção oportuna, vigilância ativa de contatos e prevenção de incapacidades relacionadas à hanseníase no SUS, enfatizando os desafios clínicos, organizacionais, sociais e territoriais que interferem na qualidade do cuidado.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo teórico-reflexivo, de natureza narrativa, construído a partir da análise de documentos técnico-normativos nacionais e internacionais sobre hanseníase, atenção primária, vigilância de contatos, diagnóstico clínico, tratamento, reações hansênicas e prevenção de incapacidades. Foram utilizados como referências centrais o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, a Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030, o Guia Prático sobre a Hanseníase, orientações nacionais para investigação de contatos e boletins epidemiológicos recentes do Ministério da Saúde, além da Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde para o período 2021-2030 (Brasil, 2022; Brasil, 2024a; Brasil, 2024b; Brasil, 2024c; Brasil, 2026; OMS, 2021).

A análise foi organizada de modo temático, considerando seis dimensões interdependentes: diagnóstico clínico e suspeição oportuna; vigilância ativa e exame de contatos; tratamento, reações e longitudinalidade; prevenção de incapacidades e autocuidado; estigma, direitos e determinantes sociais; e gestão, educação permanente e rede de atenção. Essa organização permitiu articular recomendações clínicas e diretrizes de vigilância com os atributos da APS, especialmente acesso, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade e orientação comunitária.

Por se tratar de capítulo teórico-reflexivo, não houve coleta direta com seres humanos nem necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. A discussão foi fundamentada em fontes

oficiais e literatura técnico-científica, buscando apresentar implicações práticas para a gestão e para o processo de trabalho das equipes no âmbito do SUS.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise evidencia que a hanseníase permanece como problema relevante para a APS brasileira por envolver simultaneamente diagnóstico clínico, vigilância territorial, adesão terapêutica, prevenção de incapacidades, reabilitação e enfrentamento do estigma. As principais dimensões identificadas são apresentadas a seguir, articulando recomendações normativas e desafios práticos do cotidiano dos serviços.

#### **3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E SUSPEIÇÃO OPORTUNA**

O diagnóstico da hanseníase é predominantemente clínico e baseia-se na identificação de sinais cardinais, como lesão ou área de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de nervo periférico associado a alterações sensitivas, motoras ou autonômicas e demonstração do bacilo em exames específicos. A ausência de exames complementares não deve impedir o diagnóstico quando os achados clínicos são consistentes. Ao mesmo tempo, situações duvidosas ou suspeita de hanseníase neural primária requerem encaminhamento para avaliação especializada (Brasil, 2022; Brasil, 2024b).

O exame dermatoneurológico deve ser sistemático e não restrito à inspeção visual. É necessário testar sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, palpar nervos periféricos e avaliar força muscular e integridade de olhos, mãos e pés. Erros comuns incluem considerar toda mancha como micose, não investigar dormência e desvalorizar queixas de choque, formigamento ou perda de força. A qualidade do exame depende de treinamento prático e disponibilidade de materiais simples, como monofilamentos e instrumentos de avaliação neurológica simplificada (Brasil, 2022; Brasil, 2024b).

A anamnese deve explorar tempo de evolução, alterações sensitivas, dor neural, fraqueza, convivência com pessoas diagnosticadas, tratamentos prévios e episódios compatíveis com reação. Crianças e adolescentes com hanseníase exigem investigação cuidadosa, pois podem indicar transmissão recente e ativa no território. A comunicação diagnóstica deve ser clara, enfatizando a possibilidade de cura, a disponibilidade de tratamento no SUS e a redução da transmissibilidade após o início adequado da poliquimioterapia (Brasil, 2022; Brasil, 2024a).

#### **3.2 VIGILÂNCIA ATIVA E EXAME DE CONTATOS**

O exame de contatos é uma das estratégias mais importantes para detecção precoce. Contatos domiciliares e sociais relevantes devem ser identificados, orientados e avaliados clinicamente, com registro adequado. A simples entrega de convite ao caso índice é insuficiente quando existem barreiras familiares,

medo ou estigma. As equipes podem utilizar busca ativa, visitas domiciliares e agendamento facilitado, preservando confidencialidade e autonomia (Brasil, 2022; Brasil, 2024a).

A vigilância de contatos não deve ser tratada como evento único. Considerando o longo período de incubação, orientações sobre sinais e sintomas e acompanhamento conforme protocolos são necessários. Tecnologias diagnósticas e testes rápidos podem apoiar a avaliação em situações definidas, mas não substituem o exame clínico. A priorização deve considerar idade, intensidade de convivência, vulnerabilidade e características do caso índice (Brasil, 2024a; Brasil, 2024c).

A busca ativa pode ser desenvolvida em territórios hiperendêmicos, escolas, ações comunitárias e grupos com barreiras de acesso, desde que exista capacidade de confirmar diagnósticos e garantir tratamento. Campanhas isoladas geram pouco efeito quando não se articulam à rotina da APS. O planejamento deve utilizar indicadores locais, histórico de casos, distribuição espacial e ocorrência de incapacidade no diagnóstico para definir áreas prioritárias (Brasil, 2024a; OMS, 2021).

### 3.3 TRATAMENTO, REAÇÕES E LONGITUDINALIDADE

A poliquimioterapia é disponibilizada gratuitamente no SUS e interrompe progressivamente a transmissão, além de promover cura. A adesão depende de orientação, manejo de efeitos adversos, facilidade de acesso e acompanhamento. O profissional deve evitar linguagem coercitiva e investigar dificuldades relacionadas ao trabalho, deslocamento, apoio familiar e estigma. A supervisão mensal deve ser utilizada como oportunidade de avaliação clínica e educação, e não apenas para dispensação de medicamentos (Brasil, 2022).

Reações hansênicas podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento e representam episódios inflamatórios capazes de provocar dano neural agudo. Dor em nervos, piora de sensibilidade, perda de força, edema, febre e inflamação de lesões exigem avaliação rápida. Confundir reação com falha terapêutica ou recidiva pode atrasar o manejo. A APS deve reconhecer sinais de gravidade, iniciar condutas previstas em protocolo dentro de sua competência e articular referência quando necessário (Brasil, 2022; Brasil, 2024b).

A alta por cura não encerra automaticamente as necessidades de cuidado. Pessoas com dor neuropática, deficiência, úlceras, sofrimento psíquico ou limitação funcional requerem seguimento e integração com reabilitação, saúde mental, assistência social e atenção especializada. A longitudinalidade permite prevenir complicações secundárias e apoiar reinserção social e laboral (Brasil, 2022; Brasil, 2024a).

### 3.4 PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES E AUTOCUIDADO

A avaliação do grau de incapacidade física deve ocorrer no diagnóstico, durante o tratamento quando indicado e na alta. Mais do que preencher um indicador, a avaliação identifica perda sensitiva, fraqueza e

lesões que demandam intervenção. A prevenção inclui cuidado ocular, proteção de mãos e pés, hidratação da pele, inspeção diária, adaptação de atividades e uso de calçados adequados. Essas orientações precisam ser demonstradas e verificadas, não apenas entregues por escrito (Brasil, 2022; Brasil, 2024b).

Grupos de autocuidado podem fortalecer autonomia, troca de experiências e adesão a medidas preventivas. Contudo, não devem transferir à pessoa a responsabilidade exclusiva pela incapacidade. A equipe precisa garantir acesso a insumos, órteses, fisioterapia, avaliação cirúrgica e proteção social quando necessárias. O autocuidado é parte de uma linha de cuidado e deve ser sustentado por condições materiais e acompanhamento profissional (Brasil, 2022; Brasil, 2024a).

A avaliação neurológica simplificada deve orientar intervenções e permitir comparação longitudinal. Alterações recentes de sensibilidade ou força constituem urgência funcional, pois o tratamento precoce da neurite reduz o risco de seqüela permanente. A organização de fluxos rápidos entre APS e referência é essencial, especialmente em municípios onde o especialista está distante (Brasil, 2022).

### 3.5 ESTIGMA, DIREITOS E DETERMINANTES SOCIAIS

O estigma relacionado à hanseníase pode atrasar a procura por atendimento, dificultar exame de contatos e produzir discriminação familiar, escolar e laboral. Estratégias educativas baseadas apenas em informações biomédicas são insuficientes quando não enfrentam representações sociais historicamente associadas a isolamento e deformidade. Profissionais devem utilizar linguagem respeitosa, garantir confidencialidade e corrigir concepções equivocadas sobre transmissão e cura (OMS, 2021; Brasil, 2024a).

Determinantes sociais influenciam exposição, diagnóstico e desfechos. Superlotação domiciliar, insegurança de renda, distância dos serviços e baixa escolaridade podem dificultar cuidado contínuo. A APS deve incorporar avaliação social e articulação intersetorial, evitando interpretar faltas ou abandono apenas como escolhas individuais. Equidade implica oferecer maior apoio a quem enfrenta maiores barreiras (Brasil, 2024a; OMS, 2021).

### 3.6 GESTÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E REDE DE ATENÇÃO

Municípios com poucos casos podem perder capacidade diagnóstica, enquanto áreas endêmicas podem naturalizar atrasos e sobrecarga. A educação permanente deve combinar atualização teórica, treinamento de exame dermatoneurológico, discussão de casos e supervisão. Teleconsultoria e apoio matricial podem ampliar segurança, mas precisam preservar a possibilidade de avaliação presencial e encaminhamento oportuno (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Indicadores como proporção de contatos examinados, grau 2 de incapacidade no diagnóstico, casos em menores de 15 anos, abandono e avaliação de incapacidade na alta devem orientar o planejamento. A

análise precisa ocorrer em nível municipal e por território, pois médias agregadas podem ocultar áreas críticas. A vigilância deve produzir ação, com responsabilização compartilhada entre APS, gestão e referência (Brasil, 2024a; Brasil, 2026).

#### **4 CONCLUSÃO**

A redução da carga da hanseníase depende de diagnóstico oportuno, exame qualificado de contatos e prevenção contínua de incapacidades. A APS reúne condições privilegiadas para essas funções, mas necessita de equipes capacitadas, estabilidade de insumos, apoio especializado e informação epidemiológica útil. Diagnosticar mais casos pode representar melhoria da vigilância, e não necessariamente piora isolada da situação, desde que acompanhado de redução do diagnóstico tardio (Brasil, 2024a; Brasil, 2026).

A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública não se resume à queda de coeficientes. Exige interromper transmissão, evitar deficiência, combater discriminação e garantir cuidado integral às pessoas afetadas. Uma APS territorial, longitudinal e articulada à vigilância constitui o eixo capaz de transformar metas epidemiológicas em direitos concretos, aproximando o SUS do compromisso de cuidado universal e equitativo (OMS, 2021; Brasil, 2024a).

#### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial: hanseníase no Brasil, 2015 a 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para enfrentamento à hanseníase 2024-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para uso do teste rápido na investigação de contatos de hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Towards zero leprosy: global leprosy (Hansen's disease) strategy 2021-2030. Geneva: WHO, 2021.